



O REINVENTAR DA RESIDÊNCIA PARA IDOSOS

DA ARQUITETURA MÉDICO-HOSPITALAR À ARQUITETURA RESIDENCIAL: 1900-PRESENTE

**UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA – CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS
DEPARTAMENTO DE ARQUITETURA, CIÊNCIAS E TECNOLOGIA**

**MESTRADO INTEGRADO EM ARQUITETURA
2º Ciclo, 2º Ano, 2º Semestre
2016/2017**

Dissertação de Mestrado em Arquitetura

Orientador: Professor Doutor Arquiteto Emanuel de Sousa

Por: Idiane Lopes Silva Aparício

DECLARAÇÃO

Eu Idiane Lopes Silva Aparício declaro que este trabalho é da minha autoria e que todos os materiais de apoio utilizados, de trabalhos publicados ou não publicados de outros autores, foram devidamente referenciados.

Assinatura

Outubro de 2017

Nota: A presente dissertação foi escrita ao abrigo do novo Acordo Ortográfico. Todas as citações presentes, ao longo da mesma, foram traduzidas em português tendo por base o original do autor.

As imagens tratadas, dimensionadas ou cortadas e as traduções são referidas ao longo da prova.



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA - CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS

DEPARTAMENTO DE ARQUITETURA, CIÊNCIAS E TECNOLOGIA

MESTRADO INTEGRADO EM ARQUITETURA

2º CICLO, 2º ANO, 2º SEMESTRE

2016/2017

O REINVENTAR DA RESIDÊNCIA PARA IDOSOS

DA ARQUITETURA MÉDICO-HOSPITALAR À ARQUITETURA RESIDENCIAL: 1900-PRESENTE

Dissertação de Mestrado em Arquitetura

Idiane Lopes Silva Aparício

Orientador: Professor Doutor Arquiteto Emanuel de Sousa

UISEU, OUTUBRO DE 2017

AGRADECIMENTOS

Após um curso de cinco anos, e concluída a respetiva dissertação, cabe-me deixar alguns agradecimentos às pessoas que tornaram todo este processo possível.

Quero deixar um enorme agradecimento ao professor e arquiteto Emanuel de Sousa, pela excelente orientação durante todo o processo, desde o apoio, à compreensão, à paciência, a todas as conversas, feedbacks e ensinamentos. Por me guiar sempre que me sentia perdida. Um sincero muito obrigada!

Um obrigada à professora Maria das Dores Fernandes pelo acompanhamento na ortografia e todo o processo de Língua Portuguesa, como também pela disponibilidade e rapidez! Muito Obrigada!

Um agradecimento também a todos os docentes que de uma forma ou de outra marcaram a minha caminhada académica, desenvolvendo-me ainda mais gosto pelo curso e pela Arquitetura em geral. Como também aos funcionários pelo excelente profissionalismo, disponibilidade e toda atenção, em especial à Dona Dora, ao Senhor Paulo, ao Senhor Carlos e ao Senhor Casteleiro, obrigada!

Um especial agradecimento aos meus amigos Jany Cardoso, Sandra Nogueira e Catarina Morais, há minha prima e grande amiga Caiado, por todo o apoio, pela força e pela motivação. Não consegue calcular o quão gratificante foi ter-vos a meu lado! Obrigada.

E para finalizar, um agradecimento especial, repleto de uma enorme emoção, à minha família: ao meu pai, pois sem ele nada teria sido possível; a minha mãe, pela motivação e apoio incondicional; ao meu marido pela paciência, apoio e motivação, não esquecendo nunca a minha filhota que, mesmo sendo pequenina, com um simples sorriso, me transmitia a coragem e a força necessária para continuar a superar as barreiras.

Um especial e sincero obrigada a todos vós!

RESUMO / ABSTRACT / RÉSUMÉ

A presente prova final consiste na elaboração de uma investigação em torno dos idosos, um grupo etário cada vez mais preponderante na nossa sociedade atual e futura, discutindo as questões de envelhecimento demográfico e biológico, as fases da vida e da velhice, bem como as estruturas habitacionais afectas a este grupo específico, as quais articulam, ainda que deficitariamente na sua grande maioria, dois tipos de arquitetura distintos, mas potencialmente complementares – a arquitetura hospitalar e arquitetura residencial.

Esta investigação serve para analisar, ainda que fugazmente, a evolução arquitetónica de duas tipologias específicas – o sanatório e a residência para idosos – e de que forma podemos incentivar a sua interligação plena com o objetivo de desenvolver uma tipologia operativa na organização de uma sociedade multigeracional ativa, tendo em conta o envelhecimento nacional e mundial e tendo em vista um território e sociedade mais inclusiva.

A pesquisa centra-se assim na análise de objetos arquitetónicos e sua relação com a sociedade, nomeadamente na sua vertente política, económica, social e cultural, desde o século XIX à atualidade, de forma a perceber, por exemplo, o porquê do surgimento dos sanatórios, no controle e prevenção da tuberculose bem como a sua evolução tipológica e os movimentos arquitetónicos que influenciaram o desenvolvimento dos mesmos; mas também a evolução da habitação para idosos, da residência própria ao lar de idosos, do asilo à residência para seniores. De forma específica, a investigação desenvolver-se-á em torno de alguns casos de estudo nacionais, o Sanatório das Penhas de Saúde (Cotinelli Telmo, Covilhã, Portugal, 1936) e a Estâncias Sanatoriais do Caramulo (Viseu, Portugal, Jerónimo Lacerda, 1922) bem como, casos de estudo internacionais, o Sanatório Zonnestraal (Jan Duiker & Bernard Bijvoet, Hilversum, Holanda, 1928) e o Sanatório de Paimio (Alvar e Aino Aalto, Paimio, Finlândia, 1933). Para além destes, analisaremos também os edifícios residenciais para idosos tendo como casos de estudo nacionais, o Lar de Alcácer do Sal (Aires Mateus, Setúbal, Portugal, 2010) e o Lar Casa Magalhães (Carvalho Araújo, Ponte de Lima, Portugal, 2010); e, como casos de estudo internacionais, a *Residential Home for the Elderly* (Peter Zumthor, Chur, Suíça, 1993) e os apartamentos WoZoco's (MvRdV, Amsterdão, Holanda, 1997). Através da análise destes casos de estudo, interessa perceber as necessidades dos idosos, de que forma se pode promover uma saúde ativa, e de que forma os sanatórios podem informar a futura residência para idosos de forma a obtermos uma estância multigeracional com uma maior aproximação desta faixa etária com a sociedade atual e futura.

Palavras-chave: Idosos, Geriátrica, Gerontologia, Sanatórios, Residências, Sociedade

The current dissertation is based on the development of an investigation on the elderly, an age group that is increasingly preponderant in our current and future society, discussing the issues of demographic and biological aging, the stages of life and old age, as well as the housing structures that are correlated to this specific group which, although deficiently in their great majority, articulate two distinct but potentially complementary architecture typologies - hospital architecture and residential architecture.

This research analyzes, although briefly, the architectural evolution of two specific typologies – the sanatorium and the residence for the elderly – and in which way these two can interconnect with the objective of developing an operational typology in the organization of a multigenerational society, taking into account the current national and global aging processes towards a more inclusive territory and society. The research focuses on the analysis of different architectural objects and their relation to society, especially in its political, economic, social and cultural aspects, from the nineteenth century to the present day, in order to understand, for example, the emergence of the sanatoriums, in the control and prevention of tuberculosis, as well as their typological evolution and the architectural movements that influenced their development; but also the evolution of the residence for the elderly, from home to the nursing home, from asylum to residence for seniors. Specifically, the investigation will be developed around Portuguese case studies, the Sanatorium of Penhas da Saúde (Cotinelli Telmo, Covilhã, Portugal, 1936) and the Sanatorial Stations of Caramulo (Viseu, Portugal, Jerónimo Lacerda, 1922) as well as international case studies such as the Zonnestraal Sanatorium (Jan Duiker & Bernard Bijvoet, Hilversum, The Netherlands, 1928) and the Paimio Sanatorium (Alvar and Aino Aalto, Paimio, Finland, 1933). In addition, it will also be analyzed the following residences for the elderly, having as national case studies, the Lar de Alcácer do Sal (Aires Mateus, Setúbal, Portugal, 2010) and Lar Casa Magalhães (Carvalho Araújo, Ponte de Lima, Portugal, 2010); and, as international case studies, the Residential Home for the Elderly (Peter Zumthor, Chur, Switzerland, 1993) and the WoZoco's Apartments (MvRdV, Amsterdam, The Netherlands, 1997). Through the analysis of these case studies, one attempts to scrutiny the needs of the elderly, how can one promote an active health, and how sanatoriums can inform the future residence for the elderly in order to achieve a multigenerational environment with a closer interconnection between this specific age group and the current and future society as a whole.

Keywords: Elderly, Geriatric, Gerontology, Sanatoriums, Residences, Society

Le présent test final consiste à développer une enquête autour des personnes âgées, un groupe d'âges de plus en plus prépondérant dans notre société actuelle et future, en discutant des enjeux du vieillissement démographique et biologique, des étapes de la vie et de la vieillesse, ainsi que les structures des logements qui sont liées à ce groupe spécifique, qui articulent, bien que de manière déficiente dans leur grande majorité, deux types d'architecture distincts mais potentiellement complémentaires: l'architecture hospitalière et l'architecture résidentielle. Cette recherche sert à analyser, quoique brièvement, l'évolution architecturale de deux typologies spécifiques: le sanitaire et la résidence pour les personnes âgées, et comment nous pouvons encourager leur pleine interconnexion dans le but de développer une typologie opérationnelle dans l'organisation d'une société multigénérationnelle en tenant compte du vieillissement national et mondial et vers un territoire et une société plus inclusifs. La recherche se concentre sur l'analyse des objets architecturaux et leur relation avec la société, en particulier dans ses aspects politiques, économiques, sociaux et culturels, du XIXe siècle à nos jours, afin de percevoir, par exemple, pourquoi l'émergence des sanatoriums, dans le contrôle et la prévention de la tuberculose, ainsi que leur évolution typologique et les mouvements architecturaux qui ont influencé leur développement; mais aussi l'évolution du logement pour les personnes âgées, de la maison au foyer de soins infirmiers, de l'asile à la résidence pour les aînés. Plus précisément, l'enquête sera développée autour de quelques études de cas nationales, le Sanatorium das Penhas de Saúde (Cotinelli Telmo, Covilhã, Portugal, 1936) et les stations sanatoriales de Caramulo (Viseu, Portugal, Jerónimo Lacerda, 1922) ainsi que des études de cas internationales, le Sanatorium Zonnestraal (Jan Duiker et Bernard Bijvoet, Hilversum, Pays-Bas, 1928) et le Sanatorium Paimio (Alvar et Aino Aalto, Paimio, Finlande, 1933). En plus de cela, nous analyserons également les bâtiments résidentiels pour personnes âgées, ayant des études de cas nationales, Lar de Alcácer do Sal (Aires Mateus, Setúbal, Portugal, 2010) et Lar Casa Magalhães (Carvalho Araújo, Ponte de Lima, Portugal, 2010).); et, en tant qu'études de cas internationales, la *Residential Home for the Elderly* (Peter Zumthor, Chur, Suisse, 1993) et les appartements WoZoco's (MvRdV, Amsterdam, Pays-Bas, 1997). Grâce à l'analyse de ces études de cas, il est important de comprendre les besoins des personnes âgées, comment promouvoir la santé active et comment les sanatoriums peuvent influencer la future résidence des personnes âgées afin d'obtenir un bureau multigénéral avec une plus grande proximité entre celles-ci et la société actuelle et future.

Mots clés: Personnes âgées, Gériatrie, Gérontologie, Sanatoriums, Résidences, Société

ÍNDICE

P. 003	DECLARAÇÃO
P. 009	AGRADECIMENTOS
P. 013	RESUMO / ABSTRACT / RÉSUMÉ
P. 019	ÍNDICE
P. 023	ÍNDICE DE FIGURAS
P. 033	ÍNDICE DE TABELAS
P. 037	1) IDOSOS, SOCIEDADE & ARQUITETURA: UMA INTRODUÇÃO
P. 042	OBJETO
P. 046	JUSTIFICAÇÃO
P. 047	OBJETIVOS & METODOLOGIA
P. 050	ESTRUTURA
P. 055	2) ESTADO DE ARTE
	DOS SANATÓRIOS À RESIDÊNCIA PARA IDOSOS: UM
	PENSAMENTO EVOLUTIVO
P. 056	GERONTOLOGIA
P. 056	1. ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO
P. 071	2. A EVOLUÇÃO DA VIDA E DA VELHICE
P. 079	GERIATRIA
P. 079	1. A SAÚDE DO IDOSO
P. 086	2. A EVOLUÇÃO DA ARQUITETURA: DA
	ARQUITETURA MÉDICO-HOSPITALAR À
	ARQUITETURA RESIDENCIAL
P. 103	3) CAPÍTULO I
	ESTÂNCIAS SANATORIAIS: O ABANDONO DE UMA TIPOLOGIA
	MÉDICO-HOSPITALAR

P. 106	A TUBERCULOSE E A SUA EVOLUÇÃO
P. 118	SANATÓRIO DE PENHAS DE SAÚDE
P. 132	ESTÂNCIA SANATORIAL DO CARAMULO
P. 150	SANATÓRIO ZONNESTRAAL
P. 160	SANATÓRIO DE PAIMIO
P. 177	4) CAPÍTULO II
	RESIDÊNCIAS PARA IDOSOS: DA INFORMALIDADE DA CASA FAMILIAR À FORMALIDADE DA RESIDÊNCIA PARA IDOSOS
P. 191	LAR DE IDOSOS DE ALCÁCER DO SAL
P. 201	LAR CASA DE MAGALHÃES
P. 212	<i>RESIDENTIAL HOME FOR THE ELDERLY</i>
P. 222	WOZOCO'S
P. 239	5) CAPÍTULO III – CONCLUSÃO TEMÁTICA
	DO SANATÓRIO À ESTÂNCIA GERIÁTRICA: O REINVENTAR DE UMA RESIDÊNCIA PARA IDOSOS
P. 253	6) A ARQUITETURA COMO FATOR DA INCLUSÃO DOS IDOSOS NA SOCIEDADE: UMA CONCLUSÃO
P. 261	BIBLIOGRAFIA
P. 266	SITES ELETRÔNICOS
P. 269	FONTE DE FIGURAS
P. 282	FONTE DE TABELAS
P. 285	ANEXOS

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 – NÚMERO TOTAL DE PESSOAS COM 65 ANOS OU MAIS NOS EUA, POR FAIXA ETÁRIA, 1900 A 2050 (EM MILHÕES). DEPARTAMENTO DE CENSOS DOS EUA, DADOS DO RECENSEAMENTO DECENAL E PROJEÇÕES POPULACIONAIS.)	58
FIGURA 2 – POPULAÇÃO DE RESIDENTES PERMANENTES DO ANO 2000 MAIS A TENDÊNCIA FUTURA DO CENÁRIO. DADOS: INSTITUTO FEDERAL DE ESTATÍSTICA, CENÁRIOS PARA O DESENVOLVIMENTO DA POPULAÇÃO 2005-2050 NEUCHATEL: 2006.	60
FIGURA 3 – GRUPOS ETÁRIOS POR GÉNERO EM PERCENTAGEM. DADOS: INSTITUTO FEDERAL DE ESTATÍSTICA, ESTATÍSTICAS DO ESTADO DA POPULAÇÃO ANUAL (ESPOP) 2006, RESULTADOS DEFINITIVOS.	61
FIGURA 4 – POPULAÇÃO JOVEM (0 A 14 ANOS DE IDADE) (%), UNIÃO EUROPEIA 28, 2003 E 2013	62
FIGURA 5 – POPULAÇÃO IDOSA (65 ANOS DE IDADE OU MAIS) (%), UNIÃO EUROPEIA 28, 2003 E 2013	63
FIGURA 6– ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO, UNIÃO EUROPEIA 28, 2003 E 2013	63
FIGURA 7– IDADE MEDIANA DA POPULAÇÃO (EM ANOS), UNIÃO EUROPEIA 28, 2003 E 2013	64
FIGURA 8– ÍNDICE DE RENOVAÇÃO DA POPULAÇÃO EM IDADE ATIVA, UNIÃO EUROPEIA 28, 2003 E 2013	64
FIGURA 9– ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO, PORTUGAL, 1991-2080 (ESTIMATIVAS E PROJEÇÕES)	65
FIGURA 10 – POPULAÇÃO RESIDENTE EM IDADE ATIVA (15 AOS 64 ANOS), PORTUGAL, 1991-2080 (ESTIMATIVAS E PROJEÇÕES)	65
FIGURA 11 – IDADE DE DEPENDÊNCIA DE IDOSOS, UNIÃO EUROPEIA 28, 2003 E 2013	66
FIGURA 12 – POPULAÇÃO RESIDENTE, PORTUGAL, 1991-2080 (ESTIMATIVAS E PROJEÇÕES)	66
FIGURA 13 – POPULAÇÃO RESIDENTE DOS 0 ANOS 14 ANOS, PORTUGAL, 1991-2080 (ESTIMATIVAS E PROJEÇÕES)	67
FIGURA 14 – POPULAÇÃO RESIDENTE COM 65 ANOS OU MAIS, PORTUGAL, 1991-2080 (ESTIMATIVAS E PROJEÇÕES)	67
FIGURA 15 – DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA, EM PORTUGAL CONTINENTAL, DOS DISPENSÁRIOS, SANATÓRIOS E PREVENTÓRIOS QUE CONSTITUEM OS MEIOS DE LUTA CONTRA A TUBERCULOSE DOS ANOS 1931 E 1934 (NÃO HÁ DADOS QUE	

COMPROVEM A SUA CONSTRUÇÃO, OU SEJA, SÃO PROPOSTAS), ISTO NA PUBLICAÇÃO DE “A LUTA CONTRA A TUBERCULOSE EM PORTUGAL”, PELO DR. LOPO DE CARVALHO NO ANO DE 1934	116
FIGURA 16 – SANATÓRIO DE PENHAS DE SAÚDE	119
FIGURA 17 – TABELA DOS MOVIMENTO DE DOENTES NO SANATÓRIO DE PENHAS DE SAÚDE DO ANO E 1944 ATÉ 1955 – ELABORADA POR LUÍS COSTA, TENDO COMO BASE OS DADOS DO ANUÁRIO ESTATÍSTICAS (INE)	121
FIGURA 18 – FOTO DO SANATÓRIO DE PENHAS DE SAÚDE DO ESTÚDIO MÁRIO NOVAIS, COM DATA PROVÁVEL DA PRODUÇÃO DE FOTOGRAFIA ORIGINAL DE 1940.	125
FIGURA 19 – FOTO DO SANATÓRIO SHATZALP EM DAVOS (FONTE: ANA MARTINS; JOSÉ MENDES; MIGUEL PINTO; CLÁUDIA BEATO E MAFALDA SAMPAIO. O SANATÓRIO DOS FERROVIÁRIOS: VIDA E MORTE NAS PENHAS DE SAÚDE.	125
FIGURA 20 - FOTO DO SANATÓRIO DE PENHAS DE SAÚDE DO ESTÚDIO MÁRIO NOVAIS, COM DATA PROVÁVEL DA PRODUÇÃO DE FOTOGRAFIA ORIGINAL DE 1940.	127
FIGURA 21 – PLANTA DE FUNDAÇÃO / PISO TÉRREO DO SANATÓRIO DE PENHAS DE SAÚDE – SEM ESCALA	127
FIGURA 22 – PLANTA DO PISO NOBRE / ANDAR PRINCIPAL DO SANATÓRIO DE PENHAS DE SAÚDE – SEM ESCALA	128
FIGURA 23 - PLANTA DO PRIMEIRO ANDAR / PISO 3 DO SANATÓRIO DE PENHAS DE SAÚDE – SEM ESCALA	128
FIGURA 24 - PLANTA DO SEGUNDO ANDAR DO SANATÓRIO DE PENHAS DE SAÚDE – SEM ESCALA	128
FIGURA 25 - PLANTA DO TERCEIRO ANDAR DO SANATÓRIO DE PENHAS DE SAÚDE – SEM ESCALA	129
FIGURA 26 – ALÇADO FRONTAL DO SANATÓRIO DE PENHAS DE SAÚDE – SEM ESCALA	130
FIGURA 27 - ALÇADO FRONTAL DO SANATÓRIO DE PENHAS DE SAÚDE – SEM ESCALA	130
FIGURA 28 – PLANO DA ESTÂNCIA SANATORIAL DO CARAMULO, COM MARCAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS DE CURA, HOSPEDAGEM, EQUIPAMENTOS E OS ESPAÇOS E PERCURSOS DE RELAÇÃO COM OS MESMOS.	140

FIGURA 29 – FOTO DA PLANTA (?) DO SANATÓRIO DR. JERÓNIMO LACERDA – SEM ESCALA / PROVÁVEL EXPANSÃO)	142
FIGURA 30 – SANATÓRIO BOA ESPERANÇA, BILHETE POSTAL	143
FIGURA 31 – PAVILHÃO CIRÚRGICO, BILHETE POSTAL	143
FIGURA 32 – SANATÓRIO SAMEIRO, BILHETE POSTAL	144
FIGURA 33 – SANATÓRIO INFANTIL, BILHETE POSTAL	144
FIGURA 34 – FOTOGRAFIA DO SANATÓRIO DR. JERÓNIMO LACERDA / GRANDE SANATÓRIO DO CARAMULO	145
FIGURA 35 - FOTOGRAFIA DO SANATÓRIO DR. JERÓNIMO LACERDA / GRANDE SANATÓRIO DO CARAMULO	145
FIGURA 36 - FOTOGRAFIA DO SANATÓRIO DR. JERÓNIMO LACERDA / GRANDE SANATÓRIO DO CARAMULO	146
FIGURA 37 - FOTOGRAFIA DAS GALERIAS ORIGINAIS DO SANATÓRIO DR. JERÓNIMO LACERDA / GRANDE SANATÓRIO DO CARAMULO	147
FIGURA 38 - FOTOGRAFIA DAS GALERIAS APÓS A PRIMEIRA FASE DE EXPANSÃO DO SANATÓRIO DR. JERÓNIMO LACERDA / GRANDE SANATÓRIO DO CARAMULO	148
FIGURA 39 – FOTO DOS TRÊS EDIFÍCIOS DO SANATÓRIO ZONNESTRAAL	152
FIGURA 40 – PLANTA PROPOSTA RÉ-S-DO-CHÃO DO COMPLEXO DO SANATÓRIO ZONNESTRAAL	154
FIGURA 41 – PLANTA RÉ-S-DO-CHÃO DO EDIFÍCIO PRINCIPAL DO SANATÓRIO ZONNESTRAAL	155
FIGURA 42 – FOTO DO SANATÓRIO ZONNESTRAAL, 1928	156
FIGURA 43 – FOTO PRÓPRIA DA PLANTA DE UM PAVILHÃO DO SANATÓRIO ZONNESTRAAL	157
FIGURA 44 – FOTO DA VISTA DA ENTRADA DE DENTRO DE UM QUARTO PARA O EXTERIOR	158
FIGURA 45 – FOTO DO SANATÓRIO DE PAIMIO)	161
FIGURA 46 – FOTO DE MAQUETE DO SANATÓRIO DE PAIMIO	163
FIGURA 47 – PLANTA DE SITUAÇÃO DO SANATÓRIO DE PAIMIO	163
FIGURA 48 - PLANTA RÉ-S-DO-CHÃO DO SANATÓRIO PAIMIO	164
FIGURA 49 – FOTO DE CORREDOR DO SANATÓRIO DE PAIMIO	165
FIGURA 50 - FOTO DE CORREDOR DO SANATÓRIO DE PAIMIO	165
FIGURA 51 – FOTO DAS GALERIAS DE CURA DO SANATÓRIO DE PAIMIO	167
FIGURA 52 – FOTO DO SANATÓRIO PENHAS DE SAÚDE EM RUÍNA	168

FIGURA 53 – FOTO DA Pousada Serra da Estrela (antigo Sanatório Penhas de Saúde)	169
FIGURA 54 - FOTO DO SANATÓRIO ZONNESTRAAL EM RUÍNA	170
FIGURA 55 – FOTO DO RESTAURO DO SANATÓRIO ZONNESTRAAL	171
FIGURA 56 – SANATÓRIO JERÓNIMO LACERDA	173
FIGURA 57 – SANATÓRIO INFANTIL	173
FIGURA 58 – NOVO SANATÓRIO / PAVILHÃO CIRÚRGICO	174
FIGURA 59 – SANATÓRIO SANTA MARIA	174
FIGURA 60 – FOTO DO LAR ALCÁCER DO SAL, 2013	192
FIGURA 61 – PLANTA DE IMPLANTAÇÃO DO LAR DE IDOSOS DE ALCÁCER DO SAL	193
FIGURA 62 – ALÇADOS DO LAR ALCÁCER DO SAL	194
FIGURA 63 - FOTO DO LAR ALCÁCER DO SAL, 2013	195
FIGURA 64 - FOTO DO LAR ALCÁCER DO SAL, 2013	196
FIGURA 65 – FOTO DO CORREDOR DO LAR ALCÁCER DO SAL	197
FIGURA 66 – PLANTA PISO 0 DO LAR ALCÁCER DO SAL	197
FIGURA 67 - PLANTA PISO 1 DO LAR ALCÁCER DO SAL	198
FIGURA 68 - PLANTA PISO 2 DO LAR ALCÁCER DO SAL	198
FIGURA 69 – FOTO DE QUARTO DO LAR ALCÁCER DO SAL	199
FIGURA 70 – ALÇADO NORTE DO LAR Cada de Magalhães	203
FIGURA 71 - ALÇADO SUL DO LAR Cada de Magalhães	203
FIGURA 72 - ALÇADO OESTE DO LAR Cada de Magalhães	203
FIGURA 73 – PLANTA DE COBERTURA DO LAR Casa de Magalhães	205
FIGURA 74– FOTO DO LAR Casa de Magalhães	206
FIGURA 75 – FOTO DO PÁTIO COM VISTA PARA O CORREDOR DO LAR Casa de Magalhães	207
FIGURA 76 – FOTOS DO CORREDOR DO LAR Casa de Magalhães	207
FIGURA 77– FOTOS DO CORREDOR DO LAR Casa de Magalhães	207
FIGURA 78 – FOTO DA COBERTURA COM AS CLARABOIAS DO LAR Casa de Magalhães	208
FIGURA 79 - PLANTA DO PISO 0 DO LAR Casa de Magalhães e Centro de Dia, sem Escala	210
FIGURA 80 – IMPLANTAÇÃO DA Residential Home for the Elderly, sem Escala	213

FIGURA 81 – CORTE DA RESIDENTIAL HOME FOR THE ELDERLY, SEM ESCALA	214
FIGURA 82 – FOTO DO ALÇADO ESTE DA RESIDENTIAL HOME FOR THE ELDERLY	215
FIGURA 83 – FOTO DO ALÇADO ESTE DA RESIDENTIAL HOME FOR THE ELDERLY	215
FIGURA 84 – PLANTA DOS MÓDULOS HABITACIONAIS DE RESIDENTIAL HOME FOR THE ELDERLY, SEM ESCALA	217
FIGURA 85 - PLANTA DE UM MÓDULO DE APARTAMENTO DE RESIDENTIAL HOME FOR THE ELDERLY, SEM ESCALA	219
FIGURA 86 – IMPLANTAÇÃO APARTAMENTOS WOZOCo'S	223
FIGURA 87 – ESTRUTURA DE CONSOLAS DOS APARTAMENTOS WOZOCo'S	225
FIGURA 88 – ESTRUTURA DE CONSOLAS DOS APARTAMENTOS WOZOCo'S	225
FIGURA 89 – FOTO DA FACHADA NORTE DOS APARTAMENTOS WOZOCo'S	227
FIGURA 90 – FOTO FACHADA SUL DOS APARTAMENTOS WOZOCo'S	227
FIGURA 91 – FOTO DA ENVOLVENTE MAIS A FACHADA SUL DOS APARTAMENTOS WOZOCo'S	229
FIGURA 92 – PLANTA PISO 0 DOS APARTAMENTOS WOZOCo'S	230
FIGURA 93 – PLANTA PISO 1 DOS APARTAMENTOS WOZOCo'S	230
FIGURA 94 – PLANTA PISO 4 DOS APARTAMENTOS WOZOCo'S	230
FIGURA 95 – PLANTA PISO 5 DOS APARTAMENTOS WOZOCo'S	230
FIGURA 96 – FOTO DO SISTEMA DE PILOTIS, ZONA DE ENTRADA DOS APARTAMENTOS WOZOCo'S	232
FIGURA 97 – DOIS DOS MÓDULOS DOS APARTAMENTOS WOZOCo'S	233
FIGURA 98 – PLANTA DOS APARTAMENTOS TIPOS DIFERENCIADOS POR CORES E A, B,C E D DOS APARTAMENTOS WOZOCo'S	234
FIGURA 99 – MAPA DOS SANATÓRIOS DO CARAMULO ATUALMENTE	242
FIGURA 100 – PROPOSTA DA ESTÂNCIA MULTIGERACIONAL COM VERTENTE GERIÁTRICA E INFANTIL, NOS ANTIGOS SANATÓRIOS DO CARAMULO	245
FIGURA 101 – DETALHE DA PROPOSTA DA ESTÂNCIA MULTIGERACIONAL COM VERTENTE GERIÁTRICA E INFANTIL, NOS ANTIGOS SANATÓRIOS DO CARAMULO QUE SE ENCONTRAM EM RUÍNAS	247
FIGURA 102 - DETALHE DA PROPOSTA DA ESTÂNCIA MULTIGERACIONAL COM VERTENTE GERIÁTRICA E INFANTIL, NOS ANTIGOS SANATÓRIOS DO CARAMULO QUE SE ENCONTRAM EM RUÍNAS	248

FIGURA 103 - DETALHE DA PROPOSTA DA ESTÂNCIA MULTIGERACIONAL COM VERTENTE GERIÁTRICA E INFANTIL, NOS ANTIGOS SANATÓRIOS DO CARAMULO QUE SE ENCONTRAM EM RUÍNAS	249
FIGURA 104 – RUÍNAS DO SANATÓRIO PENHAS DE SAÚDE	297
FIGURA 105 - SANATÓRIO PENHAS DE SAÚDE	297
FIGURA 106 - SANATÓRIO PENHAS DE SAÚDE	298
FIGURA 107 - SANATÓRIO PENHAS DE SAÚDE	298
FIGURA 108 – Pousada Serra da Estrela Antigo Sanatório Penhas de Saúde	299
FIGURA 109 - Pousada Serra da Estrela Sanatório Penhas de Saúde	299
FIGURA 110 – Alçado da Pousada Serra da Estrela Antigo Sanatório Penhas de Saúde	300
FIGURA 111 - Alçado da Pousada Serra da Estrela Antigo Sanatório Penhas de Saúde	300
FIGURA 112 - Alçado da Pousada Serra da Estrela Antigo Sanatório Penhas de Saúde	300
FIGURA 113 - Corte Longitudinal da Pousada Serra da Estrela Antigo Sanatório Penhas de Saúde	301
FIGURA 114 – Planta PISO 0 da Pousada Serra da Estrela Antigo Sanatório Penhas de Saúde	301
FIGURA 115 – Corte Construtivo Geral da Pousada Serra da Estrela Antigo Sanatório Penhas de Saúde	302
FIGURA 116 – Cortes Transversais da Pousada Serra da Estrela Antigo Sanatório Penhas de Saúde	303
FIGURA 117 – Cortes Transversais da Pousada Serra da Estrela Antigo Sanatório Penhas de Saúde	303
FIGURA 118 – Montagem de Fotos da Estância Sanatorial do Caramulo Atualmente	305
FIGURA 119 – Ruínas do Sanatório Zonnestraal	305
FIGURA 120 - Ruínas do Sanatório Zonnestraal	305
FIGURA 121 – Centro de Reabilitação de Crianças e Jovens, Antigo Sanatório Zonnestraa	306
FIGURA 122 – Centro de Reabilitação de Crianças e Jovens, Antigo Sanatório Zonnestraal	306

FIGURA 123 – CENTRO DE REABILITAÇÃO DE CRIANÇAS E JOVENS, ANTIGO SANATÓRIO ZONNESTRAAL	306
FIGURA 124 - FOTO DO SANATÓRIO DE PAIMIO (FONTE: <HTTPS://THEARKOFGRACE.COM/2014/09/15/PAIMIO-SANATORIUM/>)	307
FIGURA 125 - FOTO DO SANATÓRIO DE PAIMIO	307
FIGURA 126 - FOTO DO SANATÓRIO DE PAIMIO	308
FIGURA 127 - FOTO DO SANATÓRIO DE PAIMIO	308
FIGURA 128 - FOTO DO SANATÓRIO DE PAIMIO	308
FIGURA 129 – FOTO DO LAR ALCÁCER DO SAL	309
FIGURA 130 - FOTO DO LAR ALCÁCER DO SAL	309
FIGURA 131 - FOTO DO LAR CASA DE MAGALHÃES	310
FIGURA 132 - FOTO DO LAR CASA DE MAGALHÃES	310
FIGURA 133 – FOTO DO INTERIOR DA RESIDENTIAL HOME FOR THE ELDERLY	311
FIGURA 134 – FOTO DO EXTERIOR DA RESIDENTIAL HOME FOR THE ELDERLY	311
FIGURA 135– FOTOS DOS APARTAMENTOS WOZOCO’S	312
FIGURA 136 – FOTOS DOS APARTAMENTOS WOZOCO’S	312
FIGURA 137– FOTOS DOS APARTAMENTOS WOZOCO’S	312
FIGURA 138 - FOTOS DOS APARTAMENTOS WOZOCO’S	312
FIGURA 139 - FOTOS DOS APARTAMENTOS WOZOCO’S	312
FIGURA 140 – IDENTIFICAÇÃO DOS ESPAÇOS DOS APARTAMENTOS WOZOCO’S	313

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 – SEIS PRINCIPAIS MOMENTOS DA EVOLUÇÃO HISTÓRICA DOS EDIFÍCIOS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO OCIDENTE	88
TABELA 2 - QUADRO DE ESPECIFICAÇÕES DO SANATÓRIO DE PENHAS DE SAÚDE	118
TABELA 3 - QUADRO DE ESPECIFICAÇÕES DA ESTÂNCIA SANATORIAL DO CARAMULO	132
TABELA 4 - QUADRO DE ESPECIFICAÇÕES DO SANATÓRIO ZONNESTRAAL	150
TABELA 5 - QUADRO DE ESPECIFICAÇÕES DO SANATÓRIO DE PAIMIO	160
TABELA 6 - QUADRO DE ESPECIFICAÇÕES DO LAR ALCÁCER DO SAL, AIRES MATEUS	191
TABELA 7 - QUADRO DE ESPECIFICAÇÕES DO LAR CASA DE MAGALHÃES, CARVALHO ARAÚJO	201
TABELA 8 – QUADRO DE ESPECIFICAÇÕES DA RESIDENTIAL HOME FOR THE ELDERLY, PETER ZUMTHOR (212
TABELA 9 - QUADRO DE ESPECIFICAÇÕES DOS APARTAMENTOS WOZOCo'S, MVRDV	222

**1) IDOSOS, SOCIEDADE & ARQUITETURA:
UMA INTRODUÇÃO**

A *American Seniors Housing Association* (AHS) identificou 20.920 propriedades Senior habitação no seu estudo de 2004, que incluiu 5.250 apartamentos superiores, 6.200 propriedades de vida independente, 7,27o de vida assistida e 2.200 continuam propriedades comunidade da aposentadoria de cuidados e compreenderam no total mais de 2,323,600 unidades habitacionais.¹

Devido ao crescimento exponencial da população idosa, há cada vez mais necessidade de se pensar nas questões residenciais deste grupo específico, tal como nos diferentes tipos de residências. Sendo elas destinadas a estadas de curta ou longa duração, devem incidir em todas as fragilidades existentes, o que implica que haja cada vez mais edifícios habitacionais para pessoas idosas.

Um aspeto importantíssimo é que para futuramente se prestarem serviços de cuidados, estas residências têm de ter condições de boa habitabilidade, bem como apelar aos diferentes gostos, aos distintos problemas de saúde e ao convívio social. O principal desafio, para todos os arquitetos, é conseguir responder às diferentes necessidades, tentando manter o conforto dos idosos a nível residencial, médico-hospitalar e social.

Mentes abertas, comunicação aberta e planeamento cooperativo entre profissionais de design e profissionais de saúde é fundamental para a criação de ambientes de cuidados. designers inovadores podem fazer mais do que criar novos edifícios e novos projetos de construção; eles podem construir a consciência sobre o projeto de melhoria de vida. Temos muito a aprender uns com os outros, e todos se beneficiar, especialmente os moradores.²

Outro desafio é precisamente corresponder às exigências dos profissionais de saúde para este tipo de residências, mas também nunca esquecer que devemos adaptar o estabelecimento às necessidades desta população. Deste modo, temos que diagnosticar os problemas e encontrar as melhores soluções, tendo sempre presente a redução das capacidades físicas e psicológicas dos futuros utentes. Para melhores resultados é fundamental elaborar um projeto de cooperação e de colaboração com os diferentes profissionais (fornecedores, arquitetos, designers, profissionais de saúde...) e, tendo sempre em atenção as várias opiniões dos técnicos,

¹ Elizabeth C. Brawley. *Design Innovations for Aging and Alzheimer's*. (Nova Jersey: John Wiley e filhos, Inc., Hoboken, 2006), XIII

² *Ibid.*, XIII

bem como dos promotores, dos profissionais e futuros utilizadores, para deste modo se chegar a uma solução mais fiável. Possibilitando assim “uma experiência mais confortável [a qual] também fornece o tempo para ouvir os adultos mais velhos contar suas próprias histórias”³, que podem ser úteis na escolha de algumas estratégias e soluções.

A maioria dos projetos tem sido pensada para pessoas com capacidades psicológicas intactas e com alguma mobilidade reduzida, o que revela uma análise deficitária da problemática no seu todo. Os projetos devem ter em conta as questões de adaptabilidade, e pensando de forma geral, têm de garantir um programa que se possa adaptar às necessidades que vão surgindo. Por exemplo, os idosos têm maior tendência a ter problemas de saúde como artrite, hipertensão, insuficiência cardíaca, cataratas ou ainda outros, estes vão dificultar-lhes a visão, a audição e o simples movimento, fazendo com que necessitem de apoio para realizar as simples tarefas diárias. Sendo assim, os arquitetos, quando projetam, devem ter em conta o público-alvo e as suas necessidades específicas, para conseguirem moldar as soluções que respondam efetivamente às necessidades presentes e futuras. Uma das formas para encontrar boas soluções é a análise de projetos já executados, compreendendo o que foi realizado e o motivo, percebendo assim quais são as melhores soluções e as oportunidades de melhorias. Algumas das condicionantes que moldam sempre estes projetos residenciais são os ambientes, a sensação do toque, a luz e a envolvente. Um ambiente físico deficiente influencia o foro psicológico, situações de ruído ou de luz inadequada, seja ela natural ou artificial fazem com que o nível de conforto dos idosos baixe, devido à sua fragilidade. Acima de tudo, os ambientes devem transmitir segurança e conforto, incentivar a autonomia e o convívio. Os ambientes favoráveis para os idosos poderão ser distintos, mas uma das formas para se obter uma solução viável é selecionar profissionais que tenham conhecimentos de gerontologia e geriatria para que melhor possam perceber e apoiar este público-alvo.

³“This is a more comfortable experience and also provides time to hear older adults tell their own stories.” - Elizabeth C. Brawley. *Design Innovations for Aging and Alzheimer's*. (Nova Jersey: John Wiley e filhos, Inc., Hoboken, 2006), XVI. Tradução própria a partir do original.

A sociedade glorifica a juventude, percebe-se perfeitamente isso nos anúncios publicitários ou nas informações que nos são transmitidas, o que nos faz esquecer constantemente a população mais idosa. Porém, atualmente, devemos preocuparmo-nos cada vez mais com os idosos, pois são eles que representam a percentagem mais elevada da população, percentagem esta com tendência a aumentar num futuro próximo. Devido a este pensamento ou foco na juventude, por parte da sociedade em geral, os idosos não querem ser ‘velhos’, pois não querem abandonar a sua própria residência, não aceitam a sua realidade, ou melhor a realidade dos problemas que a sua idade lhes pode trazer. Obviamente que, como se irá analisar nas investigações de Andreas Huber, Herrad Schenk e François Hopflinger, a vida pode ser dividida em fases, tal como a velhice, mas todas as fases influenciam o fim da vida, por essa razão, a promoção de uma vida ativa e saudável deve ser iniciada desde jovem. As soluções para se viver uma vida de qualidade, como uma dieta saudável, a prática de exercício, o não fumar e o não consumir bebidas alcoólicas ou outros consumos são uma forma de promover a saúde. A longo prazo estes cuidados ajudam os idosos a parecer mais novos do que realmente são, pois, como já foi referido, eles não querem aceitar o seu estatuto, também devido ao facto de a sociedade não os aceitar na comunidade como deveria, acabando por ser excluídos ou isolados. A ilusão que as pessoas querem criar da sua própria realidade é que eles podem tornar-se “menos velhos” e assim serem aceites com mais facilidade. Todas estas questões se referem aos idosos a pensar no futuro, mas se recuarmos alguns anos, e tentarmos perceber, como era? O que faziam? Quais eram os apoios que tinham quando necessitavam, para onde iam e como eram ajudados?

Falar-se-ia da época em que eram vistos como mártires, pessoas cultas e de grande valor no seio familiar e na sociedade, em geral. Tinham experiência de vida e transmitiam conhecimentos que os mais jovens não possuíam, eram pilares para as gerações mais novas, eram sinónimo de sabedoria. Atualmente o mesmo não acontece, a sociedade vê os idosos como um fardo, considerando-os pessoas incapacitadas, que apenas “dão trabalho” às famílias, pondo em causa o seu quotidiano. Estas argumentam que para tomarem conta deles não podem ir trabalhar,

influenciando, deste modo, a sua vida financeira. O que não deixa de ser um erro que a sociedade comete pois, uma pessoa, por ser idosa e ter outro tipo de necessidades não tem que ser considerada incapaz e de menor importância relativamente às outras faixas etárias. Na verdade, a capacidade mental e física também diminuía no passado, e se pensarmos nas questões medicinais, esta alteração era mais grave porque os conhecimentos eram outros, e nem sempre se venciam ou controlavam de forma eficaz as doenças, como hoje em dia já acontece de forma regular. Mesmo com o envelhecimento biológico natural em qualquer ser humano, os idosos tinham um papel importante, enquanto que, atualmente, são vistos como débeis e um peso para a família. Desta situação resulta uma enorme falta de convívio das crianças com os avós, o que no passado era considerado importantíssimo pois, assegurava a passagem de muitos conhecimentos entre as gerações.

...as crianças que interagem com idosos melhoram as habilidades de comunicação e autoestima e a capacidade de resolver problemas. Para os idosos, a interação com as crianças aumenta a socialização e o apoio emocional e melhora a saúde.⁴

Esta exclusão, por parte da nossa sociedade, faz com que os idosos se sintam abandonados e isolados do mundo, as próprias famílias ignoram-nos e deixam-nos sozinhos, fazendo-os viver na solidão. Qualquer pessoa gosta de sentir que é importante quer seja para a família, os amigos ou a sociedade. As pessoas da idade avançada ainda têm mais essa necessidade, por saberem que são vistos de forma diferente, como 'velhos'. Porém, há uma questão que a sociedade deveria ter sempre em mente – qualquer pessoa por norma irá chegar a essa faixa etária e será idosa num futuro mais próximo ou mais longínquo. Ao colocarmo-nos nesta posição, como reagiríamos se os mais novos pensassem de nós o mesmo que a sociedade atualmente pensa? Iríamos gostar dessa sensação? Calculo que não, ninguém gosta de se sentir ignorado ou um peso na vida de alguém. Todos queremos ser úteis, sentirmo-nos vivos, confiantes e ter uma família que nos apoia. Porque será que a sociedade, com o passar do tempo, começou a pensar desta forma? Se antes os idosos eram

⁴ Christine Bartsch, tradução Ismar Junior. < http://www.ehow.com.br/atividades-intergeracionais-idosos-criancas-info_198972/>

idolatrados, porque não continua a ser igual na atualidade? É uma questão que leva a muitos debates, mas acima de tudo, penso que tudo não passa de manipulação da própria sociedade, que funciona em cadeia, levando este tipo de pensamento a espalhar-se toxicamente. Claro que referimo-nos à sociedade em geral mas haverá sempre quem não tenha mudado o seu pensamento relativamente a esta faixa etária. O corpo pode envelhecer, mas nem todos deixam que isso aconteça à mente, ao pensamento, e muitos compreendem que os idosos têm direito ao seu lugar na sociedade, ao respeito, ao carinho e a um final de vida digno, após uma vida de trabalho.

*

OBJETO

Os idosos são pessoas que, tal como qualquer outra faixa etária, têm as suas necessidades específicas, já que a sua força física e psicológica, na maior parte dos casos, não é a mesma, como referenciado anteriormente. A solidão é um tema que aparece muito quando se reflete neste tipo de população. Esta deriva da falta de posição a nível social, do facto de se deixar de ter um papel ativo na sociedade e por vezes nas famílias, o que leva à exclusão e ao isolamento. A maioria da percentagem da população idosa é composta por pessoas reformadas, tendo assim mais tempo livre para tentarem arranjar passatempos e formas de lazer. Porém, as oportunidades para conviverem com outras pessoas estão sempre a diminuir, o que faz com que os próprios idosos se mantenham cada vez mais nas próprias residências, isolando-se.

Envelhecer trás consigo a perda de algumas capacidades como a visão, a audição e o senso do equilíbrio, falamos de pessoas com mobilidade mais lenta tendo assim muita dificuldade em fazer determinadas tarefas, como por exemplo, subir escadas. O corpo já não tem a mesma força, os ossos enfraquecem e a sensibilidade é maior, começam a não poder também comer certos alimentos, pois só o tentarem mastigar já pode ser difícil devido à perda dos dentes. O tempo de resposta aos estímulos do

ambiente também diminuíram, tal como a compreensão do mesmo. Contudo, apenas são referidos aqui problemas mais básicos, porque os idosos não são um grupo homogéneo. Como em todas as faixas etárias, há diferenças de pessoa para pessoa. Temos, ainda, as doenças mais perigosas, exigindo maior apoio, como por exemplo as doenças crónicas, que são uma imensidade e, cada uma leva às suas necessidades específicas. Porém, encontramos situações completamente opostas, isto é, idosos que, apesar da sua idade e do seu aspeto física, possuem uma mente jovem e alguma força, sendo pessoas completamente independentes e sem grandes preocupações. Independentemente do tipo de idoso, mais ou menos saudável, não tem que ser considerado incapaz, fundamental é adequar a sua vida diária às suas possibilidades, às suas limitações. Toda a sociedade possui o mesmo grau de importância, independentemente da idade e da cultura de cada um. Esta questão dos idosos deve-se ao envelhecimento demográfico, que está interligado com os processos de mudança social, o que faz com que surja um desafio para a política económica e social, que é termos uma sociedade envelhecida, mas inovadora e eficiente. Para tal, precisamos de saber o que fazer, ou seja, devemos conhecer os estudos elaborados, tornando-se fundamental pensar na qualidade de vida e na segurança dos idosos. Além de os integrarmos, de novo na sociedade, de forma a eles se sentirem tão importantes quanto os outros, nós sociedade também ganhamos com isso, colocando os nossos preconceitos de parte. Este assunto também está referido no 72º artigo da Constituição da República Portuguesa onde se pode ler “as pessoas idosas devem possuir condições que respeitem a sua autonomia pessoal; evitem e superem o isolamento ou a marginalização social, e a sua participação ativa na vida da comunidade”⁵. Além de o idoso ter direito a sentir-se seguro, confortável e integrado na sociedade, tem direito a sentir-se amado e acarinhado, e não com sentimentos de abandono, esquecimento e solidão. Isto deve acontecer não só na própria família, mas por toda a sociedade. Tem que haver de novo uma evolução na sociedade como a que aconteceu nas questões de saúde. Por exemplo, surgiram doenças como a tuberculose, que originaram a necessidade da preocupação pública com a saúde. Esta

⁵ PARLAMENTO, *Constituição República Portuguesa*.
<<http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>>

preocupação levou à construção de estabelecimentos médico-hospitalares, sendo os sanatórios um dos exemplos modernistas, tal como atualmente se torna evidente a necessidade de pensar em estruturas residenciais adequadas aos idosos.

De uma forma mais específica, os sanatórios são estabelecimentos que têm semelhanças arquitetónicas e programáticas com os hospitais, mais concretamente, com uma variante do hospital dedicado a uma patologia específica, neste caso, a tuberculose. Esta tipologia, mais do que apenas uma tipologia médico-hospitalar, irá realizar uma ligação mais direta com a questão residencial. Como iremos ver, apesar de se destinar à cura de uma doença, também teve uma grande preocupação com o conforto e bem-estar do público-alvo, sendo composta por quartos individuais e zonas de convívio, bem como zonas exteriores associadas e mesmo os materiais utilizados refletiam a sua modernidade. Iremos ainda perceber que os idosos foram a maior percentagem de pacientes nestes sanatórios, devido às fragilidades próprias da idade. Desta forma, a semelhança desta tipologia médico-hospitalar com a tipologia residencial para idosos será um alvo da nossa análise, tal como o carácter evolutivo destas tipologias, para se conseguir especular sobre a residência para idosos do futuro, em termos arquitetónicos mas também, em termos de integração destes programas a nível rural e urbano, no planeamento do território.

Não são só a relação com a envolvente, a ligação com a paisagem, as zonas de passeio exteriores e de convívio que são fundamentais, mas também o conseguir estar próximo de familiares e amigos. Para evitar o contágio, os doentes com tuberculose eram isolados, sentindo amarguradamente a sensação de abandono e de desespero que isto podia trazer, principalmente às pessoas com idade avançada que sentiam o fim próximo. Estas situações refletir-se-ão nas residências para idosos, pois o idoso vai para as residências quando tem necessidade de auxílio, tal como os tuberculosos iam para os sanatórios na procura de cura. O sentimento de abandono destes doentes também é sentido pelos idosos quando são “abandonados” nos lares ou noutros estabelecimentos similares. Observando as tipologias arquitetónicas, conseguimos perceber a semelhança de conceitos com dualidade médico-hospitalar e residencial.

As residências para idosos devem ter esta dualidade para ajudar à promoção de uma vida saudável, garantido uma segunda metade da vida mais inclusiva.

Nesta prova, não analisaremos todas as variantes de residências para idosos, debruçar-nos-emos somente sobre as duas, que devem ter mais semelhança com o “conforto do lar”, os lares e as residências para idosos. As estratégias arquitetônicas destas duas variantes variam conforme o público-alvo. No caso dos lares, teremos idosos dependentes de apoio de terceiros, com quartos individuais, instalações sanitárias, zonas comuns e áreas técnicas. Nas residências de idosos, estes são autônomos e independentes, tendo assim módulos habitacionais autônomos, zonas comuns e zonas técnicas. De certa forma, temos duas variantes para idosos com necessidades distintas, mas com os mesmos direitos de habitabilidade, com os mesmos interesses e sempre com a presença de apoio médico-hospitalar. Porém, os idosos, ao sentirem-se excluídos da sociedade, veem estas residências, na maioria dos casos, como locais de abandono, porque, apesar de poderem ser adaptadas às suas necessidades, promovendo maior autonomia, o convívio social é, na maior parte das vezes, limitado, o que não deve acontecer, pois o idoso deve poder sentir-se sempre integrado, na sua própria residência, nestas residências ou no exterior das mesmas. A inclusão dos mesmos não passa somente pelas tipologias arquitetônicas, mas sim pela sua ligação à sociedade através da arquitetura e do urbanismo. De certo modo, temos dois lados: a esfera privada da vida e a necessidade da comunidade. Pensando nestas duas questões, propomos repensar as residências para idosos através da análise dos casos de estudo, nomeadamente arquitetura, programas e função, propondo, ainda, a criação de uma estância geriátrica, uma instituição constituída por um grupo de profissionais de prestígio e com vasta experiência em áreas como geriatria, psicologia, traumatologia e desenvolvimento ocupacional, tendo como objetivo o prestar cuidados e serviços aos idosos, promovendo ainda uma melhor integração a nível cultural, emocional e social. No entanto, o objetivo primordial passa por uma eficaz inclusão dos idosos na sociedade e uma estância geriátrica por si só une os idosos, mas não os liga à

sociedade. Desta forma, pensa-se então na ligação a outros equipamentos, que possam incentivar esta inclusão, com espaços exteriores ligando os mesmos, tendo, obviamente, em atenção os materiais escolhidos, para os espaços interiores ou exteriores, para as fachadas e mesmo as entradas de luz. Tentando, através de uma arquitetura bem planeada, aproximar e incentivar os idosos ao contacto com o exterior, ao convívio e aproximar as diferentes gerações através de atividades comuns. A arquitetura pode e deve sempre adequar as soluções a um futuro volátil, garantido que possam ser adaptáveis, garantido uma solução dita universal e demonstrando que a disciplina arquitetónica pode ser uma coadjuvante na procura de soluções para os diferentes problemas existentes, sejam eles culturais, políticos, educacionais, medicinais ou sociais.

*

JUSTIFICAÇÃO

Este tema dos idosos foi alvo de estudo ao longo dos anos, pois o número de pessoas de idade foi crescendo e a necessidade de alojamento desta faixa etária começou a ser algo de importância. Dificilmente se chegará a um consenso sobre o mesmo, mas o mais importante é comparar todas as pesquisas e informações que estão disponíveis, para perceber e tentar projetar de forma mais adequada possível. Mesmo nas diferentes opiniões existem aspetos imprescindíveis para qualquer habitação deste tipo, e é aí que encontramos a base comum em todos os autores ou profissionais envolvidos no tema. Os idosos estão cada vez mais presentes na nossa sociedade e a necessidade de terem residências adequadas para eles torna-se cada vez maior, derivado às vidas profissionais e familiares dos seus entes queridos que não podem apoiar estes idosos. Mas, estes estabelecimentos são sempre vistos como locais de abandono, logo o reinventar destes locais torna-se importante para alterar esta perspectiva. A ideia de que estes locais são de despejo por parte dos familiares é enorme principalmente pelo facto de estarem isolados do resto da sociedade. Este aumento da percentagem de população de idosos obriga a que os arquitetos projetem cada vez mais para este tipo de população, sabendo

que as suas necessidades são dispare. Muitos destes idosos necessitam de acompanhamento médico-hospitalar, convívio social e apoio familiar, logo o tentar interligar estas questões num só local, faz com que se consiga uma sociedade multigeracional ativa e inclusiva. A referência das questões medicinais é precisamente por termos noção que toda população necessita de uma forma ou de outra, de apoio externo médico-hospitalar ou de bem-estar, nomeadamente os idosos devido às suas condições fisiológicas e psicológicas. Deste modo, interligam-se todos os ensinamentos que a pesquisa nos pode fornecer, destas várias tipologias, programas e conceitos distintos, desde os sanatórios às residências para idosos, servindo para se obter uma maior inclusão dos idosos na sociedade, resultando assim numa sociedade multigeracional ativa. Se conseguirmos ir solucionando os problemas mais frequentes na sociedade, conseguiremos projetar de forma mais correta todas estas residências para uma população específica que, cada vez mais se generaliza, conseguindo garantir o conforto e segurança aos seus habitantes.

*

OBJETIVOS E METODOLOGIA

O objetivo central da prova é perceber de que forma se pode reinventar as residências para idosos com a interligação a outros equipamentos, resultando assim numa Estância Intergeracional, com vertente Geriátrica e Infantojuvenil, tendo por base a arquitetura médico-hospitalar e a arquitetura residencial, tanto a nível nacional como internacional, de forma a incluir os idosos na sociedade. Para tal, torna-se fundamental perceber os idosos, a sua ligação com a família e a sociedade, as suas necessidades específicas, a sua saúde e como se poderia promover uma vida realmente ativa e saudável. Por outro lado, torna-se importante compreender os sanatórios enquanto estrutura de cariz médico-hospitalar, nomeadamente o que levou ao seu surgimento, entender o seu funcionamento e programa específico e, finalmente, o porquê do abandono desta tipologia e o que sucedeu aos edifícios depois desse abandono.

Outro objetivo é compreender qual a ligação desta arquitetura médico-hospitalar com a arquitetura residencial para idosos e, para tal, analisar-se-

á a evolução arquitetónica, tanto a nível de programa como de funcionalidade, o que vai ajudar a perceber de que forma elas podem ser favoráveis à vida do idoso. Com estes objetivos, tentar-se-á entender a importância da arquitetura na mudança e na evolução da cidade e da própria sociedade, não só arquitetónica e urbanisticamente, como também a nível social.

Para cumprir com estes objetivos, houve necessidade de se fazer uma análise do envelhecimento demográfico e biológico, tal como das fases da vida e das do idoso, de entender as necessidades dos mesmos e como é que as essas fases podem influenciar uma tipologia arquitetónica. Para a concretização destes objetivos, teve-se como base quatro casos de estudo para cada tipologia arquitetónica, sendo dois nacionais e dois internacionais. Percebendo-se, deste modo, não só o impacto de ambas na sociedade portuguesa, mas também se o mesmo aconteceu a nível internacional.

A metodologia utilizada para a realização da prova iniciou-se pela pesquisa bibliográfica e de arquivo, passando pela investigação na internet bem como em bibliotecas e arquivos, de forma a encontrar estudos e análises feitas aos temas como gerontologia, geriátrica, sanatórios, tuberculose, idosos nas questões sociais e de saúde e residências para idosos. Esta pesquisa resultou na descoberta dos autores a analisar no Estado de Arte mencionados, a seguir, na Estrutura, ajudando a melhor entender não só o envelhecimento demográfico nacional e mundial, como também os debates e os pensamentos que se têm sobre os idosos e as suas vertentes geriátricas. Da mesma forma, percebeu-se o surgimento tanto dos sanatórios como das residências para idosos e as suas evoluções respetivas.

Para além da pesquisa de arquivo, no caso da Estância Sanatorial do Caramulo, houve a possibilidade de visita ao local, de levantamento fotográfico e de arquivo local, como também de “conversas” informais com população residente, percebendo melhor os sanatórios existentes, o que aconteceu ao longo do tempo e as suas utilidades atuais. Nos outros casos de estudo nacionais e internacionais dos sanatórios, a informação foi obtida através das pesquisas e análises gráficas em bibliotecas e arquivos.

No caso das residências para idosos nacionais, houve contacto com os ateliers encarregues dos projetos, que forneceram informação gráfica dos mesmos, e no caso Lar casa de Magalhães houve ainda o fornecimento da memória descritiva e justificativa. Nos casos de estudo internacionais, nomeadamente das residências para idosos, a informação foi também obtida através das pesquisas e análises gráficas em bibliotecas e arquivos

Na análise dos casos de estudo, recorreu-se à informação teórica e gráfica, de forma a interligar a informação com um olhar crítico como já referido, porém a recolha de informação nem sempre foi facilitada. No caso da Estância Sanatorial do Caramulo, a informação encontrada e/ou facultada é mais a nível teórico, com fotos antigas dos estabelecimentos. Cortes, alçados e plantas são praticamente inexistentes. As poucas plantas que existem não estão bem identificadas, o que se corroborou pela visita ao local. Mesmo nos casos internacionais, relativamente aos santórios, a informação também foi limitada, sentindo falta de mais informação gráfica que não foi conseguida. Nos casos de estudo internacionais das residências de idosos, apesar do contacto estabelecido com os *ateliers* para recolha de informação, a mesma foi negada, dificultando a recolha de informação. Esta dificuldade, tal como nos casos anteriores, foi contornada pela recolha de fotografias e textos sobre estes projetos específicos e uma análise crítica dos mesmos.

Analisando todas estas informações e tendo em conta o impacto que cada estabelecimento arquitetónico tem na sociedade, tentou-se encontrar a ligação entre a tipologia médico-hospitalar e a tipologia residencial, nomeadamente no caso dos idosos, assim como a possibilidade de interligar com outros equipamentos, como por exemplo de cariz educacional (creches/infantários), ou outros e assim, colocar os idosos, de novo, integrados na sociedade e deste modo não se sentirem isolados, esquecidos ou abandonados.

*

ESTRUTURA

Estado de arte, Dos Sanatórios à Habitação para idosos: um pensamento evolutivo, tenta abordar, ainda que de forma superficial, a Gerontologia, mais concretamente o envelhecimento demográfico e a evolução da vida e o envelhecimento biológico. De certa forma, começa-se pela percepção do que se passa na sociedade recente relativamente ao crescimento exponencial da faixa etária dos idosos nacional e internacionalmente, percebendo os motivos do mesmo acontecer e de que forma esse envelhecimento pode afetar a sociedade. De seguida, analisamos a evolução das fases da vida até a velhice, percebendo as diferentes fases avançadas pelos investigadores Andreas Huber, Herrad Schenk e François Hopflinger. Estudando a opinião destes autores, faz-se assim uma divisão mais pessoal destes grupos da velhice e em que é que consiste cada um deles. Ao referenciar-se, de forma geral, algumas consequências do envelhecimento biológico, percebem-se as diferentes necessidades que os mesmos podem ter. Para finalizar o capítulo, debruçamo-nos sobre a geriatria, enquadrando a arquitetura médico-hospitalar e residencial. Para tal, procurou-se mostrar como se pode promover uma vida saudável na residência para idosos, e com isto perceber-se a ligação e a dualidade que se encontram nestas mesmas residências.

Capítulo I, Estâncias Sanatoriais: O abandono de uma tipologia médico-hospitalar, este capítulo inicia-se com o testemunho de um doente do Sanatório Penhas de Saúde, mostrando um pouco o que os mesmos sentiam nestes edifícios. De seguida, analisa-se o surgimento desta tipologia, bem como a evolução da doença, a tuberculose, que a originou, fazendo referência ao movimento sanitário. Ainda derivado a esta doença foram referidas as alterações arquitetónicas e urbanísticas que ela implicou até ao surgimento do sanatório. Para melhor entender os Sanatórios, analisam-se casos de estudo nacionais e internacionais, entre os quais o Sanatório das Penhas de Saúde (Cotinelli Telmo, Covilhã, Portugal, 1936) e a Estâncias Sanatoriais do Caramulo (Viseu, Portugal, Jerónimo Lacerda, 1922) bem como, casos de estudo internacionais, o Sanatório Zonnestraal (Jan Duiker & Bernard Bijvoet, Hilversum, Holanda, 1928) e o

Sanatório de Paimio (Alvar e Aino Aalto, Paimio, Finlândia, 1933). Comprova-se que todos caíram em desuso pelo vencimento da doença e investiga-se se estes edifícios foram ou não reaproveitados, e no caso afirmativo, para que tipo de programas. Desta forma, procura-se demonstrar como se poderiam reaproveitar estes edifícios que tinham uma dualidade médico-hospitalar e residencial.

Capítulo II, Residências para idosos: Da informalidade da casa familiar à formalidade da residência para idosos, inicia-se pela percepção da mesma dualidade de conceitos existentes como na tipologia anterior, percebendo assim a sua evolução, como surgiram as primeiras residências e como foram evoluindo. Para tal, referenciam-se os diferentes tipos de estabelecimentos para idosos e em que consistem. Outro ponto que se apresenta, neste capítulo, é o pensamento do idoso sobre estes estabelecimentos e sobre a própria residência. Mais pormenorizadamente, analisam-se os lares e as residências, e para tal utilizam-se casos de estudo nacionais e internacionais, a saber o Lar de Alcácer do Sal (Aires Mateus, Setúbal, Portugal, 2010) e o Lar Casa Magalhães (Carvalho Araújo, Ponte de Lima, Portugal, 2010); e, como casos de estudo internacionais, a Residential Home for the Elderly (Peter Zumthor, Chur, Suíça, 1993) e os apartamentos WoZoco's (MvRdV, Amsterdão, Holanda, 1997). Nestas análises consegue-se fazer referências à arquitetura moderna e ainda perceber semelhanças com os Sanatórios.

Capítulo III – Do Sanatório à Estância Geriátrica: O reinventar de uma residência para idosos, consiste no perceber todas as análises anteriores com um olhar crítico e propondo uma Estância Multigeracional com vertente Geriátrica e Infantojuvenil, na antiga Estância Sanatorial do Caramulo, lembrando que é possível reaproveitar os seis edifícios abandonados. Propõem-se, deste modo, as residências para idosos de diferente cariz, individuais, lares ou até para grupos específicos, mas interligados com creches/infantários, zonas comuns, hotéis e todo o tipo de equipamentos.

Por fim, A arquitetura como fator da inclusão dos idosos na sociedade: uma conclusão, reforça a ideia da Estância Multigeracional com vertente Geriátrica e Infantojuvenil como fator de inclusão na sociedade. Demonstra-se que a arquitetura é um dos passos essenciais para incluir os idosos na sociedade, sendo um assunto com uma importância crescente devido ao envelhecimento demográfico. Num futuro próximo, todos chegamos a esta faixa etária, com o direito de permanecer numa residência que nos inclua e mostre o nosso valor na sociedade e onde o sentimento de abandono não tenha lugar.

**2) DOS SANATÓRIOS À HABITAÇÃO PARA IDOSOS:
UM PENSAMENTO EVOLUTIVO**

GERONTOLOGIA

1. Envelhecimento demográfico

Todos querem envelhecer, mas ninguém quer ser velho. Este ditado, é tão famoso como é banal, expressa um paradoxo: o desejo de viver o maior tempo possível é igualmente marcado por uma profunda ansiedade sobre a velhice. Para a maioria das pessoas, envelhecer é um assunto assustador que eles tentam manter a uma distância o maior tempo possível. Isso realmente afeta algumas pessoas no cerne quando seus próprios pais se tornam doentes, muitas vezes essas pessoas estão no limiar de se tornar eles próprios velhos e talvez, por isso comecem a pensar pela primeira vez sobre a progressão do seu próprio envelhecimento. A ansiedade dos indivíduos em relação ao envelhecimento é compreensível, já que não podemos saber como o capítulo final de nossas vidas vai acontecer. Poderemos ser capazes de estar sozinhos até o fim de nossas vidas? Ou um dia iremos necessitar de cuidados e nos tornarmos dependentes?⁶

O envelhecimento demográfico tem sido um tema bastante debatido ao longo dos anos, pois os valores das estatísticas têm demonstrado que a nível mundial os idosos estão a converter-se na faixa etária mais numerosa. A gerontologia⁷ tem se revelado uma forma compreensiva de se perceber o que é o envelhecimento e de que forma este se comporta e evolui. Todas as ansiedades estão cada vez mais presentes nas pessoas que se sentem, cada vez mais próximas de uma idade dita avançada, isto porque não sabem como será o seu futuro, mais concretamente a sua velhice. Apesar de ouvirmos muitas vezes dizer que o “futuro será dos jovens”, cada vez mais as estatísticas demonstram o contrário, pois o número de jovens tem vindo a diminuir e o número de idosos a aumentar exponencialmente. Isto faz com que, na realidade, a informação que se deveria passar para toda a sociedade é de que o futuro deveria ser dos

⁶ “Everyone wants to grow old, but no one wants to be old. This saying, as famous as it is trite, express a paradox: the wish to live as long as possible is equally marked by a profound anxiety about old age. For most people, growing old is a frightening subject that they try to keep at a distance as long as possible. It really effects some people to the core when their own parents become infirm, as often they are at the threshold of becoming old themselves and perhaps therefore beginning to think for the first time about the progression of their own aging. The anxiety of individuals about aging is understandable, since we cannot know how the final chapter of our lives will turn out. Will we be able to cope alone until the end of our lives? Or will we one day need care and become dependent?” – Herrad Schenk, *The Adventure of growing old: On Growing Old and Staying Young*. IN Andreas Huber. *New Approaches to Housing for the Second Half of Life*. (Basel, Suíça: Birkhauser Verlag AG. 2008), 15. Tradução própria a partir do original.

⁷ Ciência que estuda o envelhecimento em suas dimensões biológicas, psicológicas e sociais.

jovens. No entanto, não o será necessariamente, pois as projeções atuais demonstram a tendência para uma futura sociedade envelhecida.

Assim sendo, é imperativo que se comece a pensar mais nesta faixa etária, a refletir nas suas necessidades e na melhor maneira de as colmatar, pois é um facto adquirido: a sociedade está envelhecida.

É, no entanto, possível ver esta problemática por outro prisma, a questão do futuro ser dos jovens e de serem eles próprios a mudar esta realidade. Pensando a longo prazo, a taxa elevada da população idosa irá diminuir lentamente, porque apesar da taxa média de vida ser mais longa, esta não é infinita. Obviamente, que todos temos noção que a vida tem um terminus e, quando se é idoso, a probabilidade de essa realidade acontecer aumenta. Se estes idosos forem de uma mesma geração, poder-se-á verificar uma diminuição mais acentuada. Se pensarmos simultaneamente num aumento da taxa de natalidade, encontrar-se-á um futuro de renovado equilíbrio percentual entre jovens e idosos.

Todas estas questões são influenciadas pelas decisões, individuais e coletivas, tomadas no dia-a-dia pela própria sociedade. Devido à evolução do tempo, não é só a demografia que sofre alteração, mas também o pensamento da sociedade. Tomando como exemplo, uma pesquisa elaborada em 1995 na Suíça, referida por François Hopflinger⁸ no seu texto *A segunda metade da vida: um período em transformação*⁹, percebe-se que 64% das pessoas entrevistadas defendiam a ideia de que as mulheres eram consideradas idosas ainda antes dos setenta anos e apenas 25% acreditavam que o eram após essa idade. Em 2004, 58% já acreditavam que eram idosos depois dos setenta¹⁰. Atualmente, a maioria tende a assumir que a velhice começa entre os 60 e 65 anos, seguindo as diretivas da Organização Mundial de Saúde¹¹.

Tomando esta diretiva como standard e analisando as projeções dos Estados Unidos da América (EUA), de 1995, do Departamento do Censo

⁸ François Hopflinger é um professor de sociologia que nasceu em 1948 de Zurique e foi diretor de pesquisa no Instituto Universitário Agências e Gerações a partir de 1999. As suas pesquisas eram sobre demografia, transformação da família, relações geracionais e questões de envelhecimento. Um dos seus textos foi *The Second Half of Life: A Period of Life in Transformation*.

⁹ Andreas Huber. *New Approaches to Housing for the Second Half of Life*. (Basel, Suíça: Birkhauser Verlag AG. 2008), 36

¹⁰ *Ibid.*, 36

¹¹ UNIVALI, Gerontogeriatrics, Conceito de Idosos. <<https://gerontounivali.wordpress.com/conceito-de-idoso/>>

em relação à demografia, podemos perceber que, nos anos seguintes, o número de pessoas com 85 anos ou mais iria aumentar numa escala de 4 a 7 vezes.¹² Em 2010, a percentagem da população idosas com 65 anos ou mais já ascendia aos 13 por cento, ou seja, era superior a 40 milhões de pessoas. Comparativamente, o estudo de 2000 mostra um aumento superior a 5 milhões de pessoas correspondendo a um crescimento de “15 por cento por década”.¹³ As projeções para 2025, por exemplo, anunciam cerca de 63 milhões de pessoas com 65 anos ou mais e cerca de 8 milhões com 85 ou mais. Já em 2030, a percentagem da população com 65 anos ou mais, será de 19 por cento, ou seja, aproximadamente cerca de 71 milhões de pessoas.¹⁴

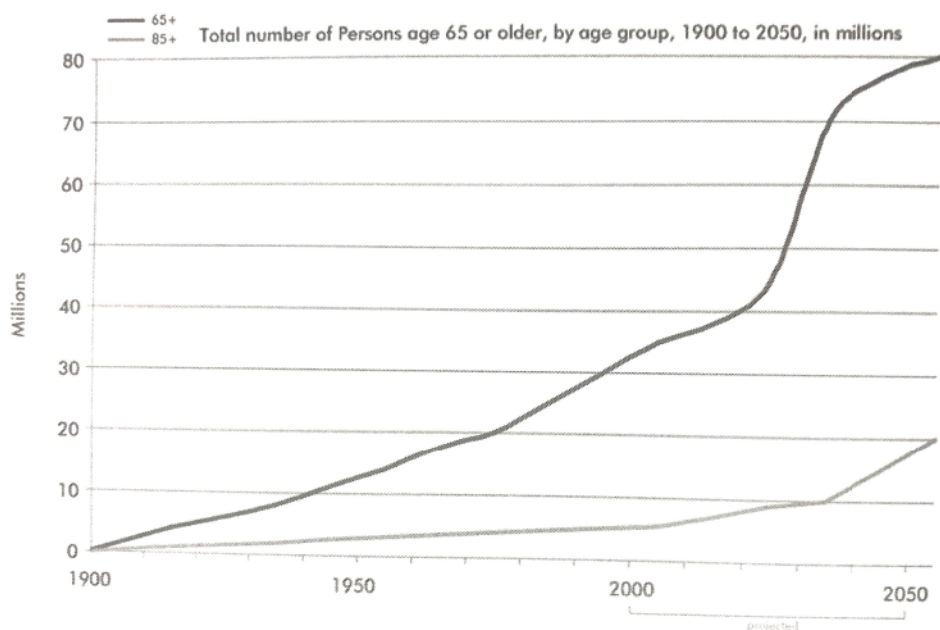


Figura 1 – Número total de pessoas com 65 anos ou mais nos EUA, por faixa etária, 1900 a 2050 (em milhões). Departamento de Censos dos EUA, Dados do Recenseamento Decenal e Projeções Populacionais.

Como vemos na Figura 1, em 2050, prevê-se cerca de 80 milhões de pessoas com 65 anos ou mais e cerca de 20 milhões com 85 anos ou

¹² Victor Reginer; Jennifer Hamilton; and Suzie Yarabe. *Assisted Living for the Aged and Frail*. (Nova Iorque: Columbia University Press, 1995), 217

¹³ Perkins Eastman. *Building Type Basics for Senior living*. (Segunda Edição, Canada: John Wiley e filhos, 2013), 2

¹⁴ *Ibid.*, 2

mais. Houve um crescimento inicial e progressivo da faixa etária dos oitenta e cinco anos ou mais até meados do ano de 2005 (aproximadamente seis milhões). Prevendo-se um aumento um pouco mais significativo até meados do ano 2035 (aproximadamente dez milhões) e um aumento brusco de 2035 até 2050 (aproximadamente vinte milhões). No caso da faixa etária de sessenta e cinco ou mais, o aumento sempre foi um pouco maior, mas manteve-se mais ou menos estável até ao ano de 1980 (aproximadamente vinte milhões). O aumento progressivo aconteceu até 2015 (aproximadamente quarenta milhões), prevendo-se doravante e até 2030, um aumento exponencial, (aproximadamente setenta e três milhões), aumento este que abranda posteriormente até 2050 (oitenta milhões). Apesar da referência às projeções norte-americanas, esta situação acontece de forma similar na Europa, como por exemplo, na Suíça, onde os idosos de 65 anos aumentarão de 16,2% em 2006 para 28% em 2050 e “o número de pessoas de cinquenta anos ou mais aumentará de 2,6 milhões em 2006 para 3,8 milhões em 2050, o que corresponde a um aumento de 35 para 47 por cento da população”¹⁵. Segundo o Serviço Federal de Estatística Suíço, em finais de 2006 (Figura 2), a Suíça tinha aproximadamente 75 milhões de pessoas a viver no país, sendo a imigração o principal fator deste aumento (1998 pessoas mudaram-se para a Suíça nesse mesmo ano). O pico de crescimento está previsto para o ano de 2035 com quase oitenta e duas mil pessoas, começando, de seguida, a diminuir até 2050, quando se prevê aproximadamente oitenta e uma mil pessoas.

¹⁵ Andreas Huber. *New Approaches to Housing for the Second Half of Life*. (Basel, Suíça: Birkhauser Verlag AG. 2008), 9

Sendo uma explosão de bebés como a tradução o sugere, este fenómeno social surgiu nos Estados Unidos no final da Segunda Guerra, ocasião em que os soldados voltaram para suas casas e conceberam filhos em uma mesma época.

< <http://www.coisaetale.com.br/2012/04/as-geracoes-baby-boomer-x-y-e-z/> >

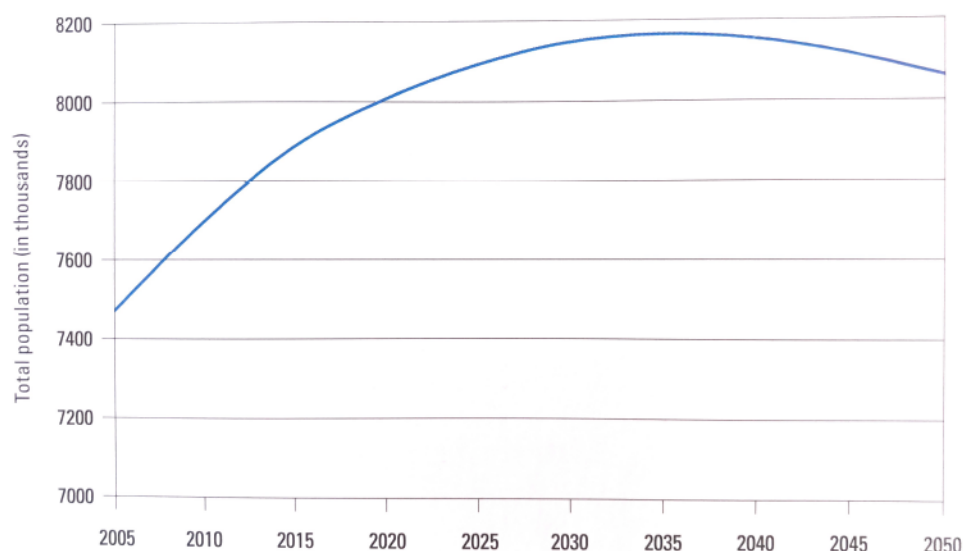


Figura 2 – População de residentes permanentes do ano 2000 mais a tendência futura do cenário. Dados: Instituto Federal de Estatística, Cenários para o desenvolvimento da população 2005-2050 Neuchatel: 2006.

Estes valores demonstram que, em 2050, poderá haver uma diferença de quase um milhão de população de residentes permanentes. Esta diminuição deve-se, também, ao facto de se prever que a maioria das mulheres terão apenas um filho (média 1,44) neste país. Apesar destas condicionantes, a taxa de natalidade manter-se-á sempre a subir até 2036. Por outro lado, temos o aumento do envelhecimento demográfico, com a esperança média de vida a dilata - se e conseqüentemente a taxa de idosos, como comprovam estas últimas décadas. Por sua vez, existe uma ligação deste aumento com a arquitetura habitacional na população idosa, pois esta será a faixa etária com maior percentagem num futuro próximo, nomeadamente a população idosa do sexo feminino¹⁶, como podemos ver na Figura 3.

¹⁶ Andreas Huber. *New Approaches to Housing for the Second Half of Life*. (Basel, Suíça: Birkhauser Verlag AG. 2008), 49

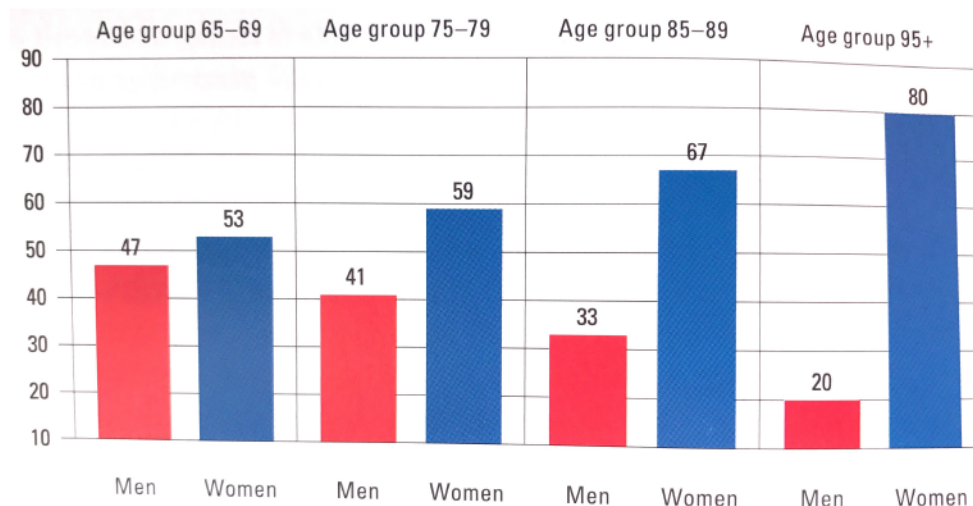


Figura 3 – Grupos etários por género em percentagem. Dados: Instituto Federal de Estatística, estatísticas do Estado da População Anual (ESPOP) 2006, resultados definitivos.

Pela análise do gráfico, deduzimos que há mais probabilidade de mulheres mais velhas viverem sozinhas do que homens. Assim sendo, em termos arquitetónicos, temos, desde já, a noção que a maioria da população envelhecida será do sexo feminino e, apesar dos arquitetos ou profissionais qualificados terem de pensar nos idosos em geral, é importante projetar estabelecimentos com infraestruturas e serviços comuns adequados a uma população maioritariamente feminina. Deste modo, poder-se-ão minimizar os casos de isolamento e solidão (algo que iremos abordar de forma mais específica no final desta secção).

Numa perspetiva mais abrangente e tomando como base a União Europeia (UE), a percentagem de idosos com mais de oitenta será quase tão grande como a de crianças. Por toda a Europa, e mesmo a nível mundial, tem-se verificado este processo de duplo envelhecimento. Ou seja, temos o aumento da expectativa da vida para a pessoa idosa, o que sugere que a faixa etária dos idosos se mantenha mais alta (maior tempo de vida), e a diminuição da taxa da natalidade, passando assim a ter-se menos jovens. Espera-se um aumento da população com idade acima de 65 anos a nível mundial de 6,9 para 16,4; ou seja, 1,53 biliões de pessoas em 2050.¹⁷ Este fator é bastante negativo, porque se a taxa de mortalidade sobe repentinamente (derivado, por exemplo, a uma catástrofe ou a uma

¹⁷ Perkins Eastman. *Building Type Basics for Senior living*. (Segunda Edição, Canada: John Wiley e filhos, 2013), 3

epidemia) o número de pessoas diminuiria drasticamente. Em conclusão, o ideal para manter o equilíbrio seria que crianças e jovens de hoje aumentassem a taxa da natalidade, ou seja, fossem os protagonistas de um novo *baby-boom*¹⁸. Analisando a percentagem dos jovens (Figura 4), verificamos que esta população, até aos 14 anos, diminuiu de 2003 para 2013, na maioria dos países de UE, à exceção da Espanha e da Irlanda, e que se manteve na Eslovênia e Estônia.

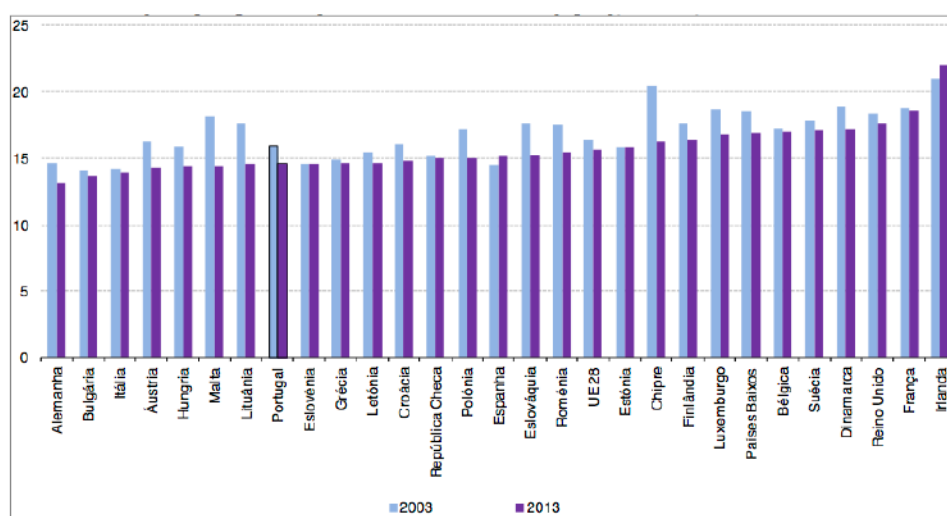


Figura 4 – População Jovem (0 a 14 anos de idade) (%), União Europeia 28, 2003 e 2013

Mas ao observar a Figura 5, apercebemo-nos que, no caso da população idosa de 65 anos ou mais, houve um aumento da percentagem, ainda que variável, em todos os países da UE sem exceções, de 2003 para 2013.

¹⁸ Andreas Huber. *New Approaches to Housing for the Second Half of Life*. (Basel, Suíça: Birkhauser Verlag AG. 2008), 31

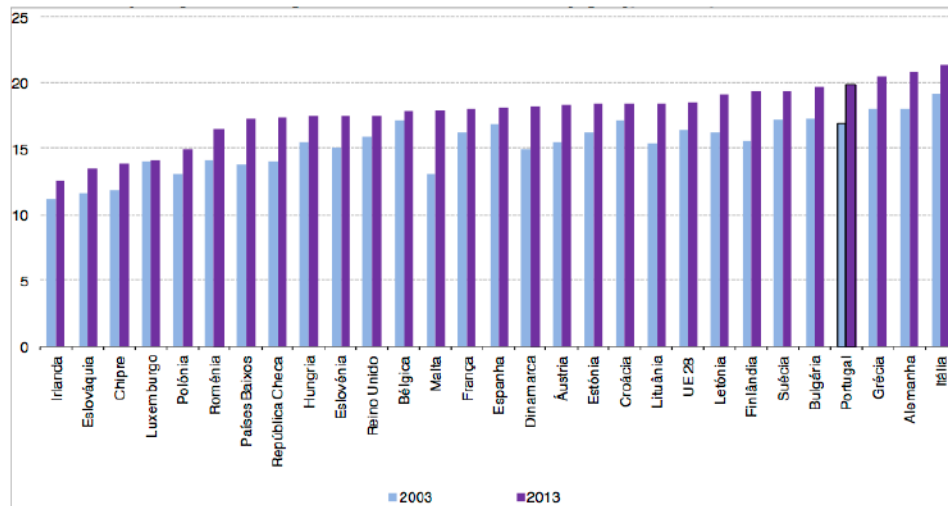


Figura 5 – População Idosa (65 anos de idade ou mais) (%), União Europeia 28, 2003 e 2013

Dentro da UE, segundo o Instituto Nacional de Estatística, a 10 julho de 2015, no destaque do Dia Mundial da População, Portugal situava-se em quarto lugar com mais população idosa. Em quinto lugar, relativamente ao índice de envelhecimento (Figura 6), em terceiro lugar no aumento da idade média entre 2003 e 2013 (Figura 7), e também no “terceiro valor mais baixo do índice de renovação da população em idade ativa”¹⁹ (Figura 8).

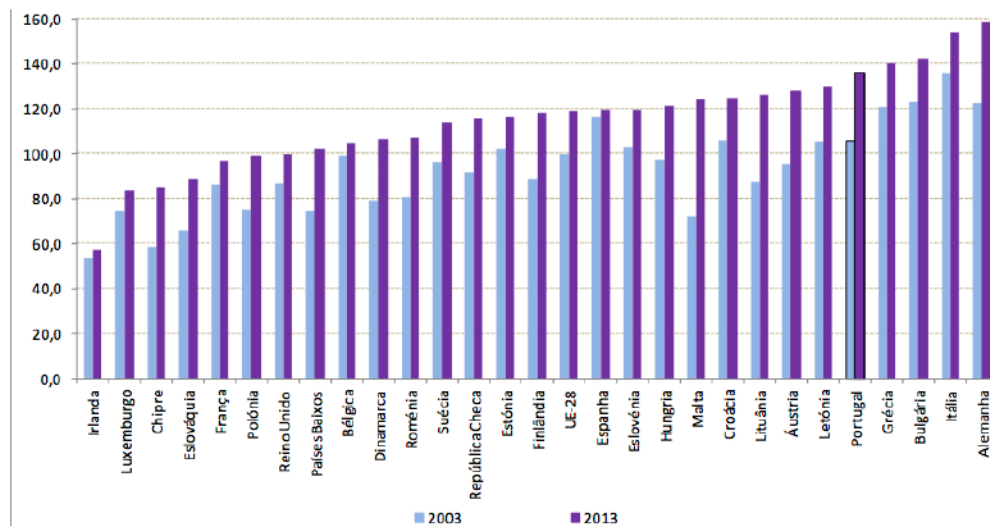


Figura 6– Índice de Envelhecimento, União Europeia 28, 2003 e 2013

¹⁹ Instituto Nacional de Estatística, *Destaque do Dia Mundial da População*. (Portugal, 10 Julho de 2015), 1



Figura 7– Idade mediana da população (em anos), União Europeia 28, 2003 e 2013



Figura 8– Índice de renovação da população em idade ativa, União Europeia 28, 2003 e 2013

A primeira vez que, em Portugal, o número de idosos ultrapassou o número de jovens foi em 2000, tendo assim por cada 100 jovens, 141 idosos. Estas estatísticas demonstram que passaremos a ter 317 idosos por cada 100 jovens em 2080 e que esta situação só tenderá a estabilizar por volta de 2060 (Figura 9). Consequentemente, a população em idade ativa também diminuirá de forma drástica de 6,7 para 3,8 milhões (Figura 10).

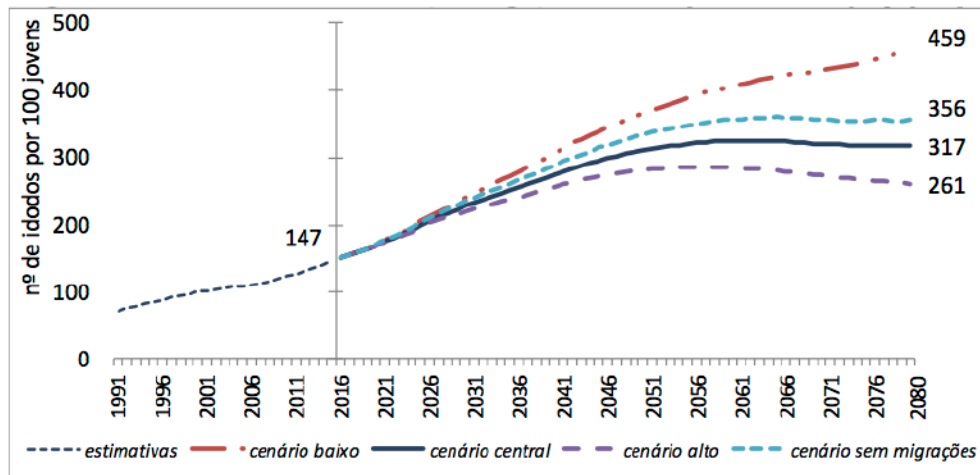


Figura 9– Índice de envelhecimento, Portugal, 1991-2080 (estimativas e projeções)

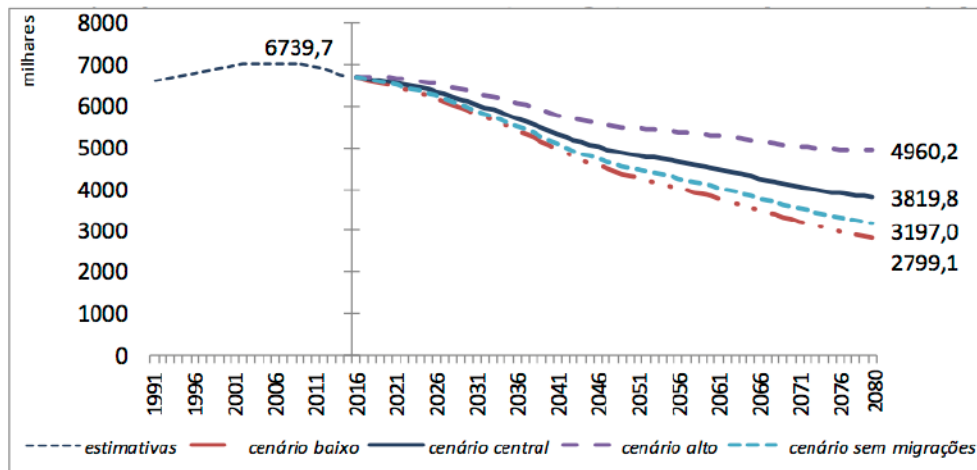


Figura 10 – População residente em idade ativa (15 aos 64 anos), Portugal, 1991-2080 (estimativas e projeções)

Refletindo na questão de dependência desta faixa etária, sabemos que os idosos são todos diferentes, com necessidades e saúde diferentes, fazendo com que o apoio facultado deva ser também ele diferenciado. Claro que temos os casos dos que ainda não necessitam desse apoio, conseguindo ser autónomos²⁰ e independentes²¹. Em Portugal, entre 2003 e 2013, o índice de dependência de idosos sofreu uma subida, sendo de

²⁰ Autonomia – uma pessoa que tem capacidade de se gerenciar, planear seus objetivos e tomar decisões, ou seja, tem aptidão mental.

²¹ Independência – uma pessoa que tem a capacidade de realizar todas as suas atividades diárias sem necessitar de ajuda de terceiros, ou seja, tem aptidão física.

aproximadamente 30 idosos por cada 100 pessoas em idade ativa (Figura 11).

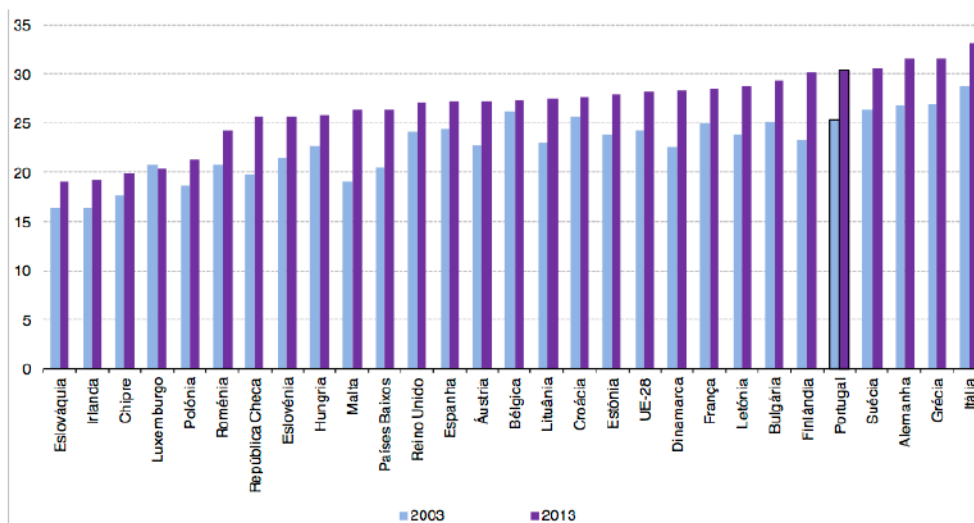


Figura 11 – Idade de dependência de idosos, União Europeia 28, 2003 e 2013

Este aumento indica que mais idosos necessitaram de apoio nas suas tarefas diárias, por falta de aptidão física.

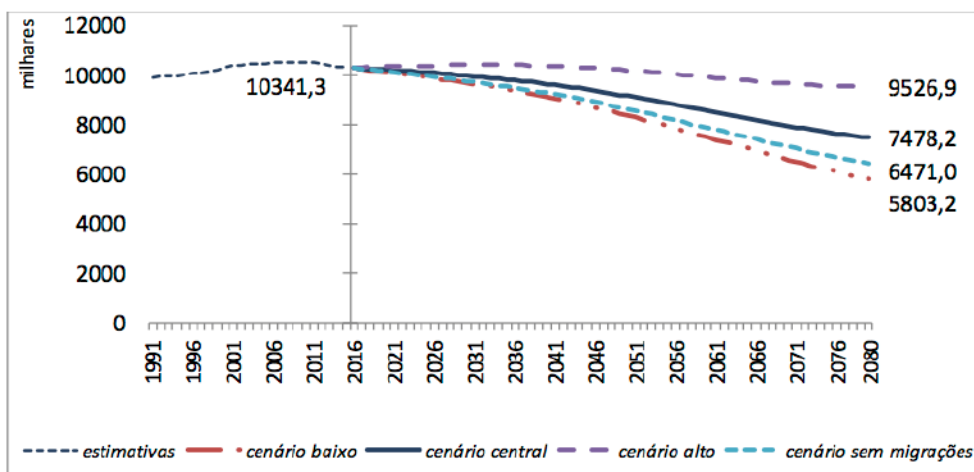


Figura 12 – População residente, Portugal, 1991-2080 (estimativas e projeções)

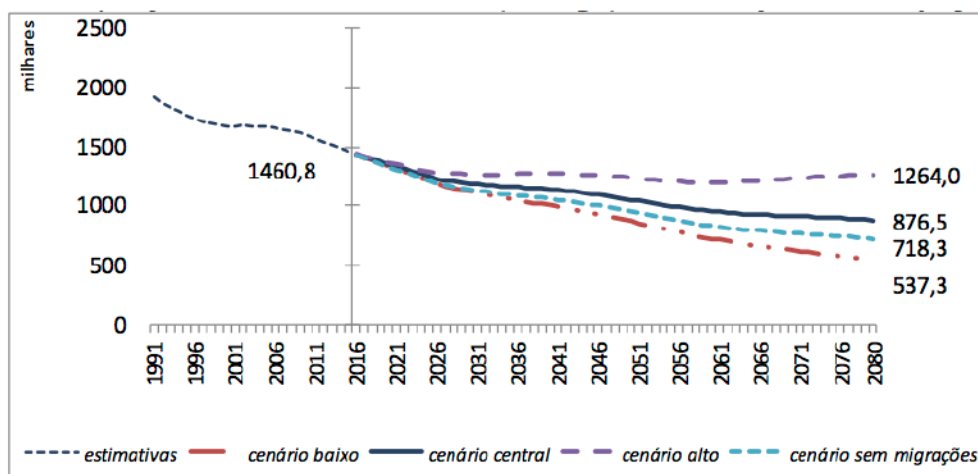


Figura 13 – População residente dos 0 anos 14 anos, Portugal, 1991-2080 (estimativas e projeções)

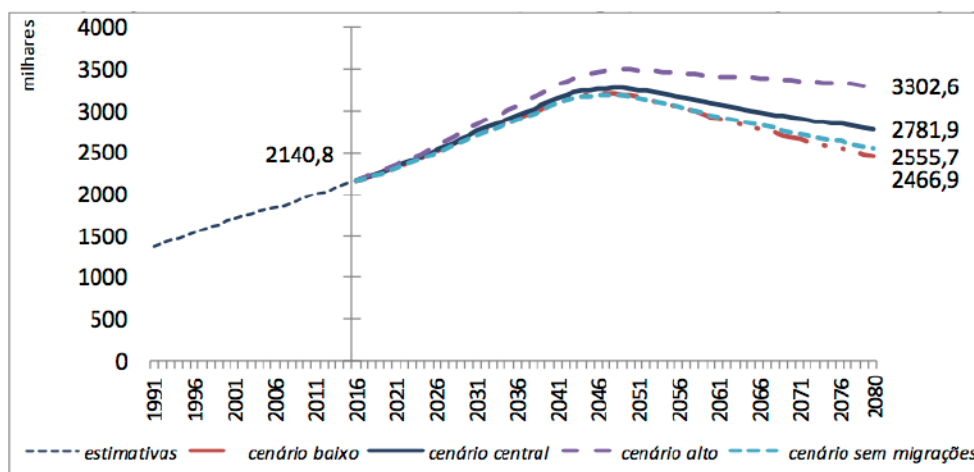


Figura 14 – População residente com 65 anos ou mais, Portugal, 1991-2080 (estimativas e projeções)

Atualmente, em Portugal, as projeções do envelhecimento demográfico continuam a mostrar que a população diminuiu, de 10,3 milhões para 7,5 milhões (Figura 12), que o número de jovens tenderá a baixar, de 1,5 para 0,9 milhões (Figura 13) e, em contrapartida, o de idosos a aumentar de 2,1 para 2,8 milhões (Figura 14).

*

Obviamente que estas projeções são uma tentativa de nos aproximar da realidade. As percentagens poder-se-ão alterar, mas dificilmente essas

eventuais alterações irão contradizer, significativamente, a conclusão principal: o aumento exponencial de idosos num futuro mais ou menos próximo. Com o progresso que se faz sentir no domínio da medicina, a esperança média de vida tem conhecido um aumento significativo, o que influenciou o alargamento da idade da reforma. De certa forma, o que tem vindo a acontecer é uma dilatação ou atraso na vida adulta, no sentido em que os jovens começam a trabalhar, fazem vida de casal e têm filhos cada vez mais tarde. Estas condicionantes resultam, frequentemente, na decisão de ter somente um ou até nenhum filho.

Mas vejamos o seguinte a título de curiosidade:

Na década de 1960 um professor de economia, Francesco Kneschaurek, previu que Suíça teria uma população de dez milhões em 2000, e isso tornou-se a base para o planeamento de escolas, hospitais e ruas. O resultado foi que o planeamento de infraestruturas teve de ser modificado mais tarde para evitar excesso de capacidade.²²

Tendo o caso português como base de análise, a esperança média de vida, a taxa de natalidade e a taxa de mortalidade são três fatores interligados que ajudam na projeção futura global e que potenciam no presente a tomada de decisões que, por sua vez, podem influenciar o futuro. Planeamos com base no que temos e sabemos, mas sempre com um olhar curioso sobre o futuro. Estes níveis demográficos demonstram perfeitamente a importância dos idosos, que, de forma óbvia se tornam numa das questões centrais do urbanismo e da arquitetura, tal como da medicina, da cultura, da política, ou seja, da sociedade no teu todo.

De certa forma, não podemos esquecer os três fatores que devem ser tomados em consideração, o aumento da esperança média de vida, o aumento dos idosos e a queda da taxa de natalidade, sabendo que teremos sempre pontos positivos e negativos relativos a cada um deles. Se tomarmos como exemplo a diminuição da taxa de natalidade, podemos pensar diretamente num campo que tem afetado imensos países, a educação. Com a diminuição do número de crianças e jovens, serão necessários, cada vez menos, estabelecimentos ligados ao ensino

²² For example, in the 1960s a professor of economics, Francesco Kneschaurek, predicted that Switzerland would have a population of ten million in 2000, and this became the basis for the planning of schools, hospitals, and streets. The result was that infrastructure planning had to be modified later to avoid overcapacity.- Andreas Huber. *New Approaches to Housing for the Second Half of Life*. (Basel, Suíça: Birkhauser Verlag AG. 2008), 47. Tradução própria a partir do original.

(creches, infantários, ATL's, escolas primárias, e assim sucessivamente), fazendo com que os existentes comecem a fechar devido à insuficiência do número de alunos²³ e, eventualmente, provocando mudanças em núcleos familiares que necessitam de modificar por completo a sua vivência e até a sua realidade geográfica. Por último, a realidade e distribuição demográfica no território sofre igualmente modificações. Esta realidade é alterada a partir do momento que há mudança de habitação de uma aldeia para outra, o que faz com que numa aldeia se reduza a população e aumente na outra. Estas alterações, ao acontecer, não são um processo de escolha de vida, mas sim uma consequência direta destas flutuações de natalidade.

Estas transformações de vivência também acontecem no caso da população idosa, quando necessitam de mudar da sua própria residência para outras residências, sejam elas de familiares ou instituições próprias para acolher esta faixa etária. Obviamente, as rotinas de qualquer um desses locais são distintas das que o idoso tinha na própria residência, onde era livre para viver o dia-a-dia à sua maneira. No caso das instituições, o idoso passa a ter um determinado horário para as refeições, para as atividades, para o repouso entre outros.

A alteração geográfica, conforme descrita anteriormente, também acontece com os idosos, que mudam de localidade por na própria não existirem condições que atendam às suas necessidades. Por conseguinte, a realidade e distribuição demográfica também é alterada, havendo um aumento de pessoas idosas numa localidade e uma diminuição noutra. Referimos apenas um idoso, a título de exemplo, o que não revela em si grande impacto, mas se pensarmos numa macro escala, podemos falar da migração de cem idosos de um local para outro ou, eventualmente, de cem famílias, com núcleos familiares e faixas etárias diversificadas.

Assim sendo, por mais pequena que seja a migração, a curto, médio ou longo prazo, estas alterações vão provocar um impacto em termos

²³ Estas situações acontecem mais facilmente em estabelecimentos primários por se encontrarem em meios mais pequenos. Alguns para tentarem se manter a funcionar e evitar tanto transtorno aos alunos e aos pais, optam por tentarem arranjar uma solução como por exemplo juntar duas turmas de anos diferentes na mesma sala com um único professor, isto porque com a redução de alunos, uma sala aguenta com duas turmas, pensando ser viável ensinar duas turmas (anos diferentes) no mesmo local com o mesmo professor (a meu ver não será a melhor solução mas não vem ao caso) - Este tipo de situação referida acontece neste momento na Escola primária de Pascoal, Abraveses em Viseu, dada a conhecer pelos pais dos alunos que se encontram a ter aulas.

urbanísticos e arquitetónicos, quer seja numa macro ou microescala, tendo sempre em conta as projeções e as alterações possíveis no tempo. Mais concretamente, nesta pesquisa, a projeção de aumento dos idosos e das suas necessidades tornam-se pontos fulcrais na adequação de soluções apropriadas aos mesmos. No entanto, apesar de estarmos a referir como negativo a queda da taxa de natalidade, podemos observar este processo de outra forma.

*

Por exemplo, o sociólogo alemão Karl Otto Hondrich²⁴ rejeita a ideia de que, a enorme queda da taxa de natalidade na Europa – sendo um dos fatores do aumento da taxa de idosos – representa um enorme perigo para a sociedade, economia e segurança social. Para ele, isto representa um sinal de evolução, porque a economia e a segurança social não estão dependentes de mais crianças para subsistir, mas sim dependente de pessoas mais idosas. Este aumento na idade acarreta novas exigências nomeadamente no âmbito da habitação.

Podemos falar de crianças como consumidores, mas não são elas que pagam a renda, a água, a luz ou outras despesas deste género, quem o faz são os pais ou os avós, isto reforça a ideia de que a faixa etária infantil representa, maioritariamente, consumidores, os quais poderiam ser substituídos ou serão substituídos por uma população cada vez mais idosa. Estas crianças representam, de facto, um papel importante quando são consideradas potenciais protagonistas de futuros *baby-boom*, conforme referido de forma fugaz anteriormente.

Os *baby-boom* nos EUA ocorreram entre 1946 e 1964; na Suíça, o primeiro foi de 1946 a 1950, seguido de outro entre 1957 e 1966 e, na UE, de uma forma geral, de 1950 a 1956. Todos estes *baby-boom* ocorreram a

²⁴ Karl Otto Hondrich nascido a 1 de Setembro de 1937 em *Andernach* foi um sociólogo alemão, que estudou ciência política, economia e sociologia em Frankfurt, Paris, Berlim e Colónia. O seu doutoramento foi na Colónia com a sua tese: *Das ideologias de grupos de interesse*, em 1972, na área de sociologia. Fez um pós-doutoramento em Berkeley, sendo depois professor durante dois anos na Universidade de Cabul, no Afeganistão. As suas pesquisas eram entre outras coisas, teorias e estudos empíricos de mudanças e conflitos sociais, entre os quais: *Desenvolvimento económico, conflitos sociais e das liberdades políticas*, 1970; *Necessidade humanas e controle social*, 1975 e *Menos é mais: porque a taxa de natalidade é uma dádiva de Deus para a nossa sociedade*, Campus Verlag, Frankfurt Am / Nova Iorque, 2007.

seguir à Segunda guerra mundial. No caso português, não houve alteração porque as taxas de nascimento já eram altas comparativamente aos restantes países. De qualquer forma, os *baby-boom* americanos e europeus serviram de exemplo e influenciaram o cenário português (a nível médico-hospitalar, educacional, entre outros).

Estes *baby-boom* são de extrema importância já que surgem a seguir a uma crise de baixa natalidade e alteram significativamente a realidade demográfica e geográfica. Como as primeiras gerações do pós-guerra, estes filhos dos *baby-booms* internacionais foram influenciados por uma cultura jovem, mais globalizada, em que se denotou uma dissolução dos valores culturais tradicionais tais como, o fundar de uma família e o divórcio; tendo-se notado, ainda, um acesso mais generalizado à educação, obtendo deste modo formação superior, o que fez com que tivessem mais saídas profissionais e uma participação mais ativa nas mudanças sociais e tecnológicas, contrariamente às gerações anteriores. Outra diferença é que estas novas gerações são mais espontâneas e exteriorizam com maior facilidade as suas emoções, ou seja, têm mais atenção a alguns pormenores como cores, texturas, e até certo ponto, um entendimento estético mais aprofundado, enquanto que a geração anterior se preocupava mais com as questões financeiras, por exemplo.

Evidentemente que, com o aumento da taxa de natalidade das gerações anteriores do baby-boom como das eventuais gerações futuras, existe a possibilidade de um maior equilíbrio com a taxa dos idosos. Mencionámos aqui duas fases da vida distintas, a dos jovens e a do idoso, ou como alguns autores referem, a velhice ou idade avançada. Entretanto, temos que analisar de forma mais específicas essas diferentes fases da vida e sua sequencialidade bem como as fases distintas da própria velhice, que seria pertinente perceber, para melhor perceber o próprio idoso.

2. A evolução da vida e da velhice

Herrad Schenk²⁵, Andreas Huber²⁶ e François Hopflinger são três investigadores suíços e autores de pesquisas sobre a velhice / a idade

²⁵ Herrad Schenk nasceu em Detmold em 1948, estudante de economia e sociologia, membro da Associação de Escritores Alemães desde 1989, é doutorada em gerontologia desde 1975, desenvolveu

avançada, ou como referido até agora, o idoso. Tentar-se-á perceber como se divide e em que consiste cada fase da vida assim como algumas opiniões semelhantes ou partilhadas entre eles. Schenk, por exemplo, no seu texto *“The adventure of growing old: On growing Old and Staying Young”*, cujo título indica que envelhecer é uma aventura, defende que isto acontece por várias razões. Identificando as novas ansiedades que surgem em relação ao tema, este autor insiste na ideia de não saber o que o futuro reserva ao idoso, como este viverá o último capítulo da sua vida, se será ou não capaz de a viver de forma independente, autónoma e saudável.

Todos gostariam de envelhecer, sendo isto um sinal de que viveriam muitos anos, mas gostariam de o fazer sem a necessidade de serviços dependentes ou de cuidados especiais, para se sentirem mais jovens do que realmente são, e em última instância, sentirem-se úteis.

Hoje, as pessoas não só envelhecem para serem mais velhos em média, mas também começam a envelhecer, física e mentalmente, mais tarde do que os idosos dos séculos passados. Os idosos mais jovens de hoje são, em geral, mais saudáveis e mais conscientes da saúde, mais fisicamente aptos e móveis do que os seus antepassados estavam na mesma fase da vida. Eles são melhor educados e financeiramente desafogados??? do que as gerações anteriores dos idosos e têm mais interesses culturais e redes sociais melhor desenvolvidas.²⁷

Um facto é que, apesar da velhice, nota-se que os idosos de hoje aparentam ser mais novos do que no passado. Isto acontece porque a velhice adiantou-se no sentido de começar mais cedo, mas por outro lado, também se dilatou no tempo, porque a esperança média de vida aumentou significativamente. Geralmente, o idoso não quer acreditar na velhice, isto

alguns estudos em torno da gerontologia tendo publicado texto como *“The adventure of growing old: On growing Old and Staying Young”*.

²⁶ Andreas Huber nascida em Zurique no ano 1964, recebeu o seu doutoramento em geografia social e foi diretor do projeto de pesquisa “Novos modelos de vida, o segundo para os pensionistas” de 2006 a 2007. Em 2008 os seus focos de pesquisa eram a demografia, moradia para idosos, desenvolvimento e avaliação da qualidade. Um dos seus textos foi *“The Housing Market in the Tension between Demography and Phases of Life”*.

²⁷ *People today not only grow to be older on average but also begin to age, physically and mentally, later than the elderly of past centuries. The younger elderly of today are in general healthier and more health-conscious, more physically fit and mobile than their ancestors were in the same phase of life. They are better educated and financially better off than previous generations of the elderly, and they have more cultural interests and better developed social networks.* - Herrad Schenk, *The Adventure of growing old: On Growing Old and Staying Young*. IN Andreas Huber. *New Approaches to Housing for the Second Half of Life*. (Basel, Suíça: Birkhauser Verlag AG. 2008), 17. Tradução própria a partir do original.

é, eles acham-se sempre mais novos do que realmente são, como se nunca quisessem chegar a idosos. De certa forma, ninguém sabe quando a velhice começa, pois isso difere de pessoa para pessoa. Em geral, nós apenas observamos que é a partir dos 65 anos que se começam a verificar os sintomas de velhice, tais como as fragilidades físicas e as dificuldades de mobilidade. A tendência da maioria é dizer que aquele *outro* já é velho (bastando ter dez anos a mais), mas isto acontece em qualquer faixa etária, porque não nos apercebemos do nosso próprio envelhecimento, e também não estamos interessados em fazê-lo. A vida apresenta cada vez mais alterações sociais, o que influencia a maneira de ver os estabelecimentos para os idosos, os programas, os materiais, ou outros. Para se adequarem ao seu objetivo, há uma evolução que deve ser contínua.

Hopflinger defende, no seu texto *“A segunda metade da vida: um período de vida em transformação”*, que a segunda metade da vida é uma vida nova, heterogênea e muito dinâmica. Sendo a velhice um terço da nossa vida, temos de pensar em como a queremos viver, uma fase longa e importante, que cada vez mais vai ser um dos pontos de maior enfoque na arquitetura e no urbanismo. O aumento de esperança média de vida, já referido, indica que as pessoas vivem por mais tempo, o que trás algo muito positivo, como por exemplo, o aumento do período de tempo em que estes idosos convivem com o resto da família, amigos, filhos, netos e até bisnetos.

Tal como Schenk, Huber, no texto *“O mercado imobiliário na tensão entre a demografia e fases da vida”*, acredita que cada fase de vida é caracterizada por diferentes valores e necessidades, sendo que estas diferenças influenciam a forma de viver de cada um. Através dos estudos que realizaram, concluíram que, os anos intermédios da vida – fase de vida ativa – correspondem à fase mais complicada, onde mais se luta pela vida e pelo estatuto social, sendo uma fase de transição.

Após várias leituras e diferentes análises, concluímos que existem três grandes grupos de vida: a **idade jovem**, dos 0 aos 14 anos, maioritariamente crianças que ainda não compreendem a vida e ainda

dependem dos pais; a **idade ativa**, dos 15 anos aos 64 anos, que os autores dividem em quatro fases; e, a **idade da velhice**, dos 65 anos em diante.

A juventude, a primeira fase da vida ativa, corresponde à fase de saída da casa dos pais, de experimentar novas parcerias, de viver com colegas ou parceiros, de tentar localizar-se em centros urbanos para mais fácil acesso a transportes e de começar a ter a carta de condução. Ou seja, a fase das experiências, sem ter grandes preocupações, a fase dos estudos que já é algo que vai influenciar o futuro.

Quando começam a entrar no mercado de trabalho e a ter uma vida profissional mais estável é que iniciam a fase seguinte, a idade adulta média. Esta idade, geralmente marcada pelo querer fundar uma família, pode implicar mudança para uma habitação de maior dimensão, acrescida pelas preocupações sobre a qualidade da zona da habitação, da vizinhança, do bem-estar, da segurança para as crianças, da proximidade de centros, de hospitais, de mercados como também de estabelecimentos educacionais. Pensa-se em comprar casa própria, mas, muitas vezes, a situação financeira não o permite e, ou se recebe herança ou se recorre a créditos. É principalmente na fase da idade adulta tardia, que se concretizam estes desejos, pois as crianças cresceram e as despesas diminuíram. Apesar de nesta fase, os filhos já pensarem em sair de casa, fazendo com que a necessidade propriamente dita de comprar habitação seja menor, a vontade permanece, por se pensar em futuros netos e não se saber o dia de amanhã.

Chegamos assim à fase pós-parental, aquela em que os filhos saem de casa, no sentido de não viverem mais com os pais, porém, surgem os netos e as idas aos avós aumentam. Reforçando o que foi dito anteriormente, são os avós que ficam a cuidar dos netos enquanto estes não frequentam os infantários.

A mudança de carreira, ou “o divórcio, ou pelo menos, o aumento da independência do espaço em relação a um parceiro são outras características desta fase”²⁸.

Pessoalmente, parece-me que a **fase da vida ativa** é quando se começa a pensar mais no futuro, digamos que conseguiríamos dividir esta fase em três e não em quatro.

Na primeira fase do arranque da vida, a fase da juventude que os autores referem, temos aqueles que seguem os cursos universitários para poderem ter empregos melhores e realizarem os seus sonhos, mas também, os que apenas terminam o secundário e iniciam a sua vida ativa. Nesta fase vivem sem grandes preocupações, convivem com os amigos, saem à noite, ainda não têm despesas fixas, habitam muitas vezes em casa dos pais e alguns com colegas de quarto ou em apartamento, pagos pelos pais, por estarem deslocados a estudarem fora da sua cidade natal. É nesta fase que começam a delinear o que poderá ser o seu futuro.

A segunda fase será a fase intermedia da vida ativa e corresponde à junção da fase da idade adulta média e da fase da idade adulta tardia, segundos os autores, já que se trata de uma fase com muitas variantes e cada vez mais difícil de se conseguir dividir. Esta fase corresponde à saída de casa dos pais, à conclusão dos estudos e ao início da carreira profissional, mas também ao pensar em casa própria, para poderem formar a sua família e ter os seus filhos. Esta é a fase onde a maioria assume responsabilidades como pagamentos de despesas, tornando-se mais autónomos e independentes e mais conscientes de que nem tudo é fácil como, quando mais jovens, a maioria pensava.

Ainda no âmbito da fase de vida adulta, temos a fase final da vida ativa, sendo a fase pós-parental, tal como referido pelos autores citados, aquela em que normalmente os filhos já saíram de casa, deixando, no entanto, a seu cargo os netos que, inúmeras vezes, são criados por eles, na qualidade de avós. De certa forma, a fase final da vida ativa torna-se o

²⁸ *The divorce or at least increased independence of space relative to a partner are other characteristics of this place.* – Andreas Huber. *New Approaches to Housing for the Second Half of Life.* (Basel, Suíça: Birkhauser Verla andg AG. 2008), 31. Tradução própria a partir do original.

início da fase seguinte, a fase da velhice, na qual a maioria, já reformados, começa a sentir as primeiras dificuldades motoras e psicológicas. É uma fase em que estes que foram jovens, que viveram a vida, criaram filhos e netos, começam a perder alguma autonomia e a necessitar de apoio dos próprios filhos nas tarefas mais simples.

Por fim, a **idade da velhice**, dos 60-65 anos em diante, é considerada a fase da segunda metade da vida, uma fase sujeita a transformações sociais, que incluem a passagem para a reforma e o fim da vida profissional ativa. O simples facto de os resultados das pesquisas gerontológicas e geriátricas trazerem novas possibilidades que influenciam a velhice, fazem com que se reforce esta mudança geracional. Hopflinger avança que a última fase da vida corresponde a um processo de transformação que se pode dividir em três processos distintos, mas também complementares, isto é, temos um rápido envelhecimento da população, diferentes histórias da vida e novas formas e modelos de envelhecimento. Todas elas se transformam mutuamente, mas só com elas conseguiremos entender estes novos desenvolvimentos da segunda metade da vida. A combinação entre o envelhecimento social e cultural das gerações e dos modelos de competência ativa criam uma nova história onde se melhora a dinâmica para esta fase da vida. Hoflinger divide a velhice em quatro fases, sendo a primeira fase a idade adulta tardia, no entanto, a sua descrição coincide com a fase pós-parental que acabamos de descrever. Logo, se excluirmos esta fase, sobram três, as mesmas que Schenk e Huber defendem. Apesar de utilizarem nomenclaturas distintas, e nas suas descrições as idades nem sempre serem estritamente coincidentes, com uma diferença aproximada de mais ou menos cinco anos, conseguimos perceber que as descrições de cada fase coincidem umas com as outras. Como tal, segundo os três autores, podemos encontrar assim três fases distintas na velhice.

À primeira fase corresponde a **fase jovem da velhice** onde os seus intervenientes ainda são saudáveis e ativos, ou seja, pessoas “velhas” de idade, mas “novas” de saúde, conseguindo ser autónomos, tanto a nível pessoal como social, usufruindo assim de disponibilidade física, mental e

financeira. Estas pessoas ‘velhas’ conseguem, mesmo que já tenham algumas restrições, viver o seu dia-a-dia sem grandes dificuldades, viver ainda os seus ideais e manter um contacto saudável com os outros familiares ou descendentes, muitas vezes habitando ainda em casa própria.

A segunda fase, a **fase intermediária da velhice**, corresponde a uma fase um pouco mais frágil, com maiores restrições físicas e, por vezes, psicológicas. Apesar do que foi dito anteriormente, temos noção que a idade traz consigo inevitavelmente o aumento de incapacidades e limitações – entre as quais, podemos elencar uma capacidade motora de coordenação dos membros mais lenta e dificultada, a perda de visão e audição, e perda de certas sensibilidades e controlo, como a incontinência, as enfermidades crónicas, entre outras situações –, ou seja, a saúde começa a falhar, fazendo com que haja necessidade de apoio externo nas tarefas mais simples do dia-a-dia²⁹.

Por fim, a **fase final da velhice**, sendo a fase da idade avançada, aquela onde os problemas e as dificuldades são maiores, onde a maioria não tem condições para continuarem sozinhos na própria habitação, tornam-se dependentes de outros, necessitando de apoio familiar³⁰ ou de apoio domiciliário. Estas situações comprovam a importância dos estabelecimentos com profissionais especializados para fornecer o apoio indispensável. Para além do simples envelhecimento biológico, simples no sentido de fragilidade, mobilidade mais reduzida, podem surgir outros problemas mais graves como a demência, a alzheimer, que necessitam ainda de apoio mais especializado.

Estas divisões são elaboradas para os idosos em geral, sem pensar nos idosos em situações especiais, como o exemplo de doenças crónicas que podem surgir em qualquer fase da vida, porém a semelhança destas situações reside na forma como estas influenciam todo o rumo da vida. Motivado por esta divisão, Schenk afirma que “a velhice é uma fase separada da vida”, mas que não está definida de forma clara, tendo uma

²⁹ Logo fáceis acessos e uma casa sem “armadilhas” é algo aconselhado, tal como um espaço público com guardas nas zonas perigosas ou pavimentos adequados, de certa forma entramos na fase que influenciam cada vez mais a vida diária.

³⁰ Sendo uma boa opção morarem com familiares.

maior duração que a dos jovens e estando cada vez mais presente na sociedade.

Apesar dos autores dividirem a velhice em pelo menos três fases, penso que é uma das fases mais complicadas de se dividir, pois, cada vez mais, vemos pessoas de idades iguais com formas de estar e de viver totalmente distintas. Dada a evolução da medicina, da tecnologia, da sociedade, da política, ou de outras áreas, acabamos por conseguir prolongar a vida, ou seja, prolongar a velhice. Alguns idosos aparentam ser cada vez mais jovens do que na realidade são. Pensando desta forma, parece ser mais viável e produtivo classificar grupos de idosos consoante as suas capacidades físicas e psicológicas e não consoante a faixa etária. Por exemplo, podemos ter idosos saudáveis e completamente autónomos e independentes, podendo viver sozinhos e sem apoios; podemos ter idosos com algumas dificuldades biológicas, mas que ainda assim, se tiverem as condições adaptadas e um apoio ambulatorio conseguem viver de forma quase autónoma; ou ainda, idosos que tenham muitas dificuldades a nível motor ou de saúde, que necessitem de apoio diário, carecendo de espaços apropriados e de vigilância 24h; podendo ainda ter outro grupo de situações especiais, ou seja, idosos com doenças crónicas, como demência, cancro, alzheimer, os quais, para além de carecerem de cuidados diários específicos, necessitam de cuidados de saúde mais intensivos. De certa forma, podemos pensar nos idosos, através destes quatro grupos de vivências do dia-a-dia e não através das idades, porque um idoso de 65 anos pode estar na última fase que referi, de cuidados especiais, enquanto um de 85 ser completamente autónomo. Obviamente que podemos afirmar que a idade “fala mais alto”, mas em teoria, visto existirem muitas situações que demonstram que na prática nem sempre assim é. Logo, temos de ter este tipo de situações em conta quando analisamos esta faixa etária. Devemos, igualmente, reforçar a ideia que quaisquer projeções de faixas etárias e análise é generalista, porque uma criança de 10 anos pode necessitar do mesmo cuidado especial que um idoso, uma vez que as doenças não escolhem idades, e nós não somos todos iguais.

GERIATRIA

1. A Saúde do Idoso

Quando observados de uma forma genérica, rapidamente verificamos que a saúde, a medicina, a eficiência dos sistemas de saúde, ou cuidados médicos e as questões que envolvem os profissionais dessa área, situam-se entre os temas que atualmente mais preocupam e interessam...³¹

A importância destes temas, como saúde, medicina e apoio médico, também se deve à sua contribuição para o aumento da esperança média de vida, diminuindo, desse modo, a taxa de mortalidade, fazendo com que os idosos possam usufruir também de uma vida mais longa e confortável. E, estes temas acabam também por ter relação com as residências para idosos, que devem ter também uma componente médico-hospitalar de apoio ao idoso. Inicialmente, a saúde era vista como a oposição à doença, e, na maioria das vezes, a sua importância surgia porque estava a afetar a sociedade, no caso de epidemias, por exemplo. Mas, a saúde dos idosos não é apenas oposição à doença, pois muitas das vezes o problema não está em doenças propriamente ditas, está no mau estar que uma dor crónica, própria da velhice, pode causar no idoso, a dificuldade em avançar uma perna, porque os ossos estão mais frágeis, ou a dificuldade em percorrer uma rua pela sensibilidade à luz, o isolamento social e familiar, as quedas acidentais, entre outras situações.³² O idoso tem direito à saúde não porque está doente, mas sim porque tem direito a ter qualidade de vida, bem-estar e segurança. Comprovando a importância da saúde do idoso, temos, por exemplo, o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, elaborado pela Direção Geral de Saúde em 2006, o qual continua em vigor, validando a promoção de um envelhecimento saudável, pois como sabemos e já foi anteriormente referido, tudo o que se faz ao longo da vida vai influenciar esta fase.

³¹ Rui Manuel Pinto Costa. *O poder médico no Estado Novo (1945-1974): afirmação, legitimação e ordenamento profissional*. (Porto: U.Porto Editorial, Primeira Edição, Outubro de 2009), 17

³² Ver anexo sobre Envelhecimento Biológico na página 286.

Envelhecer com saúde, autonomia e independência, o mais tempo possível, constitui assim, hoje, um desafio à responsabilidade individual e coletiva, com tradução significativa no desenvolvimento económico dos países.³³

Esta responsabilização pela saúde do idoso remete-nos para a preocupação pela saúde pública do século XIX. Este movimento surgiu devido a algumas epidemias que iam aparecendo, como a febre amarela, a varíola, a tuberculose (também conhecida como a peste branca) ou ainda outras. Derivado às mesmas “surgiu a ideia de que os poderes públicos se passem a responsabilizar pela saúde da sua população”³⁴, passando a ser uma responsabilidade pública e não um simples gesto de misericórdia. Isto aconteceu por concordarem com o que Hipócrates³⁵ defendia “que as enfermidades tinham causas naturais, ligadas ao modo de vida da pessoa, à alimentação, ao meio ambiente que esta pessoa vivia”³⁶, ou seja, o conhecimento do corpo deveria ser estudado em relação com o meio ambiente, mostrando a importância de se ter cuidado com as vivências diárias, pois afetam a saúde. Como consequência deste tipo de doenças contagiosas, que se tornaram epidemias, começou-se a pensar em alterar os tratamentos não só da cura da doença, mas também de forma preventiva, tentando obter as melhores opções para a saúde e assim, foi criado um movimento conhecido como o movimento higienista/sanitário³⁷, “que modificaram a compreensão dos problemas de saúde geral da população, alargando a intervenção da medicina e do poder político nos domínios da saúde pública e combate à doença”³⁸. Esta ação interventiva transformou-se numa forma do Estado interferir, pois começava a ter interesse na saúde pública, mas também, deste modo, mantinha algum poder sobre a medicina. Apesar de já se notarem as preocupações gerais

³³ Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. (Divisão de doenças genéticas, crónicas e geriátricas. Lisboa, 2006 < <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas.aspx>>), 5

³⁴ PEREIRA, Mariana. Dispensários: A arquitetura da luta anti-tuberculose. Mestrado Integrado em Arquitetura, 2012.

³⁵ Hipócrates da Grécia Antiga, viveu entre 460 a 377 a.C. e era considerado o Pai da medicina.

³⁶ HistoriaZine, 2015

<<https://historiazine.com/a-apavorante-medicina-na-idade-media-636d81d17ae0>>

³⁷ O movimento sanitário/higienista surge na primeira metade do século XIX com a necessidade de dar maior enfoque à questão da saúde de toda a sociedade. A doença começou a ser visto como um fenómeno social que influenciava todos os aspetos da vida diária e da vida na sociedade. Houve a necessidade de se obter determinadas condições de salubridade na cidade para uma maior promoção de saúde.

³⁸ Rui Manuel Pinto Costa. *O poder médico no Estado Novo (1945-1974): afirmação, legitimação e ordenamento profissional*. (Porto: U.Porto Editorial, Primeira Edição, Outubro de 2009), 42

da sociedade sobre as questões da saúde, este movimento em Portugal acabou por não ser aceite de forma total pelos responsáveis, havendo fraca execução e implementação de diretivas. Isto acontecia porque o movimento considerava que a doença era um fenómeno social que abarcava os aspetos da vida humana, logo a necessidade de condições mais higiénicas, isto é, salubridade e higiene no ambiente da cidade. Foi preciso fazer alterações urbanísticas como a instalação de adução e tratamento de águas, esgotos, iluminação nas ruas, de forma a controlar as doenças, mas também a dar-se mais atenção aos alimentos que se ingerem, ao ar que se respira, bem como ao descanso e limpeza do corpo. Embora sejam aspetos que atualmente não dispensamos, no caso português teve de se esperar pelos avanços tecnológicos e científicos que surgiram apenas no século XX, para ganhar capacidade de demonstrar e implementar mudanças significativas, respondendo de forma mais ou menos eficaz às exigências elencadas.³⁹ Este sentimento de preocupação pela saúde da população, que levou à criação do movimento sanitário de forma a prevenir e não só a curar as doenças, é um pouco semelhante ao que aconteceu com a saúde dos idosos: antes só se pensava de forma curativa, atualmente pensa-se como prevenção. Estas alterações resultam do envelhecimento da população que veio colocar às famílias, ao governo e à sociedade em geral, determinados desafios para os quais não se estava preparado.

Refletindo um pouco na medicina e nas questões sociais e políticas da época da preocupação sanitária, é importante salientar que foi a “criação e desenvolvimento de agências internacionais que veiculam as últimas aquisições do saber médico e influenciam as políticas de saúde dos Estados”⁴⁰, tal como a Organização Mundial de Saúde (OMS) que ajudaram nestas mudanças. De certa forma, esta organização consistia numa operação internacional para haver controlo sanitário e prevenção contra as doenças epidémicas, mas tal como tudo na vida, a organização foi evoluindo mantendo sempre como objetivo uma saúde melhor a nível internacional, aplicando todos os conhecimentos e técnicas possíveis,

³⁹ Rui Manuel Pinto Costa. *O poder médico no Estado Novo (1945-1974): afirmação, legitimação e ordenamento profissional*. (Porto: U.Porto Editorial, Primeira Edição, Outubro de 2009), 43

⁴⁰ *Ibid.*, 51

abrangendo todos os aspetos da saúde. O surgimento da medicina e deste tipo de organizações são o motor que leva o Estado a responsabilizar-se pela saúde pública, pois todos temos direito a ela.

Reconhecer este direito implica facultar os meios de o exercer plenamente, de modo a dar garantias positivas do seu cumprimento, papel que indubitavelmente cabe ao Estado, e que o nosso país veria consubstanciado na sua legislação apenas nos anos 70.⁴¹

O poder do Estado começou a tornar-se bastante importante na medicina, pois o que se fazia na medicina poder-se-ia refletir no regime, sendo um dos motivos para se obter resultados positivos. Apesar do avanço da ciência e da tecnologia, a sua plena implementação era limitada, levando à necessidade da intervenção do Governo nas alterações de fundo no setor, ou seja, denunciando as condicionantes financeiras subjacente a qualquer implementação de fundo. Claro que muitas vezes as iniciativas dos médicos não eram muito convenientes para o regime (Pós-Guerra da 2ª Guerra Mundial) o que restringiu a implementação das mesmas.⁴²

A descoordenação dos serviços nacionais de saúde também chamou a atenção do eminente Dr. Candau, diretor-geral da OMS, depois da visita que realizou a alguns estabelecimentos de assistência portuguesa nos anos 50. Após ter examinado a orgânica e o funcionamento dos vários serviços não deixou de apontar que: 'Não se compreende como um país governado por um tão grande economista, como Dr. Salazar, adota na administração da saúde métodos tão pouco económicos.' Referia-se, pois, à desarticulação sentida entre os sectores da Saúde, Assistência e Previdências.⁴³

Isto demonstra que apesar do avanço industrial, das mecanizações, do avanço da medicina, ou seja, as facilidades que estes avanços trouxeram, Portugal ainda tinha dos piores indicadores de saúde da Europa. Mas, foi nesta altura, e sendo um membro também da OMS, que se percebe a situação horrível em que se está, o que levou ao esforço mesmo que fosse lento para mudar a situação. Algo a ter também em mente é que a mecanização e o desenvolvimento industrial, as novas tecnologias, vieram

⁴¹ Rui Manuel Pinto Costa. *O poder médico no Estado Novo (1945-1974): afirmação, legitimação e ordenamento profissional*. (Porto: U.Porto Editorial, Primeira Edição, Outubro de 2009), 56

⁴² *Ibid.*, 57

⁴³ *Ibid.*, 57

facilitar o processo de iluminação, tratamento de águas, tal como a evolução da medicina, com a invenção de novos instrumentos de observação, análise e diagnóstico.

Com organizações como a OMS, que demonstram a importância da saúde ligada à sociedade, obtemos programas, como o programa da saúde dos idosos, mais específicos, mais aprofundados, de forma a perceber o melhor possível o que é necessário para contornar as situações que podem surgir e que afetam a sociedade a vários níveis. Toda a vida de um indivíduo é importante, mas é na fase final da sua vida que ele mais necessita de atenção e de cuidados. Para promover uma vida longa e saudável, na área da medicina, percebeu-se que, devemos adotar uma atitude de prevenção, tais como ter uma alimentação saudável, praticar exercício físico, consumir moderadamente bebidas alcoólicas, não fumar nem consumir outro tipo de substâncias mesmo ilegais (drogas), a que se deve acrescentar a “promoção dos fatores de segurança e a manutenção da participação social” que são aspetos indissociáveis⁴⁴. Outro fator que influencia a saúde são as condições a que as pessoas são expostas, ou seja, fatores externos como sociais, comportamentais e ambientes (ou como se entendia no passado a higiene). Um idoso com saúde consegue manter uma boa qualidade de vida e contribuir para a sociedade, pois sendo autónomo e ativo, ele pode ser um importante recurso para a família, a economia e a comunidade em geral.

Logicamente que, mesmo com todo o avanço da medicina, ninguém é eterno e está isento de um ou outro problema de saúde, mas consegue viver melhor a velhice, quando tem o apoio a que tem direito.

De facto, os progressos conseguidos pelo desenvolvimento em geral e pelas ciências da saúde em particular, contribuíram, de modo decisivo, para um aumento da esperança média de vida, de 30 anos, no decurso do século XX. Este aumento da longevidade, ao qual Portugal não se encontra alheio apesar de se encontrar aquém dos padrões de alguns países europeus, causa impacto profundo na saúde pública.⁴⁵

⁴⁴ Direção-Geral da Saúde. *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. (Divisão de doenças genéticas, crónicas e geriátricas. Lisboa, 2006 < <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas.aspx>>), 5

⁴⁵ Direção-Geral da Saúde. *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. (Divisão de doenças genéticas, crónicas e geriátricas. Lisboa, 2006

O aumento da esperança média de vida, como já foi referido na análise ao envelhecimento demográfico, é um dos fatores que contribuiu para o aumento da população idosa, assim como a evolução da medicina e a da saúde em geral. Estes resultados advêm da prevenção dos problemas de saúde, na verdade, existem muitas doenças que surgem e que já não são fatais, embora possam causar incapacidades ou deficiências, levando, por vezes à perda de autonomia. Um amplo conhecimento sobre as doenças crónicas mais comuns, o modo de as controlar, pode ser fulcral para o prevenir das mesmas.

O Programa Nacional de Saúde para Pessoas Idosas tem como base três princípios para promover assim o envelhecimento saudável, nomeadamente, a maior **adequação dos serviços e cuidados de saúde às necessidades específicas desta faixa etária**, a **promoção de um envelhecimento ativo** e também a **promoção e desenvolvimento de ambientes para autonomia e independência**. De forma a **adequar os cuidados de saúde**, o programa recomenda iniciar com a identificação dos determinantes da saúde dos idosos e as dificuldades mais frequentes do acesso dos idosos aos serviços e aos cuidados de saúde, seguido pelo rastreamento dos “critérios de fragilidade, através do Exame Periódico de Saúde (EPS)”⁴⁶. Ainda a respeito dos cuidados de saúde, deve-se informar tanto a população idosa como os seus familiares sobre a utilização adequada dos recursos necessários à saúde, a prestação do apoio domiciliário para as pessoas idosas com deficiência ou doença, a abordagem da incontinência, das situações mais usuais de dependência, nomeadamente por deficiências ambientais, motoras, sociofamiliares e sensoriais, como das situações de demência (Alzheimer), assim como a prevenção da depressão e do luto patológico e ainda os cuidados da saúde oral e a prevenção dos efeitos secundários das medicações. Os prestadores destes cuidados devem ter conhecimentos sobre os tipos e adequação das ajuda técnicas, a abordagem multidisciplinar e intersectorial da saúde, bem como da independência dos idosos, da fase

< <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas.aspx>>, 7

⁴⁶ *Ibid.*, 18

final da vida, do luto e também da “patologia incapacitante mais frequente nas pessoas idosas, nomeadamente fraturas, incontinência, perturbações do sono, perturbações ligadas à sexualidade, perturbações da memória, demências, nomeadamente doença de Alzheimer, doença de Parkinson, problemas auditivos, visuais, de comunicação e da fala”⁴⁷; não esquecendo as melhorias de acessibilidade às informações da medicação e a adequada prescrição dos mesmos; e por fim, a organização, programação, prestação e avaliação dos cuidados de apoio ao domicílio. Relativamente à **promoção de um envelhecimento ativo** recomenda-se a informação e a formação das pessoas idosas para uma estimulação das funções cognitivas, como a atividade física de forma moderada e regular, tal como as melhores formas de o fazer, a gestão do “ritmo sono-vigília”⁴⁸, a atenção na alimentação, na nutrição, na hidratação e na eliminação e, por fim, a manutenção de um envelhecimento ativo mesmo na fase da reforma. Pensando agora na questão da **promoção e desenvolvimento de ambientes para autonomia e independência** deve-se dar a conhecer aos idosos a prevenção de acidentes domésticos e de lazer, a utilização de forma segura dos transportes automóveis e também a deteção e a eliminação das barreiras arquitetónicas, tais como, “as tecnologias e serviços disponíveis favorecedores da sua segurança e independência, como, por exemplo, o serviço de telealarme”⁴⁹. Não esquecendo a importância dos conhecimentos dos prestadores de cuidados sobre a deteção e o encaminhamento de casos de violência, negligência ou abuso das pessoas desta faixa etária assim como a prevenção dos acidentes domésticos, de lazer e os rodoviários.

A promoção de um envelhecimento saudável diz respeito a múltiplos sectores, que envolvem nomeadamente a saúde, a educação, a segurança social e o trabalho, os aspetos económicos, a justiça, o planeamento e desenvolvimento rural e urbano, a habitação, os transportes, o turismo, as novas tecnologias, a cultura e os valores que cada sociedade defende e que cada cidadão tem como seus.⁵⁰

⁴⁷ Direção-Geral da Saúde. *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. (Divisão de doenças genéticas, crónicas e geriátricas. Lisboa, 2006 < <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas.aspx>>), 19

⁴⁸ *Ibid.*, 18

⁴⁹ *Ibid.*, 19

⁵⁰ Direção-Geral da Saúde. *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. (Divisão de doenças genéticas, crónicas e geriátricas. Lisboa, 2006

Como se pode verificar, o programa tenta criar condições para o bem-estar do idoso, mas reforça que este esforço para um envelhecimento saudável não diz respeito apenas à saúde, mas também a outros setores, pois tudo está interligado. O planeamento urbano e a arquitetura são duas dessas condicionantes que têm enorme enfoque na medicina e na saúde do idoso.

2. A evolução da arquitetura: Da Arquitetura Médico-hospitalar à Arquitetura Residencial

Recuando um pouco no tempo e refletindo no surgimento da arquitetura, sabemos que esta começou por ser uma cabana que servia de abrigo das temperaturas, das chuvas, do sol, da própria natureza e dos animais, inconscientemente isto era um habitat, feito de buracos entre as pedras ou nas montanhas. Porém, temos que considerar que o termo arquitetura aplica-se quando há uma ação humana sobre o habitat, isso acontece quando o Homem começa a arrastar e a juntar pedras para construir o seu habitat. E é nestes primeiros passos que a cultura de sociedades posteriores se baseiam, surgindo assim o mito da cabana primitiva, a de madeira com quatro paredes e telhado de duas águas. Vitruvius foi o autor de umas das primeiras obras literárias de arquitetura que serviu de base para estudos posteriores com os seus princípios de *utilitas* (utilidade), *venustas* (beleza) e *firmitas* (solidez). Se raciocinarmos de forma mais profunda, estas primeiras cabanas aparecem precisamente com a ideia de abrigo, de proteção dos predadores e de fenómenos naturais, evitando deste modo a doença e até mesmo a morte, da mesma forma como a medicina surgiu como oposto à doença. Digamos então que a arquitetura e a medicina andam “de mãos dadas” desde os primórdios dos tempos até à atualidade. A arquitetura médico-hospitalar acabou por ter que surgir devido aos avanços da medicina e da necessidade de prevenções e tratamento das doenças. A medicina inicial e os primeiros médicos, mais conhecidos como curandeiros, surgiu de forma muito intuitiva, executada em qualquer local, sem espaço específico. A partir da Antiguidade, a

< <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas.aspx>>, 19

assistência aos enfermos já tinha um carácter mais oficial, começando por haver espaços públicos de hospedagem destinados a enfermos ou pobres, espaços privados como a casa dos médicos ou os espaços religiosos.

Para melhor perceber esta evolução, na tabela seguinte (Tabela 1) vemos os seis principais momentos da evolução histórica dos edifícios medicinais no ocidente, ficando, deste modo, com uma breve noção dos edifícios que foram surgindo e dos paradigmas ligados à saúde.

Época	Tipo de estabelecimento	Paradigmas de atenção à saúde
Antiguidade 4000 a.C. – 476	- Templos - Hospedarias	<u>Modelo da Saúde Espiritual:</u> - Água - Paisagem natural - Assistência Espiritual de sacerdotes - Dieta saudável e exercício físico
	- Valetudinárias - Termas	<u>Hospitais militares:</u> - Procedimentos cirúrgicos <u>Saneamento e abastecimento de água:</u> - Otimização de salubridade em meio urbano
Idade Média 476 – 1453	- Hospitais de Caridade e Leprosários - Enfermarias monásticas	<u>Modelo de caridade:</u> - Vínculo religioso - Separação por sexo - Assistência espiritual e preparação para a morte - Estrutura de vigilância e exclusão
Renascimento 1453 – 1789	- Hospital (modelo cruciforme)	- Primeiros procedimentos terapêuticos - Cuidados com a higiene, salubridade e saneamento - Recuperação de ideias humanistas - Complexificação do programa
	- Instituição médica	<u>“Anti-modelo”:</u> - Hospital sendo um depósito de pessoas e estruturas de exclusão social
Era Industrial Final do século XVIII e século XIX	- Hospital Terapêutico	<u>Modelo Terapêutico:</u> - Condições ambientais determinadas a partir de estudos sobre o “anti-modelo” de hospital - Separação de pacientes por patologia - Doença como fenómeno da natureza agindo sobre o indivíduo - Valorização da ventilação e iluminação naturais
Moderna Século XX	- Centro Médico	<u>Modelo Moderno:</u> - Desenvolvimento tecnológico sendo o Raio X - Introdução do bloco operatório - Medicina científica (bactérias, medicamentos, anestésias, etc)
	- Hospital Moderno	- Desenvolvimento tecnológico (boom da tecnologia) - Complexificação do programa - Diversificação profissional (médico, nutricionista, farmacêutico, fisioterapeuta, etc)
Contemporânea Século XXI	- Descentralização de serviços / novas tipologias	<u>Modelo Humanizado:</u> - Modelo terapêutico centrado no paciente - Conceito de ambiente terapêutico - Projeto baseado em evidência - Humanização dos ambientes hospitalares - Descentralização (clínica, ambulatório, policlínica) - Terceirização / home care - Telemática / telemedicina

Tabela 1 – Seis principais momentos da evolução histórica dos edifícios de atenção à saúde no ocidente

Na Antiguidade, as duas vertentes importantes da arquitetura sanitária que surgiram, as Valetudinárias e as Termas, tinham um público-alvo diferente. Enquanto a primeira servia de assistência para escravos agrícolas, a segunda era destinada a banhos e terapias. Na Idade Média, os hospitais eram vistos como a última morada, o local da morte, era o sítio onde se ia

para morrer, tendo como maior objetivo o abrigo aos viajantes. Como vimos na tabela, diferentes estabelecimentos foram surgindo, uns gerais e outros com o intuito de tratar uma única patologia, como por exemplo os estabelecimentos construídos fora do perímetro urbano para não disseminar a doença. Devido ainda a estas doenças, surgiram dois fatores importantes que foram incorporados neste tipo de arquitetura e que ainda se utilizam na atualidade, “a separação entre as funções de alojamento e logística e a segregação dos pacientes por patologias e sexo”⁵¹.

Em Portugal, o primeiro hospital data do ano de 1492, o Hospital Real de São José, que era o hospital central de Lisboa. Sendo o mais antigo, recebia todos os doentes sem exceções. Mais tarde, as epidemias contagiosas, neste caso a *febre amarela*, obrigaram à abertura de um outro hospital só para estes doentes, o Hospital do Desterro. Começou por ser um hospital provisório que se localizava nas instalações de um antigo convento, mas, em 1856, foi reconhecido oficialmente como hospital e passou a receber os doentes em excesso do Hospital central. Depois, com o aparecimento da lepra, houve necessidade de isolamento destes doentes, surgindo assim mais um pequeno hospital, o Hospital de S. Lazaro.⁵²

Ainda a pensar em doenças infecciosas surge o Hospital de Doenças Infectocontagiosas com uma secção só para tuberculosos, pois esta foi uma doença que aumentou imenso a taxa de mortalidade no mundo inteiro. Apesar de haver sintomas dela desde as civilizações mais antigas, como já referido anteriormente, ela só será conhecida como a *peste branca* a partir do século XVII. Houve, então, a necessidade de perceber que o ideal era um hospital só para este tipo de doentes, surgindo assim o primeiro estabelecimento da luta contra a tuberculose em Portugal, fundado no Funchal, em 1859. Em 1862 passa a chamar-se Hospício da Princesa D. Amélia, sendo o único até ao século XX.⁵³

⁵¹ Claudine Machado Badalotti e Ailson Oldair Barbisan. *Uma breve História do edifício hospitalar - da antiguidade ao hospital tecnológico*. (2015: UCEFF Faculdade.), 352

⁵² Vários autores, *Notas sobre Portugal*. (1908: Lisboa. Exposição Nacional do Rio de Janeiro, Secção Portuguesa. Volume 1: Imprensa Nacional.), 637-640

⁵³ António Santos. O combate à Tuberculose: uma abordagem demográfico-epidemiológica, o Hospital de repouso de Lisboa (1882-1975). (Lisboa: Mestrado em História Regional e Local; Universidade de Lisboa, Faculdade das Letras, Departamento de História, 2010.), 25-26

Em Portugal, no ano de 1908 a assistência pública não era uma lei geral, logo a intervenção do Estado era de proteção aos estabelecimentos de caridade e de fiscalização de contas, o apoio dado pelo governo nas hospitalizações era muito insignificante. Logo a maioria dos estabelecimento existentes são privados e com regulamentos próprios, com a administração única de um médico que assume ainda os papéis de diretor técnico, administrador geral, tendo um adjunto que faz a contabilidade e um secretario com conhecimentos de direito.⁵⁴ Nessa altura havia sete hospitais civis a caminho do oitavo, que separavam por sexo os doentes, tal como por secções consoante a doença, começam a aumentar os médicos, com um sempre permanente, iniciando-se também a entrada do pessoal de enfermagem, ou seja, o hospital começa a ganhar uma composição semelhante à que encontramos na atualidade. Nesta altura, os Hospícios eram um local de cuidados maioritariamente paliativos⁵⁵, para pacientes e famílias com doenças fatais que já não respondiam ao tratamento⁵⁶, o conceito foi evoluindo e hoje o nosso conceito de hospício equipara-se mais ao manicómio, sendo mais conhecido como “hospital dos malucos”. Claro que, como tudo na vida, estes estabelecimentos foram evoluindo, e, apesar do primeiro local para os tuberculosos se ter chamado Hospício da Princesa D. Amelia, com ele tinha nascido o primeiro Sanatório. Porém, todos estes estabelecimentos eram vistos não tanto como locais de cura, mas sim como o destino para a morte, porque os pacientes iam para lá para morrer. Com as mortes a aumentar e a doença a manter-se, houve a necessidade de construir estabelecimentos de prevenção, tratamento e cura, surgindo assim os sanatórios mais propriamente ditos. Ou seja, com o avanço da medicina, da tecnologia, dos conhecimentos, houve a possibilidade de se perceber o que realmente era esta doença e como se poderia tratar, sendo um tema a debater mais profundamente no próximo capítulo. Com estes conhecimentos, com o pensamento na saúde pública que interessava social e politicamente e com a capacidade de projetar surgiram vários

⁵⁴ Vários autores, Notas sobre Portugal. (1908: Lisboa. Exposição Nacional do Rio de Janeiro, Secção Portuguesa. Volume 1: Imprensa Nacional.), 630

⁵⁵ Paliativos – é um conjunto de práticas que servem para dar consolo, servir de apoio, minimizar a dor dos doentes e familiares.

⁵⁶ Perkins Eastman. *Building Type Basics for Senior living*. (Segunda Edição, Canada: John Wiley e filhos, 2013), 60

sanatórios baseados no esquema médico-hospitalar para o tratamento desta doença. O interesse pelos sanatórios foi aumentando ao longo dos anos devido à imensa necessidade dos mesmos, porém, com a evolução da medicina, a doença conseguiu ser controlada e a maioria caiu em desuso ou foi reaproveitado para outro tipo de programa arquitetónico.

Atualmente esta doença suscita um sentimento de curiosidade perante as pessoas ligadas à saúde pelo facto de ter sido uma das doenças registada mais antiga mas também pela evolução a que ela obrigou o mundo da ciência, mais especificamente da medicina. Na vertente arquitetónica, o interesse é precisamente perceber como é que, naquela época, os projetistas solucionavam os problemas subjacentes a estas construções. Pois, mesmo tendo como base o esquema médico-hospitalar, pelo facto de realmente ser uma vertente médico-hospitalar, falamos de uma construção para doentes sofrendo de doença contagiosa, o que aumentava o nível de cuidado a ter no desenho arquitetónico, a questão do isolamento dos doentes, de ter as diferentes zonas de análise, prevenção, tratamento e assim sucessivamente. É de referir ainda que, ao analisar alguns sanatórios, ficou bem patente uma vertente residencial bem marcada. Todas estas condicionantes faziam com que a criatividade tivesse de ser funcional.

Se pensarmos no que se foi analisando até aqui, temos noção que a faixa etária que está mais suscetível a doenças são precisamente os idosos, não deixando de frisar que nada impede que uma criança fique afetada, como no caso da tuberculose onde todas as faixas etárias eram potenciais doentes. Mas um idoso com o seu envelhecimento biológico tem menos defesas, está mais propenso a apanhar doenças e apresenta maior dificuldade de cura. Ao surgir o conceito da promoção da saúde do idoso surgiram as residências para idosos, estabelecimentos com duplo conceito, de residência e de saúde, mas tendo um maior enfoque na residência propriamente dita. Isto porque o interesse era fornecer aos idosos uma habitação que não tivesse um aspeto estético que lembrasse o hospital, mas que ainda assim tivesse apoio médico-hospitalar mínimo necessário. Com isto, percebermos que houve uma espécie de evolução da arquitetura médico-hospitalar à arquitetura residencial, pois sendo ponto

assente que são os idosos a faixa etária que mais está sujeita à necessidade de apoio médico-hospitalar (hospitais ou vertentes de saúde), e conseqüentemente na projeção das suas habitações. Evidentemente, o pensamento de habitação juntamente com saúde faz com que se desenvolvam distintas residências para idosos, tendo sempre que ter em conta que mesmo entre os idosos as diferenças e as necessidades são distintas. Quando referi que as pessoas viam um hospital ou um sanatório como “uma viagem de só ida”, sendo a última paragem para a morte, foi precisamente tendo em conta a maioria das situações terminais já referidas. Inicialmente era o que realmente acontecia, e foi acontecendo principalmente para os idosos, mas, felizmente, esta situação foi mudando ao longo dos anos.

Relativamente aos sanatórios, pode-se afirmar que estes eram uma junção de arquitetura médico-hospitalar e de arquitetura residencial, pois além de ser o local onde as pessoas iam para encontrar a cura, ligando deste modo o edifício à saúde, temos uma preocupação com o carácter residencial, visto os seus utentes serem, em grande percentagem, idosos, eventualmente, este local era para muitos a sua última residência. Focando-nos só nesta faixa etária envelhecida, se um idoso vai para um hospital ou uma vertente do mesmo e dorme, come e vive lá o seu dia-a-dia, então este local passa a ser a sua casa não por escolha, mas por obrigação. De certa forma, o sanatório era uma vertente de um edifício médico-hospitalar (saúde) com uma finalidade de cura e prevenção de uma determinada doença, mas que acabou por ter em atenção a parte residencial devido à necessidade de longas estadias que se queriam o mais confortáveis possível. Este progresso de ver um sanatório como o local da última estadia até a um estabelecimento de dualidade médico-hospitalar e residencial, consegue-se perceber também pela evolução arquitetónica do mesmo, como iremos ver no capítulo seguinte de forma mais pormenorizada.

*

Ao analisar o envelhecimento biológico e retomando o que se referiu relativamente às fases da velhice, conseguimos entender melhor o porquê

de o idoso necessitar de ajuda na vida diária e conseqüentemente o porquê do surgimento dos estabelecimentos dedicados aos idosos, conhecidos como residências para idosos.

Residência para idosos é uma definição um pouco generalista, pelo que temos de definir os diversos tipos de residência passíveis de ser adotadas. Começemos por pensar na residência própria, como o nome indica, é a residência da própria pessoa, parece ser uma habitação simples, mas acaba por ser um pouco mais complexa do que se imagina. A residência própria, que na maioria dos casos, corresponde à habitação que compraram ou receberam na fase da vida ativa, acaba por ser uma habitação onde não se pensou no futuro, isto é, nas dificuldades físicas e psicológicas do envelhecimento biológico, fazendo com que a maioria destas residências não seja a melhor solução, não esteja adaptada para passar a velhice. Apenas no caso de idosos que ainda sejam completamente autónomos, que não necessitem de nenhum tipo de apoio, que não tenham dificuldades de movimento, ou seja, como se costuma dizer que apenas sejam velhos de idade porque física e psicologicamente mantiveram-se relativamente jovens, esta residência continua a ser funcional. Estamos a pensar de forma geral, porque, obviamente, haverá sempre algumas instalações que se adaptam às necessidades dos seus ocupantes. E, deste modo, já temos uma maior possibilidade de idosos viverem na sua própria habitação. Segundo o sociólogo Karl Otto Hondrich a residência própria é a residência favorita dos idosos, apesar de ultimamente já se pensar mais e melhor nesta questão das “novas formas de habitação comunal para a segunda metade da vida, tais como apartamentos compartilhados ou edifícios e complexos habitacionais com apartamentos individuais que integram e projetos de habitação intergeracional ou habitação com serviços, são vistas como promessa crescente para o futuro”⁵⁷. Compreende-se perfeitamente a preferência na residência própria, é a nossa habitação, viveu-se lá a maioria dos anos, a ligação emocional, as lembranças, o conforto de ser algo que nos pertence. Manifestamente, a ligação criada faz com que a maioria não

⁵⁷ *New forms of communal housing for the half of life, such as shared apartments or buildings and housing complexes with individual apartments integrating and intergenerational housing projects or housing with services are seen to hold increase promise for the future.* – Andreas Huber. *New Approaches to Housing for the Second Half of Life.* (Basel, Suíça: Birkhauser Verlag AG. 2008), 9. Tradução própria a partir do original.

queira sair, rejeitando qualquer outra proposta, mesmo nas situações em que as condições necessárias para a vivência diária da pessoa idosa e das suas limitações físicas e sensoriais sejam insuficientes. Para colmatar estas barreiras existentes na maioria das habitações dos idosos, iniciou-se a construção de outros tipos de residências.

O sítio e as condições em que as pessoas vivem passou a ser um dos elementos da sustentabilidade social, e conseqüentemente surgiram alguns princípios para os idosos.⁵⁸

Na elaboração dos Princípios das Nações Unidas para os Idosos (resolução 46/91), a Assembleia Geral das Nações Unidas reconheceu a importância das condições de vida e de habitação para os idosos, em todas as cinco categorias relacionadas com o estatuto dos idosos: independência, participação, cuidados, auto-realização e dignidade.⁵⁹

Estas cinco categorias levaram a que houvesse alguns pontos fundamentais na projeção de qualquer estabelecimento ou residência. O acesso a uma alimentação adequada, água, roupas e cuidados de saúde, o custo de renda, o apoio familiar e a autoajuda são importantes. É fundamental que o idoso viva num ambiente adaptado às suas necessidades, com conforto e segurança; mantendo sempre a possibilidade de habitar na residência própria o mais tempo possível e, se a sua condição física o permitir, tentar manter uma vida autónoma, havendo, no entanto, sempre abrigo e interação social. Com o envelhecimento demográfico que existiu e continua a acontecer, houve necessidade de estudos, pesquisas e reconhecimentos que demonstraram que esta faixa etária, sendo de idosos com o inevitável envelhecimento biológico, as perdas sensoriais e motoras, obriga a uma adaptação do seu dia-a-dia.

Um exemplo é o porquê da maioria das residências para idosos ter um programa basicamente hoteleiro, com uma sequência de quartos, as zonas

⁵⁸ Eckhard Feddersen e Inas Ludtke, *A design manual Living for the Elderly*, (Basel, Suíça: Birkhauser Verlag AG, 2009), 9

⁵⁹ *In the development of the United Nations Principles for Older Persons (resolution 46/91), the UN General Assembly recognized the importance of living conditions and housing for the elderly, and infused it throughout all five categories relating to the status of older people: independence, participation, care, self-fulfilment and dignity.* - Eckhard Feddersen e Inas Ludtke, *A design manual Living for the Elderly*, (Basel, Suíça: Birkhauser Verlag AG, 2009), 9. Tradução própria a partir do original.

comuns de alimentação ou convívio, ao qual se acrescentou uma vertente da saúde. As residências têm a zona privada que é a dos quartos, reservada ao próprio utente e a zona considerada pública, zonas comuns de convívio, de grupo, a zona mais social. A zona privada é onde ficam os quartos porque se pensarmos bem, numa habitação, qual é a zona que consideramos mais íntima, mais privada, só nossa? É precisamente o quarto, ou mais concretamente a cama, “por muito que se goste de estar em outros lugares, chega-se a um ponto em que se deseja a própria cama”⁶⁰, depois do stress de um dia de trabalho, o cansaço do trabalho e ainda das tarefas de casa, parece que quando nos deitamos na nossa própria cama, o alívio do corpo e da alma é gigante, sentimos um relaxamento enorme, um ótimo bem-estar, tudo desaparece e só fica a ligação entre nós e a cama, numa completa serenidade. Todos passamos por esta ligação física e emocional, de sairmos de manhã e voltarmos à noite, e a falta que ela nos faz, quando as horas que ficamos nela são mínimas. Tanto que ouvimos dizer muitas vezes, principalmente das pessoas mais idosas, como os nossos avós, que não se importavam de falecer enquanto dormiam, adormecer e não voltar a acordar, sendo um aspeto que demonstra que as pessoas no quarto, na sua cama se sentem em paz, seguras e confortáveis, é um pensamento inconsciente da ligação íntima a cama. Este sentimento prolonga-se pelo resto da habitação, há sempre uma ligação mais íntima a uma determinada divisão causada por algum momento específico que as pessoas não querem abandonar na velhice.

“Enquanto eu tiver na minha casa, sou a mesma pessoa que sempre fui.”⁶¹

Uma frase pequena que demonstra o forte vínculo com a habitação, dando a entender que ao desistir da sua casa, desiste de si mesmo, da sua segurança, do seu conforto, da sua intimidade, da pessoa que sempre foi. Estas são as razões que fazem com que o termo *vida assistida* tenha surgido na sociedade, ou seja, destina-se àqueles que, não querendo

⁶⁰ Eckhard Feddersen e Inas Ludtke, *A design manual Living for the Elderly*, (Basel, Suíça: Birkhauser Verlag AG, 2009), 12

⁶¹ *As long as I have my home I am the same person I have always been.* - Eckhard Feddersen e Inas Ludtke, *A design manual Living for the Elderly*, (Basel, Suíça: Birkhauser Verlag AG, 2009), 12. Tradução própria a partir do original.

abandonar o seu lar, necessitam de algum apoio social e médico. A definição da mesma é um pouco ampla, de certa forma é assistir a vida, neste caso a de um idoso, e pode acontecer na sua própria residência ou num estabelecimento específico. Mas, pensando em residência própria, passamos a ter um apoio domiciliário, que é a “resposta social, desenvolvida a partir de um equipamento, que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados, no domicílio, a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar temporária ou permanentemente, a satisfação das necessidades básicas e/ou as atividades da vida diária.”⁶². Ou seja, é um apoio para aqueles idosos que querem permanecer na própria casa, mas não são totalmente capazes de viver o seu dia-a-dia sem a ajuda de um cuidador. Atualmente, esta é uma realidade cada vez mais presente nas famílias com idosos. O número de idosos a viver nas suas próprias casas tem tendência a aumentar, a família tenta adequar as necessidades com as vontades, para garantir segurança, apoio, bem-estar e dar, deste modo, um final de vida mais ao gosto dos seus idosos.

O gerontologista suíço Felix Bohn⁶³ afirma que temos de garantir a assistência funcional, tendo, obviamente, por base uma experiência de planeamento de habitação adequada para todas as faixas etárias, não esquecendo, no caso dos idosos, as diferentes situações possíveis. Algumas das experiências obtêm-se graças às comparações de informação existentes, que incluem memórias emocionais, derivado o ambiente construído, ou ainda outros, de forma a se criar ambientes favoráveis ao idoso ambientes.⁶⁴

Reflitamos, agora, sobre as residências assistidas, as que são projetadas para os idosos que já não tem capacidade de viverem completamente independentes e autónomos, que necessitam de alguma ajuda, mas não exigem o alto nível de saúde. Estas vão do apoio domiciliário que já

⁶² Ana Maria Chichorro (coord.). *Respostas sociais – Nomenclaturas/Conceitos*. (Lisboa: DGSSFC – Direção-Geral da Segurança Social, da Família e da Criança, 2006.), ficha B 1.1 (cód. 2101)

⁶³ Felix Bohn nascido em Zurique no ano de 1960, é um ergoterapeuta certificado que estudou arquitetura, em 2003 tornou-se gerontologista. Desde o ano de 1994 que é o responsável pelo departamento de construção habitacional para idosos no centro suíço de construção para deficientes, continuando ao longo da vida com ligação a esta área e sendo autor de imensos guias e folhetos de planeamento de habitação para os idosos.

⁶⁴ Andreas Huber. *New Approaches to Housing for the Second Half of Life*. (Basel, Suíça: Birkhauser Verlag AG. 2008), 10

referimos, aos centros de dia, de noite, centros de convívio, ou outros estabelecimentos.⁶⁵ As residências assistidas têm quatro pontos base: o quarto; as instalações comuns que servem de apoio a cada andar, a cada ala ou a um grupo de residentes; os espaços comuns para todos os residentes e os espaços de apoio.⁶⁶ Esta organização pretende ser um programa funcional em qualquer residência de vida assistida, mas as variações na sua resolução podem ser imensas. De certa forma, a residência assistida surgiu para dar apoio aos idosos, quer na sua própria residência com o apoio domiciliário quer em estabelecimentos adaptados que não os de apoio total (centros de dia por exemplo), contrariamente ao lar de idosos que é uma instituição entre habitação e saúde e que era muito baseada no hospital.⁶⁷ Atualmente, já se começa a ver lares de idosos com um aspeto e um programa mais habitacional e menos médico-hospitalar, sendo assim mais chamativo para os utentes e mais agradável. Regressando ao pensamento de Andreas Huber temos cinco processos que demonstram a transformação que tem vindo a acontecer, primeiro o número de pessoas a viver sozinhas aumentou; temos o aumento do agregado familiar de duas pessoas, ou seja, apesar da taxa de divórcio ter aumentado, cada vez mais as pessoas querem viver como casal, ficam viúvas mais tarde e também existem situações de um segundo casamento. A percentagem de homens a viver com o cônjuge é muito maior do que no caso das mulheres, porque as mulheres vivem mais do que os homens, e estes têm tendência a casar com mulheres mais jovens, logo aumenta o risco de ficarem viúvas e, por fim, os homens se ficarem viúvos ou se se divorciarem têm uma maior tendência em voltar a casar. Em terceiro lugar, as pessoas idosas a viverem juntamente com os filhos diminuiu. Em quarto lugar, tem-se verificado uma melhoria nas habitações para idosos ou, nos serviços de apoio, de carisma ambulatorio, permitindo lhes permanecer na própria residência um maior período de tempo, mesmo que tenham dificuldades que exijam um apoio externo, e, por conseguinte, vão para residências para idosos com idade mais avançada, logo a taxa de sobrevivência nestes casos diminuiu. E por fim, em quinto lugar, temos o

⁶⁵ Eckhard Feddersen e Inas Ludtke, *A design manual Living for the Elderly*, (Basel, Suíça: Birkhauser Verlag AG, 2009), 64

⁶⁶ *Ibid.*, 64

⁶⁷ Victor Reginer. *Assisted Living Housing for the Elderly. Design Innovations from the United States and Europe*. (Nova Iorque: Van Nostrand Reinhold, 1994), 4

aumento da mobilidade habitacional entre os idosos, claro que isto varia com o estilo de vida de cada um, mas sabemos que em idade avançada a probabilidade de haver necessidade de cuidados é maior, logo pode haver mudança de residência.

Estas mudanças da residência própria para outra residência adequada, quando acontece um pouco contra a vontade do idoso faz com que as primeiras reações ao novo espaço sejam negativas, não queriam ir logo não querem aceitar a ideia de que foram obrigados. É de extrema importância ter-se pessoal especializado e treinado, profissionais que saibam como abordar os utentes, pois nem todos são iguais, cada um com os seus gostos, as suas manias, os seus hábitos e os seus problemas, o único fator comum a todos, é o necessitar de estar naquele local.

“As pessoas gostam de viver com pessoas que compartilham seus valores e ética”⁶⁸, mas isto é pedir algo quase impossível, porque mesmo as pessoas da mesma época, da mesma idade, podem ter ideais diferentes. Mas, o interesse está precisamente em fazer o oposto, interligar com outras pessoas, sejam da mesma idade ou não, da mesma cultura, da mesma religião, a ideia está no convívio, no partilhar, no contar de experiências. Afinal, no passado, os idosos eram vistos como pessoas cultas, que viveram a vida, eram o exemplo para filhos, netos e amigos, e as pessoas não se importavam com as suas idades e gostavam do convívio com eles. Com as mudanças na sociedade, muito disto se perdeu, mas era importante voltar a ter, pelo menos o melhor. Desta forma, os próprios idosos iam ter mais confiança e já não tinham receio de sair de sua casa, de ir para um sitio novo, desde que esse apresentasse as condições necessárias para a sua vivência do dia-a-dia.

“A sabedoria vem de erros”⁶⁹, e isto fez com que os modelos tradicionais comesçassem a cair e novos conceitos a surgir. As pessoas têm de se sentir em casa, seja em que local for que vivam as suas vidas, porque tem os idosos de ver as residências para os mesmos como os últimos locais para se viver? Os locais onde vão morrer? Tal como acontecia nos

⁶⁸ Eckhard Feddersen e Inas Ludtke, *A design manual Living for the Elderly*, (Basel, Suíça: Birkhauser Verlag AG, 2009), 27

⁶⁹ *Ibid.*, 29

hospitais? Será um erro? A meu ver, é a semelhança médico-hospitalar que estas habitações costumam ter, a falta de autonomia, de independência, o sentimento de abandono, insegurança e mal-estar, de exclusão da sociedade, que têm que ser mudados. Os idosos devem sentir-se confortáveis seja em que habitação estejam, ter o direito à sua liberdade mesmo que limitada em certos pontos pelo seu estado de saúde, têm de se sentir amados e seguros, tal como nós nos sentimos confortáveis no íntimo da nossa cama. A residência para idosos deve ter um pouco das duas vertentes: a residencial e a médico-hospitalar, pois já deu para perceber a importância da saúde e do apoio médico. Iremos perceber que é o que acontece nos lares de idosos, através da análise dos casos de estudo.

Estas residências são projetadas para idosos, mas estes podem estar em gerações diferentes, com pensamentos e culturas distintas, mas com algo em comum em todas as gerações: o desejo de se sentirem autónomos, manter o contacto com a família, ter acesso a cuidados de saúde e apoio para o que necessitarem. Gostam de se sentir em casa, fazer as tarefas que já faziam, para não se sentirem inúteis ou débeis. Pensando, por exemplo, de forma mais específica no caso feminino, a maior diferença será nos conceitos de autonomia, o tipo de atividades. A mulher idosa provavelmente deseja continuar a conseguir realizar as suas tarefas diárias domésticas como cuidar da casa, tratar da comida, das roupas, ou outras coisas como brincar com os netos, fazer croché, ler, e mesmo, nos casos de maior ruralidade, poder continuar a manter a sua agricultura. Querem conseguir fazer o que faziam desde sempre e como tal, pretendem continuar a fazê-lo pelo maior tempo possível, sentirem-se úteis. Assim sendo, se pensarmos nestas questões podemos ajudar a realizar estes desejos com workshops de croché, em salas confortáveis, ou ter espaços exteriores com possibilidade de agricultura, ou até deixar as mulheres idosas participarem na elaboração de almoços e jantares. Claro que estas atividades dependem, sempre, do bem-estar físico e psicológico destas mulheres, condições estas que com a idade tendem a diminuir e/ou deteriorar-se, no entanto, com o apoio e as infraestruturas adequadas, podemos melhorar significativamente a qualidade de vida dos idosos, nomeadamente das mulheres idosas. O ideal seria perceber, por exemplo,

o tipo de mulheres e atividades que se pensa ser o público-alvo de um estabelecimento específico e assim projetar e/ou adequar os diferentes espaços às mesmas. Obviamente que estes estabelecimentos devem satisfazer todos os residentes homens e mulheres, a não ser que falemos de um edifício para utentes de um grupo específico, neste caso apenas para mulheres, como por exemplo, o Béguinage em Berlin Germany da arquiteta Barbara Brakenhoff de 2007.⁷⁰ A arquiteta percebeu o que referimos anteriormente, que a maioria dos idosos são mulheres, logo o projeto arquitetónico foi elabora tendo em atenção a preponderância feminina, pensando assim no bem-estar das mesmas.

Estas situações demonstram a importância das projeções de forma a garantir a correta tomada de decisões e adequação dos projetos urbanos e arquitetónicos. Em termos arquitetónicos, os estabelecimentos terão de ser adaptados às necessidades específicas do idoso – pressupondo instalações médicas e pessoal qualificado para os tratamentos, ou outros apoios imprescindíveis, nomeadamente e a título de exemplo, apoios específicos a pessoas com uma deficiência motora ou de demência –, como também os projetos urbanos deverão ter em conta as dificuldades e carências de uma população maioritariamente idosa.

⁷⁰ Seguindo a tradição das Begines que desde o século II viviam juntas como mulheres independentes, tendo sido desenvolvido com pesquisa sobre os moradores com intuito de responder as necessidades das mulheres, criando espaços diferentes de convívio e auto-realização das mulheres. Pensando ainda na acessibilidade com os 53 apartamentos acessíveis para mulheres de cadeiras de rodas. Na envolvente próxima ainda para incentivar a autonomia das mulheres, tem possibilidade de compras diárias, zonas culturais e desportivas, restaurantes, transportes públicos ou outros.

**3) ESTÂNCIAS SANATORIAIS:
O ABANDONO DE UMA TIPOLOGIA MÉDICO-HOSPITALAR**

24 de Dezembro de 1940

É noite de consoada, mais uma longe da família, uma família que, mal vim para aqui, quase se esqueceu da minha existência. [...]. Por isso, nunca tentaram visitar-me.... Tinha mulher e quatro filhos quando a maldita doença me enclausurou neste sanatório, sem esperança e como um condenado à morte.

Quase vim inaugurá-lo, ocupando a ala dos pobres. É o que eu sou, um pobre, embora, nas partes luxuosas, também haja ricos. [...] É um edifício bonito, da década passada, construído expressamente na montanha para curar a tísica pulmonar. Mas, tenho sérias apreensões quanto à sua sorte... No futuro, dele restará apenas o esqueleto, um moribundo que morrerá, dia após dia, de pé como uma árvore velha e sem serventia para boa sombra. Todos nós temos o nosso destino e o dele advinha-se triste...

Permanecerei aqui para sempre. [...] Os tuberculosos não passavam de "os pobres os malditos" que conspurcavam o ar com inimigos invisíveis, tornando-se indesejáveis em todo o lado. [...] Alguns doentes já notaram presenças etéreas aqui. Já nos sentiram, mas não têm medo. São os condenados a quem a família acha um estorvo, querendo-os ver longe da vista...

Pobre de quem aqui vive, trabalha e morre. Pobres dos médicos e das irmãs enfermeiras, todos os dias a lidarem com tanta miséria. [...] Vou num pulo ver o meu corpo mumificado a Coimbra e peço-lhes que voltem no futuro, no ano de 2009, quando o Sanatório das Penhas da Saúde for uma ruína. Apontem a máquina fotográfica para a entrada principal e vejam o espírito de António Augusto, aqui a vaguear para sempre...⁷¹

No capítulo anterior, para além da análise do envelhecimento demográfico da população mundial nas últimas décadas, procedemos a uma análise crítica das diferentes fases da vida bem como do envelhecimento biológico. A ressonância destes elementos na política e no programa de saúde pública, no plano internacional bem como no plano nacional, permitiu-nos proceder a um enquadramento da repercussão destes programas sociais e políticas no urbanismo, na arquitetura privada, pública e, de forma mais específica, na arquitetura médico-hospitalar, refletindo na mais recente problemática da arquitetura residencial para idosos. Esta é uma tipologia que abriga o carácter residencial e médico-hospitalar, tal como acontecia na arquitetura sanatorial, onde abrigavam pessoas com algum défice na saúde, sendo na sua maioria a população idosa. Encontramos, assim,

⁷¹ A Vida e a Morte no Sanatório
<<http://sanatoriodosferroviarios.freehostia.com/vidaemorte.html>> (testemunho integral no anexo na página 289)

semelhança entre a arquitetura médico-hospitalar de tipologia sanatorial com a arquitetura residencial de tipologia residencial geriátrica, o que faz com que se possa afirmar que, a arquitetura residencial para idosos surge através da arquitetura médico-hospitalar de tipologia sanatorial. Estes edifícios, em muitas situações, foram a última estada de alguns utentes, visto ter sido o local do seu falecimento.

Para combater a tuberculose, doença que surgiu como uma praga sem cura e que atingia pessoas de várias faixas etárias, essencialmente aquelas que apresentassem um sistema imunológico enfraquecido, como por exemplo os idosos menos saudáveis, foi criada uma arquitetura própria, sob a forma de sanatórios. Na maioria dos casos, esta doença era uma consequência das condições ambientais em que se habitava. Estes edifícios singulares ou conglomerados serviam para a prevenção e simultaneamente para a contenção da doença, tornando-se numa arma de luta contra a tuberculose bem como da sua eventual cura. Eventual cura, porque estes estabelecimentos tinham um cariz médico-hospitalar, mas, como iremos perceber apresentavam, também, uma vertente residencial. Os idosos na sua fragilidade eram utentes habituais destas construções.

Para melhor perceber esta doença, o seu impacto no âmbito da arquitetura e a evolução da tipologia sanatorial, analisaremos, de seguida, dois casos de estudo nacionais, na região centro do país, nomeadamente o Sanatório de Penhas de Saúde e a Estância Sanatorial do Caramulo, uma vez que, apesar de terem sido criados quase em simultâneo, foram concebidos por diferentes organizações público-privadas. Através destes casos de estudo, podemos verificar a evolução da estrutura, desde a sua fundação até à atualidade. De seguida, procederemos à análise de dois sanatórios internacionais, da mesma época dos anteriores, de forma a entender as semelhanças e as diferenças nas suas construções até a atualidade, debatendo esta dualidade médico-hospitalar e residencial referida anteriormente.

*

A TUBERCULOSE E SUA EVOLUÇÃO

Com o intuito de um melhor entendimento da tuberculose, iremos proceder a uma análise da evolução da doença a nível médico e a nível nacional, de forma a perceber o impacto que teve na sociedade, levando à criação de um estabelecimento arquitetónico específico para a tentativa de cura da mesma.

De seguida, proceder-se-á à análise da arquitetura sanatorial internacional para comparação com a nacional e para uma melhor interpretação das mesmas.

A tuberculose surgiu mais cedo do que foi diagnosticada, havia indícios dos sintomas da tuberculose, porém as pessoas tomavam a culpa à lepra. Apesar da rápida expansão progressiva da tuberculose, e da enorme taxa de mortalidade que a mesma causava, apenas no início do século XIX é que foi, de certa forma, reconhecida.

Apresenta uma endemicidade variável de continente para continente, de país para país, e, num mesmo país, de região para região, tem por vezes, "picos" de recrudescimento sempre que surge agravamento nas condições de vida dos povos, especialmente quando sujeitos a crises de fome e de destruição, por guerras ou por cataclismos naturais de certa amplitude.⁷²

Esta doença é infectocontagiosa e causada por uma bactéria que pode comprometer vários órgãos, sendo a tuberculose pulmonar ou Tísica, a mais conhecida e a mais antiga, ativada a maioria das vezes pela falta de condições sanitárias.

O médico, patologista e bacteriologista alemão Robert Koch, nascido em 1843, um dos fundadores da microbiologia e um dos responsáveis pela compreensão da epidemiologia das doenças transmissíveis, contribuiu para o avanço da medicina, identificando o micro-organismo responsável pela tuberculose no ano de 1882.⁷³ Este micro-organismo é conhecido

⁷² António Santos. *O combate à Tuberculose: uma abordagem demográfico-epidemiológica, o Hospital de repouso de Lisboa (1882-1975)*. (Lisboa: Mestrado em História Regional e Local; Universidade de Lisboa, Faculdade das Letras, Departamento de História, 2010.), 16

⁷³ *Ibid.*, 16

como *Mycobacterium tuberculosis*, ou seja, o bacilo da tuberculose ou ainda como bacilo de Koch.

Como já mencionado, foi devido ao aparecimento deste tipo de doenças infectocontagiosas que nasceu o movimento sanitário/higienista, pensando-se na saúde pública, fazendo com que surgissem várias alterações na organização da sociedade.

Ao nível social e cultural este movimento leva à modificação dos hábitos de higiene públicos e individuais. Ao nível das infraestruturas fizeram-se alterações urbanísticas, bem como na conceção dos edifícios públicos e privados. A cidade expande-se para lá das muralhas, alargam-se as ruas, introduzem-se jardins públicos, saneamento básico, canaliza-se a água, criam-se banhos públicos, recolhe-se o lixo e os cemitérios e açougues são retirados dos centros da cidade. Os edifícios passam a ter preocupações de ventilação, iluminação, altera-se o pé direito, e propaga-se a sua limpeza regular.⁷⁴

De certa forma, com este movimento, conseguimos perceber que foi necessário alterar a vida diária das pessoas, essencialmente pela falta de higiene. Elaboraram-se transformações arquitetónicas e urbanísticas, tais como a instalação de águas potáveis para limpeza regular, de ventilações para arejar e renovar a qualidade do ar, o cuidado com os lixos e resíduos que possam criar infeções, ou ainda outros, tendo em conta a necessidade de proteção contra as bactérias e as doenças. Todas estas modificações promovem a saúde e o bem-estar. Um edifício bem projetado, com áreas confortáveis, tendo em conta as situações de segurança, ventilação, iluminação, canalização de água e esgoto é algo que começou a ter importância a partir deste movimento. Tal como a cidade, locais públicos limpos e tratados, os saneamentos bem interligados, os cemitérios ou as zonas de lixo bem localizadas e protegidas, tudo para controlar a saúde pessoal e pública.

Todos estes princípios, em Portugal, só começam a ser bem-sucedidos, melhor dizendo praticados no século XX. Porém, com a descoberta do agente patogénico da tuberculose por parte de Koch, já houve a possibilidade de uma investigação mais profunda e intensa da doença.

⁷⁴ Mariana Consciência Pereira. *Dispensários: A arquitetura da luta antituberculose*. (Porto: Mestrado Integrado em Arquitetura. Universidade do Porto, Faculdade de Arquitetura, 2012.),11

Sendo “feita com recurso a investimentos muito significativos em novas tecnologias e terapêuticas, o que leva à criação de uma complexa relação médico-política que se desenvolve em torno de uma doença”⁷⁵.

Anteriormente à descoberta dos micro-organismos, os avanços para o controlo da doença eram muito reduzidos, pois o único elemento que se dizia ser favorável era a natureza, o ar puro. No século XVII e XVIII já se viam medidas contra a tuberculose, mas mais a nível de tentativa de cura e não de prevenção:

...os doentes voltaram a ser aconselhados a procurarem o ar do campo, de preferência próximo do mar, pelo que tiveram grande procura, desde então, as zonas de clima temperado ou quente e seco (evitando os climas húmidos) de preferência em colinas e planaltos, sendo aconselhadas as ilhas da Madeira, as Baleares (pelo que Chopin foi aconselhado, pelo seu médico, a fazer uma estadia em Maiorca), a Cote d'Azur e o Egipto, mas com a condição de, nos locais mais frios ou mais húmidos, durante o Inverno, os doentes ficarem fechados nos seus quartos aquecidos.⁷⁶

A ideia da *cura pelo ar* era algo que iam referindo, por terem percebido que trazia melhorias aos doentes, o que levou também à escolha estratégica da localização para a construções dos estabelecimentos sanatoriais, pensando sempre no clima. Esta já era uma tentativa de cura e não apenas de prevenção. A *cura pelo ar* baseava-se na ideia de os doentes estarem em contacto com a natureza, apanharem sol e vento, o que seria uma das formas de melhoria para os mesmos. De certa forma, opõem-se à falta de higienização, com a disponibilização ao ar puro e limpo, evitando os contágios e deterioração da saúde pública. Estas preocupações da saúde pública e os aspetos da vida humana ganharam novo interesse, pensando-se assim nas questões de prevenção de doença e não só de cura, ou de acompanhamento final da doença. Por estas razões, vários organismos de fiscalizações sanitárias surgiram e eram verdadeiros instrumentos de prevenção. Demonstravam, ainda, a preocupação política, pois era através do governo, de quem estava no poder, que estes movimentos apareciam, porque o objetivo era, também, demonstrar que se

⁷⁵ Mariana Consciência Pereira. *Dispensários: A arquitetura da luta antituberculose*. (Porto: Mestrado Integrado em Arquitetura. Universidade do Porto, Faculdade de Arquitetura, 2012.), 12

⁷⁶ António Santos. *O combate à Tuberculose: uma abordagem demográfico-epidemiológica, o Hospital de repouso de Lisboa (1882-1975)*. (Lisboa: Mestrado em História Regional e Local; Universidade de Lisboa, Faculdade das Letras, Departamento de História, 2010.), 17

preocupavam com a saúde pública, com a saúde de toda a sociedade. Esta questão de uma melhoria na higienização levou a percepção que o ar poderia influenciar a cura, fez com que médicos tentassem perceber melhor esta solução, procurando novos ares que fossem favoráveis. Um desses médicos foi Herman Brehmer, um médico alemão nascido a 14 de agosto de 1826 e falecido a 28 de dezembro de 1889, estudou matemática, astronomia e ciências naturais e foi trabalhar num herbário. Mais tarde, decidiu seguir medicina, acabando o seu doutoramento em 1853 na Universidade de Berlim. Brehmer acabou por ser diagnosticado com tuberculose. Na procura de um clima mais saudável, foi para os Himalaia, continuando os seus estudos e conseguido curar-se. Em consequência desta sua cura, volta para a Alemanha, em 1854, e escreve uma tese intitulada “A tuberculose é uma doença curável” e em 1856 aconselha “a cura de ar e repouso, em zonas de clima privilegiado, em especial do tipo de montanha e em estabelecimentos destinados exclusivamente a estes doentes”⁷⁷, ou seja, aconselhava a cura nos climas frígidos, com repouso e a superalimentação. Em 1861 Brehmer é o fundador do primeiro Sanatório, em Goersberdorf, na Silésia. O nome sanatório deriva do verbo latino *sanare* que significa curar, sendo o objetivo destes estabelecimentos. O sanatório era composto por quartos individuais bem climatizados onde lhes eram acrescentados uns prolongamentos chamados de *galeria de cura*. A galeria de cura era uma zona ao ar livre que servia para os pacientes estarem deitados nas camas em repouso, bem cobertos e aconchegados, sem convívio, geralmente após a hora de almoço. Estas experiências de cura neste primeiro sanatório influenciaram outros países, como a Alemanha, a Suíça, a França e a Itália que também projetaram e construíram sanatórios, com altitudes de 500 e 1500 metros, com as galeias de cura, para aproveitar a pureza do ar das montanhas. A helioterapia, ou seja, a cura com o sol e a climoterapia, a cura pelo ar, pelas condições climatéricas, sem esquecer o repouso, eram as prescrições contra a tuberculose. Porém, estes tratamentos não eram o suficiente, chegou-se à conclusão que apenas

⁷⁷ António Santos. *O combate à Tuberculose: uma abordagem demográfico-epidemiológica, o Hospital de repouso de Lisboa (1882-1975)*. (Lisboa: Mestrado em História Regional e Local; Universidade de Lisboa, Faculdade das Letras, Departamento de História, 2010.), 18

tinha efeito “em 10% de doentes contra os 67% inicialmente previstos”⁷⁸. Mesmo com a ajuda da superalimentação, faltava algo que a medicina ainda não fornecia, uma medicação mais adequada, medicação que realmente curasse. A superalimentação consistia numa alimentação excessivamente rica em vitaminas, proteínas e oligoelementos. Houve diferentes dietas propostas à base de açúcar, vinho, ovos, leite, carne e fruta, aumentando o número de refeições e sendo essas sempre reforçadas. Vários xaropes ou tónicos como gemadas de açúcar ou vinho de porto com mel ou açúcar mascavado e gemas de ovos, tomadas à colher, ou receitas como caracóis enrolados com açúcar mascavado, petróleo branco, eram aconselhadas por curandeiros e veterinários.⁷⁹ As dietas podiam variar, mas tinham muito em comum na composição e nos excessos, tentando remediar a perda de peso que a doença causava.

Estas dietas⁸⁰, pretendiam ajudar os doentes a não perderem peso, mas serviam também para fortalecer o organismo, ativando as defesas para uma melhor recuperação. Para além da alimentação, houve várias tentativas de tratamentos medicinais, diversidade de medicamentos, mas nenhum era específico, podendo haver algumas melhorias ou não. Um tratamento era o pneumotórax que consistia no repouso das zonas doentes dos pulmões, através de equipamentos próprios e tal como este, outros tratamentos surgiram. Os estabelecimentos foram também melhorados, procurando dar o melhor apoio possível ao paciente. O mesmo acontece na arquitetura onde surgem os primeiros sanatórios, como já referido no capítulo anterior, em Portugal o primeiro sanatório é fundado em 1862 pela D. Maria Amélia que demonstra o reconhecimento da doença. O aparecimento dos sanatórios e das organizações demonstrava a crescente preocupação portuguesa na aplicação de medidas contra esta doença. Esta inquietação advinha também do facto da tuberculose vitimizar figuras ilustres da época, como por exemplo a Princesa D. Maria Amélia, servindo como motivo para a criação do hospício/sanatório na Madeira. Em Portugal Continental é no Hospital da

⁷⁸ António Santos. *O combate à Tuberculose: uma abordagem demográfico-epidemiológica, o Hospital de repouso de Lisboa (1882-1975)*. (Lisboa: Mestrado em História Regional e Local; Universidade de Lisboa, Faculdade das Letras, Departamento de História, 2010.), 19

⁷⁹ *Ibid.*, 19

⁸⁰ No anexo um exemplo de Dieta de tuberculose em Falkenstein instituída por Dettweiler na página 292.

Misericórdia, no Porto, que surge uma sala de isolamento de tuberculosos em 1866, seguida por outra em 1890.

O conhecimento sobre esta doença e os estudos foram evoluindo, como exemplo podemos referir o do Dr. Sousa Martins, nascido em Vila Franca de Xira, a 7 de março de 1843. Foi um médico e professor catedrático da Escola Médico Cirúrgica de Lisboa, que se formou em Farmácia e Medicina e que trabalhou arduamente sobre a tuberculose e de forma gratuita. Em 1881, “seguindo as ideias que predominavam na Europa (Alemanha, Dinamarca, Inglaterra, Suíça), bem como nos Estados Unidos, defendia o tratamento em altitude. Preconizou o clima de montanha (Serra da Estrela) para tratamento dos doentes tuberculosos, tendo sido construído, mais tarde, na Guarda, um Sanatório, a que foi dado o nome de Sanatório Hospital Príncipe da Beira que, poucos anos depois, sendo mais tarde o Sanatório Sousa Martins (inaugurado a 1907), foi encerrado por razões económicas”⁸¹. Em 1890, elaborou um relatório que dirigiu ao presidente do Conselho de ministros com o título *A Tuberculose Pulmonar e o Clima de Altitude na Serra da Estrela*⁸², onde refere que se devia aproveitar aquela serra para a cura dos tuberculosos. Este estudo surge após uma expedição realizada à Serra da Estrela, organizada pela Sociedade de Geografia de Lisboa, onde Sousa Martins era sócio fundador. Esta viagem serviu para estudar aquela região geográfica, a sua meteorologia, de forma a conhecer também as suas condições sanitárias, influenciado pela ideia da *cura pelo ar*, para perceber como influenciaria a tuberculose. Apesar de todo o conhecimento adquirido e o esforço feito por este Doutor para a construção do Sanatório nesta Serra, só mais tarde, depois da sua morte, a obra se concretizaria, como veremos mais à frente. Isto demonstra que começam a existir mais preocupações, mais estudos o que faz com que surgisse a preocupação de se evitar ainda mais o contágio e de encontrar uma cura, acontecendo assim a luta contra a tuberculose em Portugal. Esta situação “não surge isolada inserindo-se num movimento mais amplo a nível internacional. Em França (1891), na

⁸¹ António Santos. *O combate à Tuberculose: uma abordagem demográfico-epidemiológica, o Hospital de repouso de Lisboa (1882-1975)*. (Lisboa: Mestrado em História Regional e Local; Universidade de Lisboa, Faculdade das Letras, Departamento de História, 2010.), 27

⁸² José Thomás de Sousa Martins, *A Tuberculose Pulmonar e o Clima de Altitude da Serra da Estrela*, (Imprensa Nacional, Lisboa, 1890), 43

Alemanha (1895), na Bélgica (1898), na Grã-Bretanha (1898), em Portugal (1899), na Itália (1899), na Dinamarca (1901), na Suécia (1904), na Noruega (1910) e na Rússia (1910), o combate à doença é organizado em associações locais ou nacionais⁸³.

Em Portugal, 11 de junho de 1899, é fundada a Assistência Nacional aos Tuberculosos (ANT), pelas mãos da Rainha D. Amélia com o principal objetivo de criação de estabelecimentos de apoio a esta doença, para tratamento e prevenção. A ideia era:

- 1º.. Estabelecer hospícios, asilos ou enfermarias, privativos para tísicos;
- 2º.. Construir Sanatórios para o tratamento de tuberculosos curáveis;
- 3º.. Criar hospitais marítimos para crianças escrofulosas;
- 4º.. Fundar Institutos Regionais de observação, estudo e tratamento da tuberculose e distribuição de socorros aos doentes desta moléstia e suas famílias;
- 5º.. Centralizar e fortalecer quaisquer meios de ação preventivos do aumento da tuberculose.⁸⁴

Em simultâneo aparece também a Liga Nacional Contra a Tuberculose (LNCT), sendo Miguel Bombarda⁸⁵, na posição de secretário geral, a propô-la à Sociedade das Ciências Médicas, esta será aprovada a 13 junho de 1899 e tinha como objetivo o de combater a tuberculose através de propaganda, fornecendo conhecimento, tratamentos e incentivando também a construção de estabelecimentos destinados a portadores da doença. Surgiram assim duas organizações de grande importância, que levaram ao desencadeamento de um maior progresso em relação à tuberculose e aos sanatórios. Realizaram-se em Portugal quatro congressos para debate sobre a doença e para melhor entenderem quais os passos seguintes. Foram organizadas algumas comissões sobre o tema e seus estudos, onde “estudavam o problema da instrução popular, do barateamento e da falsificação e tuberculização dos alimentos, da construção de casas baratas e bairros operários, do trabalho de mulheres

⁸³ Mariana Consciência Pereira. *Dispensários: A arquitetura da luta antituberculose*. (Porto: Mestrado Integrado em Arquitetura. Universidade do Porto, Faculdade de Arquitetura, 2012.),12

⁸⁴ Vários autores, Notas sobre Portugal. (1908: Lisboa. Exposição Nacional do Rio de Janeiro, Secção Portuguesa. Volume 1: Imprensa Nacional.), 691

⁸⁵ Miguel Bombarda nascido a 6 de março de 1851, no Rio de Janeiro era um médico, professor, cientista e político republicano português, tendo sido nesta época uma figura de importância e fez a sua formação na Escola Médico Cirúrgica de Lisboa com a tese sobre o Delírio das Perseguições. Escreveu alguns livros como Dos hemisférios Cerebrais e Suas Funções Psíquicas, ou Distrofias poe Lesão Nervosa e ainda outros.

e crianças, da limpeza municipal, do abastecimento e pureza das águas, dos esgotos, das associações de socorros mútuos, da desinfeção, da declaração obrigatória das doenças, da adoção dos escarradores nos lugares públicos”⁸⁶. Estas novas preocupações fazem com que se estejam a interligar os conhecimentos antigos com os novos, conseguindo obter-se melhores resultados. Estes estabelecimentos serviam para todas as faixas etárias, a diferença principal estava na duração da estada, os idosos, geralmente, iam para falecer, pois a idade e as fragilidades tornavam-nos mais suscetíveis a um baixo nível de cura. Ainda assim não deixavam de ser para todos, por terem todos um denominador comum, a doença. A Assistência Nacional dos Tuberculosos (ANT) partilhou imensas propagandas, de forma a angariar fundos, seja através de festas convívios, de peditórios ou ainda dos próprios donativos recebidos. Os projetos que se queriam elaborar eram muitos dispendiosos e o Estado sozinho não poderia aguentar, sendo a ajuda de todo o povo muitíssimo importante, dando credibilidade ao que a Rainha diz “aquando do assentamento da primeira pedra para a sede da ANT (o Instituto Central Rainha D. Amélia), a 11 de janeiro, de 1904, no Cais do Sodré, Lisboa”⁸⁷. Reforçando a ideia de que a ANT não é uma instituição de caridade, mas sim uma associação social onde “o apoio que ela presta não é gratuito, ele implica o retorno dos deveres, para a salvaguarda de todos. Ela associa os ricos e os pobres, os grandes e os pequenos, com o fim comum admirável, a luta contra a tuberculose”⁸⁸. Desta forma, foram surgindo vários estabelecimentos distintos, por exemplo, o dispensário destinava-se ao tratamento ambulatorio e os sanatórios funcionavam mais como especialidade de hospital. Apesar de termos conhecimentos de algumas obras elaboradas pela ANT, podemos não ter registo de todas, sabemos dos Sanatórios de Outão, Parede e Carcavelos (1900-1904); do Hospital de Portalegre (1909); do Hospital de Repouso de Lisboa (1909); Sanatório de Hohenlohe na ilha da Madeira (1856) e o de Sousa Martins na Guarda (1907); e o Instituto Central Rainha Amélia (1899). Estes dados são uma perspetiva do

⁸⁶ Mariana Consciência Pereira. *Dispensários: A arquitetura da luta antituberculose*. (Porto: Mestrado Integrado em Arquitetura. Universidade do Porto, Faculdade de Arquitetura, 2012.),14

⁸⁷ *Ibid.*, 14

⁸⁸ Raymond Sicard (Dr.) - *La Reine de Portugal et La Ligue Nationale D'Assistance Aux Tuberculeux*. (1907. p.p. 83-85), Em Mariana Consciência Pereira. *Dispensários: A arquitetura da luta antituberculose*. (Porto: Mestrado Integrado em Arquitetura. Universidade do Porto, Faculdade de Arquitetura, 2012.),15

ano de 1907, porém em 1908 com o regicídio, as obras de ANT param e só com o Estado Novo é que voltam a surgir.

Funcionando como associação de iniciativa privada, que sobrevive à base de doações, o papel da ANT durante o período de instabilidade da Primeira República, resume-se à manutenção do funcionamento dos dispositivos já construídos e “ao modelo de cura em estância sanatorial de luxo.”⁸⁹

Em 28 de maio de 1926, devido ao golpe militar, a ANT sofreu uma revisão alterando o ritmo da luta contra a tuberculose. Este golpe deu-se com o intuito de acabar com o regime da Primeira República, foi um ato de rebelião militar de cariz antiparlamentar e nacionalista. Desta forma, demonstrava-se o descontentamento com o poder do governo da época, surgindo, então, o início da Ditadura militar, denominada posteriormente de Ditadura Nacional, acabando por se transformar, mais tarde, e com a aprovação da Constituição de 1933, em Estado Novo. Passou a ser um regime político autoritário, corporativista, nacionalista e autocrata que marcou Portugal até à Revolução do 25 de Abril. Este novo regime era representado pela figura de António de Oliveira Salazar⁹⁰, uma figura de destaque e o promotor deste novo regime formalizado apenas em 1933 e indo até 1974. Foi uma fase de ditadura militar, regras rígidas, ou seja, de obedecer cegamente. Os que tentassem opor-se, eram castigados pela PIDE (Política Internacional e de Defesa do Estado) entidade que repreendia quem era contra ou criticava o regime político. Obviamente, estas mudanças também afetaram a arquitetura, com uma arquitetura composta por edifícios que impunham autoridade, disciplina e ordem, e não havendo hipótese de fuga destas regras. Outra figura de importância, com ligação a Salazar, foi Duarte Pacheco, nascido em Loulé a 19 de abril de 1900. Engenheiro e estadista português foi ele que convenceu Salazar a regressar às finanças. Impulsionador da prática de planeamento no nosso país, acabou por estar relacionado com a construção dos estabelecimentos da luta contra a tuberculose, como iremos ver.

⁸⁹ Mariana Consciência Pereira. *Dispensários: A arquitetura da luta antituberculose*. (Porto: Mestrado Integrado em Arquitetura. Universidade do Porto, Faculdade de Arquitetura, 2012.),17

⁹⁰ António de Oliveira Salazar, nascido em Santa Comba Dão a 28 de abril de 1889, foi chefe de vários ministérios e presidente do Conselho de Ministros e professor catedrático de Economia, Política, Ciência das Finanças e Economia Social.

Mas afinal que estabelecimentos temos para a prevenção e cura desta doença? Temos os **dispensários** que tinham como objetivo as funções de profilaxia⁹¹, diagnóstico e tratamento da doença. De certa forma, o seu objetivo era uma maior dimensão de rastreio para se poder prevenir a doença, ter diagnósticos precoces, agindo de outra forma sobre a doença. Como tal, deslocavam-se às habitações dos doentes, se necessário, vigiando todas as faixas etárias em risco de contágio, percebendo as condições em que viviam, desde as situações económicas, sociais deles e dos familiares. De seguida, reencaminhavam-se para os locais adequados, os familiares dos doentes também eram rastreados, para depois se desinfetar as habitações e evitar, deste modo, mais contágio. Temos ainda outro estabelecimento, os **preventórios** com o objetivo de abrigar temporariamente as crianças que eram filhos de tuberculosos, de forma a mante-los seguros, isolados das várias formas possíveis de contágio, melhorando também a sua qualidade de vida e de resistência à doença. Visto haver um grande número de crianças a necessitar deste tipo de apoio, houve propostas para colónias de férias, situadas próximas a climas favoráveis como marítimos e de altitude.⁹² E por fim os **sanatórios**, destinados aos doentes que tinham a possibilidade de cura, ou pelo menos de uma boa melhoria. Recebiam qualquer tipo de doente, de qualquer zona do país, enquanto que os dispensários apenas admitiam os da zona de residência.

Os doentes eram divididos pelos sanatórios do país, esta era uma tarefa que cabia ao serviço de doentes da sede da ANT de Lisboa, a principal. No país havia somente mais duas, uma no Porto e outra em Coimbra. Esta divisão da ANT por três sedes acontece, pela crescente manifestação de tuberculose. Em 1931, uma nova comissão para a ANT é nomeada e presidida por Lopo de Carvalho, um médico e professor, e que, também tem, como outro cargo, a presidência do Sanatório Sousa Martins. No ano de 1934 publicou *A Luta contra a Tuberculose em Portugal*, onde publica uns mapas de comparação (Figura 15) do que existia a nível de

⁹¹ Profilaxia é de origem grega e significa precaução, ou seja, é o termo que se utiliza na medicina que significa ter medidas para prevenir ou atenuar a doença em questão.

⁹² António Santos. *O combate à Tuberculose: uma abordagem demográfico-epidemiológica, o Hospital de repouso de Lisboa (1882-1975)*. (Lisboa: Mestrado em História Regional e Local; Universidade de Lisboa, Faculdade das Letras, Departamento de História, 2010.), 46

estabelecimentos antituberculosos em Portugal, em 1931, e o que havia sido fundado até à data, 1934.

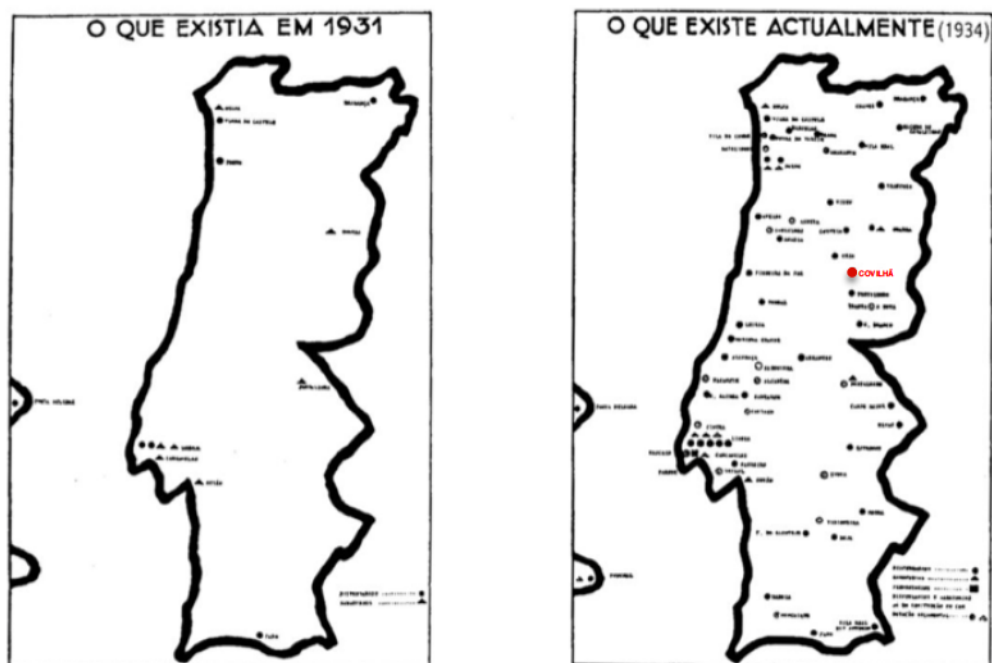


Figura 15 – Distribuição Geográfica, em Portugal continental, dos dispensários, sanatórios e preventórios que constituem os meios de luta contra a tuberculose dos anos 1931 e 1934 (não há dados que comprovem a sua construção, ou seja, são propostas), isto na publicação de "A Luta contra a Tuberculose em Portugal", pelo Dr. Lopo de Carvalho no ano de 1934

Em 1931, como conseguimos perceber pela imagem, tínhamos apenas treze estabelecimentos destinados à luta contra a tuberculose, sendo seis dispensários e sete sanatórios, não estando presente nenhum dos casos de estudo escolhidos. Enquanto que, em 1934, houve um aumento para setenta e dois estabelecimentos, oito sanatórios e um preventório, dois em construção ou com dotação orçamental, não se conseguindo diferenciar quais seriam sanatório ou preventório. Temos ainda sessenta e um dispensários construídos, em construção ou com dotação orçamental. Neste segundo mapa está a identificação do Sanatório de Penhas de Saúde da Covilhã que é um dos casos de estudo. Todos estes estabelecimentos do mapa são de carisma público e da ANT, logo, os que

foram elaborados por iniciativa privada não constam, como é o caso da Estância Sanatorial do Caramulo.

Os sanatórios de iniciativa do Estado eram aqueles a que se dava maior destaque, maior importância. Aqui encontramos uma estratégia da autoria de Lopo de Carvalho⁹³ que abrange todo o território português, concentrando-se sempre em estabelecimentos como dispensários, preventórios e sanatórios. O Poder Político fez imensa publicidade para reforçar a imagem de preocupação e da eficácia deste combate à doença, tentando, deste modo, trazer a Portugal a medicina mundial. Com esta ação consegue-se que a *Xª Conferência da União Internacional Contra a Tuberculose* acontecesse em Lisboa de 1 a 9 de setembro de 1937, sendo neste dia que o Dr. Lopo de Carvalho, foi nomeado presidente desta União onde se manteve até 1950. Nesta mesma conferência debateram-se os progressos científicos alcançados e o que se tinha feito na luta contra a tuberculose. Como podemos ver no final deste período, Portugal já tinha imensos meios de combate à doença, percebe-se a preocupação que a doença provocou pelo enorme aumento destes estabelecimentos, fossem eles pertencentes ou não à ANT. É fundamental perceber a luta que se tinha com a doença, com o seu contágio, pois, foram os causadores da conceção deste tipo de arquitetura. Em resumo, os sanatórios pertencentes à ANT dividiam-se da seguinte maneira: dois na zona centro, três na zona Sul e mais três sanatórios marítimos; os não pertencentes à ANT eram três, sendo um deles o da Covilhã, o da Estância Sanatorial do Caramulo e o Corpo Clínico da Estância Sanatorial do Caramulo, a acrescentar dois sanatórios marítimos e três Hospitais Sanatórios. Não estão aqui incluídos os dispensários, preventórios e enfermarias-abrigo.⁹⁴

Portugal tem sanatórios dispersos pelo país que mostram que se situam próximos aos centros urbanos, com clima marítimo, de planície ou de pequena altitude, com exceção de três, o do Caramulo, o da Penhas de Saúde e o Sanatório Sousa Martins. O de Penhas de Saúde apresentava um único edifício construído propositadamente para tratamento desta doença, tendo sido elaborado a pedido da Companhia Administrativa Dos Sanatórios para Ferroviários. Já o de Caramulo são vários edifícios, uns

⁹³ Lopo de Carvalho nascido a 15 de maio de 1890, na Guarda, era um doutor e também presidente da União Internacional Contra a Tuberculose a partir de 1937.

⁹⁴ Anexo: Estabelecimentos da luta contra a tuberculose página 293.

construídos como sanatórios e outros edifícios já existentes adaptados a pensões ou hotéis, chegando a ter um total de 20 estabelecimentos. Os que foram objeto de estudo são o de Penhas de Saúde situado a uma altitude de 1250 metros e o de Caramulo a 600 metros.

*

SANATÓRIO DE PENHAS DE SAÚDE

Tipo de Edifício	Sanatório
Estrutura da propriedade	Público
Arquitetura / Planeamento	Cottineli Telmo
Forma do edifício	Irregular ("V" mais aberto)
Numero de edifícios	1
Número de unidades	-
Primeira Ocupação	1944
Área total construída m ²	(extensão de 170 metros)
Área total de zona específica m ²	Galeria de cura 19,5 m ² (3,25 m x 6 m)
Pisos	5
Nº de residentes possíveis	110 (iniciais)
Contexto	Suburbano
Localização	Covilhã, Castelo branco

Tabela 2 - Quadro de especificações do Sanatório de Penhas de Saúde

O testemunho que abre este capítulo, de um doente do Sanatório de Penhas de Saúde, demonstra claramente que as 'idas' para os sanatórios tinham a finalidade de não voltar a sair, pelo menos não com vida. Consegue-se entender a dor por que passavam os doentes e familiares por não se verem, não se poderem tocar, e nada poderem fazer para isso mudar. Este testemunho demonstra, ainda, o que os doentes sentiam nestes estabelecimentos, o abandono, a falta de saúde, a impossibilidade de imaginar o futuro com a família e com os amigos. Nestes locais não se vivia, apenas se sobrevivia, com agonia, dor e desistência da ideia de

melhorias. O Sanatório de Penhas de Saúde (Figura 15), também conhecido como o Sanatório dos Ferroviários, situa-se junto à Porta dos Hermínios, nas Penhas da Saúde, na cidade da Covilhã. A Direção Geral dos Serviços Florestais doou à Comissão Administrativa do Fundo de Assistência aos Tuberculosos dos Caminhos de Ferro Portugueses, um terreno de 10 hectares que se situava numa mata, a seis quilómetros da Covilhã, com o intuito da construção de um sanatório de altitude.⁹⁵



Figura 16 – Sanatório De Penhas de Saúde

Este estabelecimento foi mandado construído pelos Caminhos de Ferro Portugueses (CF), que detinham uma enorme importância no país, pelo facto de Portugal estar ligado pelas vias-férreas, existindo no território nacional 2,380 km de caminhos de ferro em exploração.⁹⁶ Projetado pelo arquiteto Cottinelli Telmo⁹⁷, o projeto apresentado em 1928 foi logo aprovado, tendo -se iniciado a construção em 1930, a qual se prolongou até 1936. Porém, devido ao número insuficiente de doentes “não ter

⁹⁵ Luís Manuel Neves Costa e Cristina Luísa Tavares Nogueira. *Sanatório das Penhas de Saúde: entre a história e a memória (1913-1969)*. (Imprensa da Universidade de Coimbra, 2017), 444

⁹⁶ *Ibid.*, 441

⁹⁷ Cottinelli Telmo nasceu a 13 de novembro de 1897 em Lisboa, era um arquiteto e cineasta português e apesar de hoje ser um dos nomes importantes da arquitetura portuguesa, tendo sido um dos pioneiros do modernismo na arquitetura e sendo um homem da confiança de Duarte Pacheco, nesta altura ainda era um jovem promissor.

capacidade para suportar a totalidade dos encargos com o seu funcionamento”⁹⁸ o novo sanatório permaneceu encerrado por oito anos, tendo sido finalmente inaugurado apenas a 11 de novembro de 1944, graças ao seu arrendamento pela Sociedade Portuguesa de Sanatórios.

A encomenda inicial a Cottinelli Telmo previa um grande sanatório para o internamento dos doentes tuberculosos. Mais do que um hospital e, mais do que um hotel, pretendia-se uma junção de ambas as tipologias na criação de uma estância de montanha com todos os luxos possíveis, tanto a nível projetual como financeiro. Este estabelecimento destinava-se a doentes reformados, como também aos funcionários da CP que necessitassem de tratamento, havendo assim “50 camas à disposição dos doentes a cargo da ANT”⁹⁹.

O estabelecimento era visto como um símbolo de modernidade médica e arquitetónica, isto porque, a nível de medicina além de ter a *cura pelo ar* (já referenciada anteriormente) tinham ainda as ditas dietas alimentares, juntamente com imenso repouso e medicações. A nível arquitetónico, tínhamos a arquitetura funcional das galerias de repouso, os enormes terraços para a helioterapia, os corredores de grande dimensão que suscitavam conforto e bem-estar e numerosos apartamentos, havendo ainda salas suficientes para as refeições, as observações e tratamentos médicos. Desta forma, era possível realizar passeios, havendo convívio e ainda o merecido repouso. Para as observações e tratamentos necessários existiam salas para as “secções pulmonares, osteoarticular, cirúrgica e laboratorial e radiológica estando equipado com modernas salas de cirurgia, amplas galerias de cura e terraços para helioterapia para benefício de cura climática”¹⁰⁰. A direção, a cargo do Dr. Lopo Carvalho, possuía um corpo clínico ligado aos hospitais de Lisboa e à faculdade de medicina. Porém, em 1952, passou a ser um edifício do Estado, devido às condições económicas que atravessava a Sociedade Portuguesa de

⁹⁸ Luís Manuel Neves Costa e Cristina Luísa Tavares Nogueira. Sanatório das Penhas de Saúde: entre a história e a memória (1913-1969). (Imprensa da Universidade de Coimbra, 2017), 446

⁹⁹ *Ibid.*, 447

¹⁰⁰ *Ibid.*, 449

Sanatórios, e com isto passou a ser gerenciado pelo Instituto de Assistência Nacional dos Tuberculosos (IANT)¹⁰¹.

Apesar de todo este avanço tecnológico e médico-hospitalar, o sanatório apresentava um pequeno problema, a capacidade inicial do mesmo era de apenas 17 doentes, criando uma sensação de desequilíbrio do tamanho do edifício e do número de doentes possíveis. Por esta razão, a sua capacidade foi aumentada para 284 camas, mas também pelo facto de mais de mil doentes estarem à procura de apoio sanatorial, isto a nível nacional. Porém, a procurar pelo Sanatório da Covilhã era bem maior, por ser aquele que melhores condições e resultados apresentava e, apesar da vontade de aceitar mais doentes, o sanatório estava sempre cheio. Outro fator que não ajudava na entrada de novos doentes era o tempo médio de permanência dos doentes ser longo (8 meses)¹⁰², tendo em conta aqueles que conseguiam voltar a sair, pois eram muitos os que ficavam até ao seu falecimento. Se observarmos a Figura 16, podemos observar os doentes admitidos no sanatório do ano de 1944 até 1955.

Ano	Entradas		Saídas			Falecidos:	Tutela do Sanatório:
	Existiam	Entraram	Curados	Melhorados	Outros (mesmo estado ou piorados)		
1944	0	0	0	0	0	0	
1945	40	161	20	45	37	5	Ferroviários
1946	42	158	23	98	11	8	Ferroviários
1947	81	136	50	72	3	3	Ferroviários
1948	90	106	12	100	15	3	Ferroviários
1949	66	139	64	76	14	4	Ferroviários
1950	47	83	21	31	11	4	Ferroviários
1951	63	68	23	40	18	1	Ferroviários
1952	49	18	0	0	67	0	Ferroviários
1953	0	221	13	10	26	3	IANT
1954	169	334	45	134	99	6	IANT
1955	a partir deste ano o Anuário publica os totais dos sanatórios						IANT

Figura 17 – Tabela dos Movimento de doentes no Sanatório de Penhas de Saúde do ano e 1944 até 1955 – elaborada por Luís Costa, tendo como base os dados do Anuário Estatísticas (INE)

¹⁰¹ Em 1945 a Assistência Nacional aos Tuberculosos (ANT) foi nacionalizada passando a ser conhecida com Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos (IANT)

¹⁰² Não sendo uma estatística completamente comprovado, por falta de documentação clinica a respeito, mas a brochura da SPS de 1946 falava-se em casos de 7 e 8 meses.

Conseguimos ver que o número de óbitos em todos os anos, nunca ultrapassaram os 8, havendo imensos curados e melhorados. Neste sanatório, por exemplo, “entre 1953 e 1967, dos 4264 doentes internados, 1252 ficaram curados, 1964 melhorados, 1608 estacionários, 149 piorados e 101 morreram”¹⁰³. Isto comprova os resultados claramente positivos que ali se obtinham e explica o motivo dos doentes o preferirem. Com o aumento de camas que a IANT levou a cabo, a instituição viu assim a sua capacidade aumentar, podendo receber outros doentes, desde que mantivesse o acordo de tratar gratuitamente os doentes da companhia dos Caminhos de Ferro Portugueses. O edifício estava dividido em duas alas: uma destinada aos doentes da classe social mais baixa, que devido a restrições financeiras tinham acesso restrito, menos conforto e a outra destinada a doente de classes mais altas onde havia mais luxo, maior conforto.

No entanto, como a medicina nunca parou de evoluir e, apesar da vacina contra a tuberculose, a *bacillus calmette-guérin (BCG)*, já ter surgido em 1928, só em 1965 é que finalmente entra em vigor o Programa Nacional de Vacinação. Com a implementação do plano, os internamentos nos sanatórios começam a ser muito reduzidos, pois a vacina era de acesso a todos, sem restrições financeiras, sociais ou outras.¹⁰⁴ Isto levou ao encerramento de um grande número de Sanatórios, principalmente os mais afastados dos centros, pois não se tornavam economicamente rentáveis. Desta forma, e depois da visita do Dr. Lopo de Carvalho a mando do Ministério de Saúde ao Sanatório de Penas de Saúde, o mesmo foi encerrado em junho de 1969, e os doentes que ainda permaneciam na instituição foram distribuídos por outros sanatórios. Claro que encerrar um estabelecimento destes era considerado um desperdício, a estrutura do edifício este foi aproveitado como palco de festas e mais tarde como Abrigo dos Hermínios com a finalidade de servir de albergue e de apoio ao alojamento da Serra da Estrela, acabando por sofrer alterações no mobiliário. Contudo, após o 25 de abril, a sua utilização viu-se de novo reduzida, passando assim a ser utilizado apenas como habitação

¹⁰³ Jornal “I”, *Serra da Estrela. De Sanatório a Pousada de Portugal*, 2014

< <https://ionline.sapo.pt/315952> >

¹⁰⁴ Mariana Consciência Pereira. *Dispensários: A arquitetura da luta antituberculose*. (Porto: Mestrado Integrado em Arquitetura. Universidade do Porto, Faculdade de Arquitetura, 2012.),29

temporária dos refugiados ou retornados das antigas colónias. Tal como dito anteriormente, esta ocupação era temporária e a partir dos anos 80 caiu, por completo em abandono e esquecimento, acabando por se começar a degradar.

A medicina foi evoluindo ao longo dos tempos, mas quando a tuberculose surgiu, a medicina ainda não era suficientemente capaz, como já foi referido, e, apesar de terem as salas de radiografias ou de tratamentos, os conhecimentos eram poucos para a doença que enfrentavam. Consequentemente, em muitos casos, os doentes já eram “reencaminhados” para estes estabelecimentos com a finalidade, não de cura, mas sim de cuidados paliativos, para terem um sitio para falecerem e não contaminarem outros, reforçando a ideia da sociedade ver este local como um local para falecer. Este caso de Penhas de Saúde mostra um pouco a história das estâncias tuberculosas em Portugal, o seu surgimento e o seu desenvolvimento.

*

Analisando agora o Sanatório de Penhas de Saúde de forma mais arquitetónica, temos um sanatório que foi projetado na época de mudança de regime político, que veio trazer novos ideais para a sociedade, como o tradicionalismo e o conservadorismo. Representava a ideia que tínhamos de mostrar a cultura portuguesa, a nossa cultura e que a arquitetura também a deveria refletir. Para além disso existia também um enorme gosto pela *Art Déco*, pelo gosto europeu. Os arquitetos desta altura aproveitaram a arte internacional, a ideia do purismo nacionalista, olhando de outra forma para a arquitetura. A estrutura podia ficar evidenciada e tínhamos novos materiais, como o betão, estando assim numa espécie de luta entre a ideia do Estado Novo e da exaltação do nacionalismo e do inovar, a arquitetura foi trazendo os modelos progressistas europeus, como por exemplo o grupo onde pertencia o Cottinelli, arquitetos dos anos 20-30.

O médico da CP, Carlos Lopes, acompanhou de perto o trabalho do arquiteto, tendo ambos visitaram sanatórios e centros de combate á

tuberculose na Europa com o intuito de conhecer a sua organização e inteirarem-se da tipologia espacial e funcional.¹⁰⁵

As visitas concretizadas, tando pelo médico como pelo arquiteto, aos sanatórios existentes na Suíça, em Espanha, na Alemanha e em França, influenciaram alguns aspetos na projeção destes. Tomando como exemplo a sua planta, onde as soluções consideradas mais apropriadas teriam um formato em espécie de “V” ou “Y”. Neste caso, o arquiteto optou por um “V” com um ângulo de abertura de maior dimensão, parecendo mais uma espécie de linha quebrada¹⁰⁶. De forma a proteger as fachadas dos ventos ou também pela exposição solar na utilização das galerias de cura, quartos ou solários.

A forma em V apresenta um dos tramos maior que outro, onde, o mais curto corta as curvas de nível segundo uma linha de maior declive, “o que reduz os desaterros tanto mais quanto a base do edifício fica ligeiramente em rampa.” Deste modo, ao parecer do arquiteto, terá sido atribuída “à planta uma forma que melhor se casasse com a modelação do terreno”, de maneira a tentar reduzir “os trabalhos importantes de movimentos de terras – de rochas, neste caso.”¹⁰⁷

Cottinelli elaborou um projeto com uma extensão de 170 metros e um programa funcional e complexo, com extrema ligação ao meio envolvente devido à sua implantação (Figura 18), de forma a integrar completamente o edifício na paisagem, que faz alusão ao Shatzalp em Davos, na Suíça, esta grandiosidade do objeto construído e do que o envolve (Figura 19).

¹⁰⁵ Luís Manuel Neves Costa e Cristina Luísa Tavares Nogueira. Sanatório das Penhas de Saúde: entre a história e a memória (1913-1969). (Imprensa da Universidade de Coimbra, 2017), 444

¹⁰⁶ Ana Martins; José Mendes; Miguel Pinto; Cláudia Beato e Mafalda Sampaio. O Sanatório dos Ferroviários: Vida e Morte nas Penhas de Saúde. (Revista Lusíada),8

¹⁰⁷ Ana Helena Monteiro. O Sanatório da Covilhã. Arquitetura, Turismo e Saúde. (Coimbra: Dissertação de Mestrado em Arquitetura. Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra, 2009), 64



Figura 18 – Foto do Sanatório de Penhas de Saúde do Estúdio Mário Novais, com data provável da produção de fotografia original de 1940.



Figura 19 – Foto do Sanatório Shatzalp em Davos

Os dois corpos longitudinais situam-se perto de uma nascente, sendo algo que facilitava o abastecimento de água potável. O edifício apresenta acessos e entradas autónomas, mais concretamente duas, uma para os doentes de primeira classe “assinalada pela grandiosidade do frontão, que é o elemento marcante da fachada do edifício sendo a segunda igualmente assinalada, mas pela existência de dois torreões”¹⁰⁸ e a outra destinada aos restantes doentes (Figura 20). Estes acessos levam a largos corredores, escadas e elevadores que faziam ligação com todos os outros serviços, com percursos que evitavam a mistura das diferentes classes.

¹⁰⁸ Ana Martins; José Mendes; Miguel Pinto; Cláudia Beato e Mafalda Sampaio. O Sanatório dos Ferroviários: Vida e Morte nas Penhas de Saúde. (Revista Lusíada), 8 e 9

Este edifício era constituído por cinco pisos incluindo a mansarda. Na fundação ou piso térreo encontravam-se os serviços de lavanderia, as arrecadações, os depósitos, as caldeiras de aquecimento, os frigoríficos, o posto de desinfeção, o abastecimento de cozinha (despensa), a morgue e o transformador de eletricidade (Figura 21). O piso de entrada era composto pelas funções mais “públicas” como refeitório, banhos, anexos, serviços administrativos, apoio médico (zona de consultas, radiografias, radioscopias e operações) e as áreas coletivas como sala de jantar e de estar, de reuniões e festas. Tinha, ainda, a capela, a biblioteca, o jardim de inverno, o acolhimento ao público em geral, as salas de recreio e de espera, este era o piso conhecido como piso nobre (Figura 22), a cozinha e a copa situavam-se nas traseiras. Os três pisos superiores estavam destinados aos quartos, às galerias de cura, aos banhos de aspersão e de imersão, às casas de banho, a uma sala de estar e às arrecadações. Cada piso correspondia a uma classe diferente de doentes, por exemplo, o primeiro andar, correspondendo ao piso 3, destinava-se à primeira classe que “seriam servidos por galerias de cura, com uma medida estipulada de 3,25 por 6 metros, com o pé-direito variando entre 3,25 e 3,5 metros”¹⁰⁹. Enquanto o segundo andar ou piso 4 era para a segunda classe, e por fim, o terceiro andar ou piso 5 destinava-se à terceira classe, onde se encontravam, também, os quartos dos funcionários e o solário (Figura 23, 24 e 25). Por fim na “zona do frontão existia, ainda, uma espécie de sótão, com três amplas divisões, na altura projeto ainda sem função definida”¹¹⁰

¹⁰⁹ Ana Helena Monteiro. O Sanatório da Covilhã. Arquitetura, Turismo e Saúde. (Coimbra: Dissertação de Mestrado em Arquitetura. Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra, 2009), 68

¹¹⁰ *Ibid.*, 68



LEGENDA:

- 1 – Entrada para doentes de primeira classe com grandioso frontão
- 2 – Entrada para outros doentes com dois torreões

Figura 20 - Foto do Sanatório de Penhas de Saúde do Estúdio Mário Novais, com data provável da produção de fotografia original de 1940.

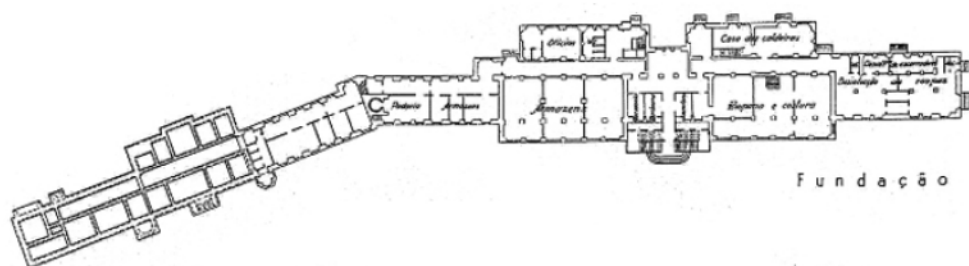


Figura 21 – Planta de Fundação / piso térreo do Sanatório de Penhas de Saúde – sem escala

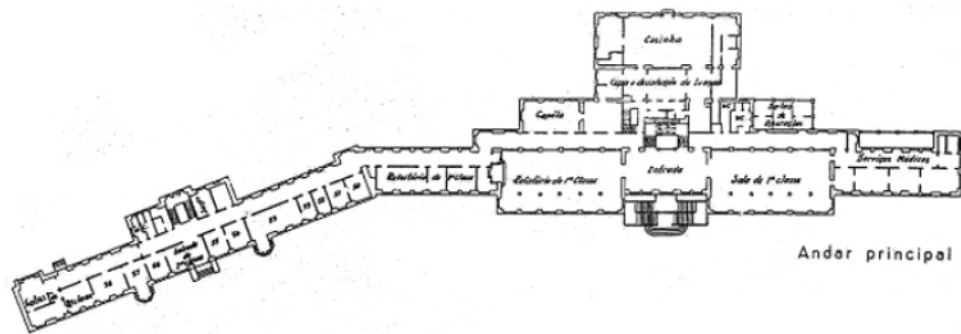


Figura 22 – Planta do piso nobre / andar principal do Sanatório de Penhas de Saúde – sem escala

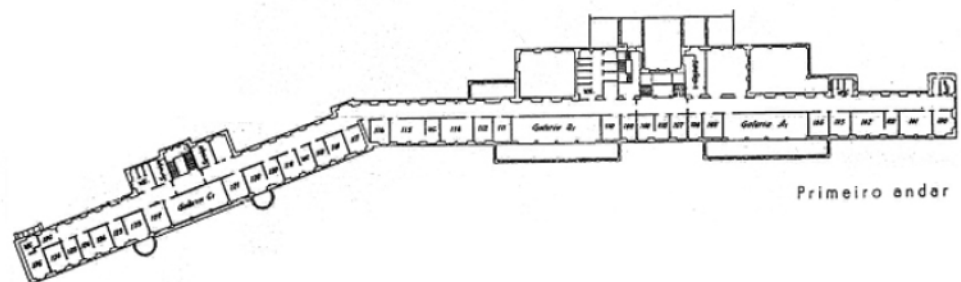


Figura 23 - Planta do primeiro andar / piso 3 do Sanatório de Penhas de Saúde – sem escala

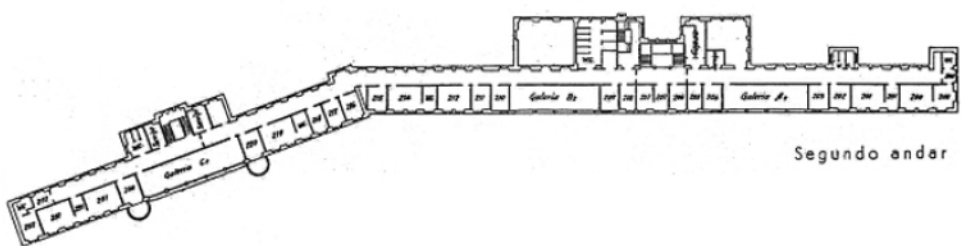


Figura 24 - Planta do segundo andar do Sanatório de Penhas de Saúde – sem escala

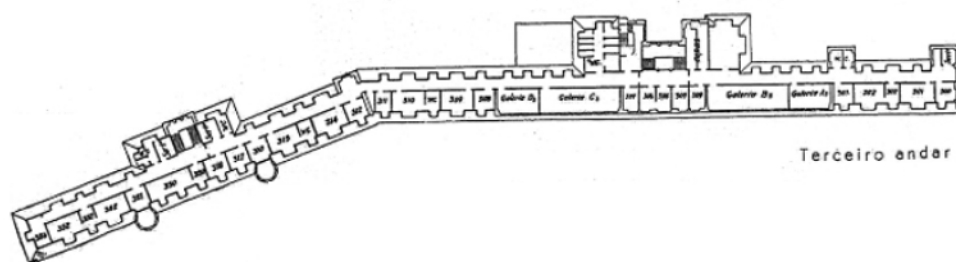


Figura 25 - Planta do terceiro andar do Sanatório de Penhas de Saúde – sem escala

Esta distribuição mostra que optaram por localizar todas as áreas de possível convívio, contacto num único piso, o que fazia com que só os doentes com possibilidade de se movimentar e controlados a nível de contágio poderiam usufruir deste piso. Os quartos eram a zona de descanso e as galerias de cura tinham o objetivo de repouso e descanso total, sem convívios, eram pisos sossegados e silenciosos. A diferença dos pisos da primeira classe para a segunda e terceira era o número de camas, ou seja, a primeira classe tinha uma cama por quarto, enquanto as outras duas classes tinham três camas. Todo o espaço suscitava bem-estar devido à vasta paisagem verde que se conseguia observar, mas também à altitude, reforçando assim a sensação de calma e conforto. Claro que falamos de doentes com dores, com algumas dificuldades respiratórias ou de mobilidade, mas a possibilidade de reduzir essa sensação de desconforto com um espaço adequado e bem planeado era algo imensamente positivo e animador. Encontramos aqui um sanatório bastante espaçoso, principalmente antes do aumento do número de camas e conseqüentemente de doentes. Todo este programa foi pensado e projetado de forma a tentar cumprir todos os requisitos, funcionando de forma lógica e funcional, isto através do parecer do arquiteto Cottinelli Telmo e do Dr. Carlos Lopes. Este edifício apresentava um grande luxo interior, primeiro pelas dimensões que as divisões tinham, seguido pela monumentalidade da sua envoltória. Apesar deste luxo, havia restrições na sua utilização (como referido anteriormente, ala destinada aos pobres e ala reservada aos nobres), o que demonstra as várias formas que afetam a arquitetura, consoante as necessidades e possibilidades de cada um.

Se virmos as fachadas do edifício (Figura 26 e 27), percebemos o rigor geométrico que o arquiteto impõe, associado à *Art Déco*, que era a tendência europeia, procurando uma expressão moderna como também o purismo racionalista. Percebemo-lo no uso dos novos materiais, neste caso o betão que deixava em “evidência a estrutura dos edifícios”¹¹¹.

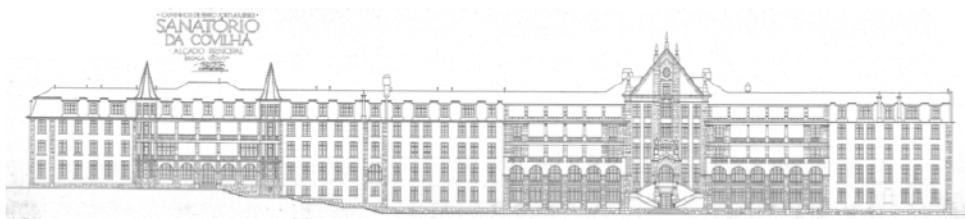


Figura 26 – Alçado Frontal do Sanatório de Penhas de Saúde – sem escala



Figura 27 - Alçado Frontal do Sanatório de Penhas de Saúde – sem escala

Na *Art Déco*, geralmente, vê-se o uso da geometria numa enorme verticalidade para dar a impressão que o edifício ainda é mais alto do que o é na realidade, mas neste caso, é o contrario temos um enorme desenvolvimento longitudinal, onde as interrupções acontecem de forma marcante nos acessos.

Encontram-se ainda presentes na fachada, algumas outras marcas revivalistas, nomeadamente, na escadaria cenográfica da entrada principal, com “cantarias de desenho barroquizante”, ou na presença de algumas colunas com sinais de sobreposição canónica das ordens, com ábaco, articuladas “com sucedâneos de balaustradas moldados em betão”. No entanto, numa visão global do edifício, verifica-se um bom

¹¹¹ Ana Helena Monteiro. O Sanatório da Covilhã. Arquitetura, Turismo e Saúde. (Coimbra: Dissertação de Mestrado em Arquitetura. Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra, 2009), 62

exercício de composição sob o ponto de vista formal, onde é explorada “a oposição entre estruturas reticuladas e maciças de forma a produzir uma série de ambiguidades que subvertiam as relações tradicionais entre cheios e vazios”.¹¹²

As fachadas sudoeste eram revestidas com chapa de zinco ondulada, de forma a que estivessem protegidas contra os ventos mais fortes e as chuvas torrenciais. A nível de revestimentos existiam incertezas, havendo assim as opções mais comuns nos hospitais como o mosaico de cantos chanfrados ou o linóleo, deixando ainda a possibilidade de uso de materiais recentes que fossem surgindo. Houve de certa forma uma mistura do novo e do antigo, conseguindo-se uma bela junção de técnicas e materiais, os mais antigos com os mais recentes. Este sistema misto fazia com que houvesse materiais como a madeira e pedra nas colunas, juntamente com elementos estruturais de betão e ferro.

A nível de composições de paredes, encontramos paredes duplas com caixa de ar, rebocadas interiormente, como também, o uso de vidros duplo, ou seja, a preocupação com o controlo exterior e interior. Houve necessidade de, até o edifício cair em desuso, aumentar a sua capacidade, com isto, as galerias de cura e os solários foram encerrados para a colocação de mais camas, alterando, deste modo, o interior, mas também a fachada. Estamos perante um estabelecimento medico-hospitalar com uma finalidade de prevenção e tratamento de uma doença de grande relevância, que demonstrou claramente que a medicina e a arquitetura se interligam, podendo ser um edifício de carisma temporário ou definitivo. Pensando no testemunho inicial que mostrava que o edifício foi o último local de vida do senhor idoso, tal como para muitos utentes dos que lá passaram. Como já referido anteriormente, a idade e o envelhecimento biológico eram um dos fatores que mais contribuía para este desfecho, acrescido da falta de uma medicina funcional. Com a evolução do tempo, tornou-se um edifício temporário de passagem para prevenção, contenção e tratamento da doença, havendo a possibilidade de ir, com a perspetiva de voltar a sair.

¹¹² Ana Helena Monteiro. O Sanatório da Covilhã. Arquitetura, Turismo e Saúde. (Coimbra: Dissertação de Mestrado em Arquitetura. Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra, 2009), 71

*

ESTÂNCIA SANATORIAL DO CARAMULO

Tipo de Edifício	Medicinal / hospitalar
Estrutura da propriedade	Privado
Arquitetura / Planeamento	Jerónimo Lacerda
Desenvolvedor / Cliente	Sociedade do Caramulo
Forma de edifícios	Regulares e irregulares
Número de unidades	14 sanatórios + 1 sanatório infantil + 1 pavilhão cirúrgico + 6 casas de saúde / pensões
Primeira Ocupação	1922 (primeira construção o Hotel) / Anos 30 conhecida Estância
Área total construída m ²	—
Área total de zona específica m ²	14 m ² (Quarto duplo com instalações sanitárias completas)
Pisos	4 (Sanatório Dr. Jerónimo Lacerda)
Número de residentes possíveis	1100
Contexto	Complexo suburbano
Localização	Caramulo, Viseu

Tabela 3 - Quadro de especificações da Estância Sanatorial do Caramulo

O Sanatório de Penhas de Saúde não foi o primeiro, nem o último sanatório construído em terras nacionais, havendo imensos espalhados por todo o território. Não muito longe deste local, encontramos a Serra do Caramulo¹¹³, que no passado era conhecida como a serra de *Alcoba*¹¹⁴. a

¹¹³ A serra já é bastante antiga e passaram lá imensas populações que de uma maneira ou de outra deixaram as suas marcas como os neolíticos, os romanos, os muçulmanos e os mouros. Nesta altura dos mouros Guardão ficou especialmente na memória, porque se situava nas zonas de fronteira das guerras entre os árabes e cristãos. Foi também Guardão que se tornou concelho em 1514 a mando de D. Manuel, e até a sua integração no município de Tondela, assim se manteve. Todas as famílias nestas alturas viviam em habitações construídas com blocos de granito com uma cobertura de colmo ou trilha portuguesa, com um ou mais pisos consoante as possibilidades económicas de cada família. Apesar de nesta altura haver melhores condições de vida neste caso, estas aldeias mantinham-se mais presas ao passado, o mínimo de vias de comunicação, praticamente alimentavam-se daquilo que cultivavam onde o que sobrava seria para vender; sem águas canalizadas, nem eletricidade, ou seja, com o mínimo de condições apenas para sobrevivência. De forma, a tentar alterar um pouco esta vida construiu-se no início do século XX, uma pensão com comércio no rés-do-chão, tentando assim cativar alguns turistas, sendo o famoso "A Mercantil do Caramulo". Sendo estas aldeias ainda "atrasadas" a nível de vivência, a maioria não tinha estudos e era analfabeto, sabendo como as condições médicas e sanitárias funcionavam nesta altura.

uma distância de 25 quilómetros, pertencente ao distrito de Viseu e uma pequena parte ao de Aveiro. Situa-se numa zona estratégica, no centro do triângulo Viseu, Aveiro e Coimbra, cidades com alguma importância e tinha o privilégio de proximidade das vias de acesso. A zona mais alta da montanha encontra-se a 1071 metros acima do nível de água do mar, e com a morfologia do terreno conseguimos usufruir de paisagens belíssimas como o vale de Besteiros, tendo também quase em paralelo a tão conhecida Serra da Estrela. A serra é composta por um zona central granítica e duas laterais de xisto, e a ligação do caminho de ferro a Tondela também ajuda neste fácil acesso a esta zona. Por tudo isto, foi nela que se fundou a Estância Sanatorial do Caramulo. Contrariamente ao Sanatório de Penhas de Saúde que foi elaborado com iniciativa pública, este foi por iniciativa privada, composto por um complexo de estabelecimentos de luta contra a tuberculose e não de apenas um edifício.

O fundador da Estância Sanatorial do Caramulo foi Jerónimo de Lacerda¹¹⁵, infelizmente não é conhecido nenhum tipo de documento feito por ele que possa confirmar ou negar qualquer questão relativa a este estabelecimento ou mesmo a qualquer outra área. Por essa razão, todos aspetos referenciados são análises e conclusões que se foram tirando com o passar dos anos e com alguns conhecimentos que se foram adquirindo. O que é certo, é o impacto que a tuberculose tinha nesta época que levou à construção destes estabelecimentos de luta contra esta doença. Jerónimo sendo um habitante de Tondela, conhecia a serra e os seus “bons ares”, algo positivo para o tratamento da doença e onde existiam já alguns pequenos estabelecimentos destinados a estes doentes. Para iniciar a

¹¹⁴ Alcoba – deriva do árabe com o significado de cúpula, que deverá estar interligada com o aspeto natural dos granitos que lá se encontra.

¹¹⁵ Jerónimo de Lacerda nascido a 14 de Outubro de 1889, em Coimbra. O seu surgimento em Tondela deve-se ao seu pai, que quando finalizou o seu curso foi viver para esta terra, onde trabalhou na sua área como Subdelegado de Saúde, e Jerónimo apesar de viver a sua juventude em Tondela volta a Coimbra para a Faculdade de Medicina licenciando-se na área do seu pai em 1915, fazendo depois também a sua prova de doutoramento. Mas é também nesta altura que se dá a Grande Guerra, sendo Portugal aliado a Grã-Bretanha, onde devido à apreensão dos navios alemães, a Alemanha declara Guerra à Portugal. Com esta confusão Jerónimo vai para Angola, mas por um motivo desconhecido acaba por ir para Flandres. Passando também por França volta a Portugal, voltando a exercer o seu cargo de assistente na Faculdade de Medicina em Coimbra, mas também com algumas atividades clínicas de Tondela. Mas apesar do seu histórico não se consegue perceber o real motivo para a criação da estância.

fundação, antes de mais, visitou¹¹⁶ as já existentes casas de repouso, estudando as condições existentes para assim construir o seu plano. A 18 de janeiro de 1920, teve lugar a primeira reunião com diferentes intervenientes, para discussão desse plano e, foi na sequência da mesma que a 4 de dezembro de 1920 é então criada a Sociedade do Caramulo (SARL). Esta sociedade tomou a iniciativa de construir um hotel e infraestruturas necessárias como as águas e a eletricidade. A 8 de junho de 1922, o Hotel já estava pronto para receber os seus primeiros doentes não tuberculosos, “cujos nomes constam do livro de registos: << Raul Pereira, esposa e criada >> “. Um mês depois já havia registo de quase cinquenta doentes.

Por volta de 1930, Jerónimo de Lacerda faz amizade com Oliveira Salazar, e, na mesma altura começa a fazer muitas viagens a Lisboa. Certamente que tentava manter esta ligação, devido ao internamento dos doentes passar pela decisão do Estado. Esta ligação com Salazar faz com que Jerónimo de Lacerda se torne uma pessoa com alguma importância, principalmente na zona de Lisboa. Foi nesta zona que ele recrutou alguns médicos, para apoiar a estância, não sendo fixos, apenas se deslocavam quando era necessário. A capacidade deste estabelecimento era de 150 camas disponíveis para internamento de doentes. Jerónimo Lacerda cresce não só a nível político, mas também económico, porque, desde o início, estipulou separar a Sociedade do Caramulo que se ocupava das edificações hoteleiras e das suas infraestruturas correspondentes, dos Serviços Clínicos de onde ele seria o Diretor e controlaria também a questão financeira da mesma e esta dava lucro. Jerónimo Lacerda foi comprando as ações desvalorizadas até se tornar o sócio maioritário da sociedade.

Nesta altura, vivia-se uma fase de terror, como referido anteriormente, a tuberculose estava a atacar todo o tipo de pessoas, de qualquer faixa etária, fossem de classe baixa ou alta e, com as guerras a decorrer (Segunda Guerra Mundial e a de Espanha), os doentes com mais posse

¹¹⁶ Pelo que se consta foi nessas mesmas visitas que acabou por conhecer a mulher da sua vida, casando com ela e três meses depois tendo uma menina, ficando a habitar em Tondela e nos anos que se seguiram então começou a conceber o seu plano. Tentando ter apoio de amigos e conhecidos no seu projeto fossem da terra ou da Faculdade de Medicina, explicava o seu projeto e os enérgicos e importância do mesmo.

não se deslocavam para os sanatórios das montanhas espanholas ou suíças, sentiam receio em se deslocarem.

Jerónimo Lacerda, fundador da estância, morre com o que se pensa ter sido um enfarte do miocárdio a 17 de setembro de 1945. Com a sua morte, o filho Abel assume a direção da estância e como homenagem, ao Grande Sanatório seria atribuído o nome do pai.

O registo legal da Comissão de Iniciativa da Estância de Altitude e Repouso foi criado em 1921 e, na sua primeira reunião aplicaram uma percentagem de taxa de turismo, de forma a que, com essa taxa, se pudesse ter financiamento para responder às necessidades dos hóspedes, como telefone público, parques verdes, vias pedonais e para automóveis. Desta forma, os hóspedes conseguiam comunicar com o “exterior” da serra, ter acesso às belíssimas paisagens, poder usufruir das mesmas e ter contacto também com a natureza.

O Grande Hotel era um edifício com três pisos e águas-furtadas, dividido num corpo central e dois laterais, com o acesso a galerias exteriores para maior contacto com a natureza do local. Inicialmente, todo o acesso a este edifício era feito a pé ou por tração animal, mas tarde, surgiram as primeiras vias e os primeiros automóveis. Havia, também, conhecimentos sobre os lençóis freáticos da Serra e a Sociedade do Caramulo aproveitava as mesmas para a “captação e uma rede de distribuição para toda a Estância, ficando assim com o exclusivo do abastecimento de águas aos sanatórios e às casas portuguesas”¹¹⁷. Com o hotel surgiram a energia elétrica e os esgotos, seguidos de uma zona de tratamento de lixos e, mais tarde, de recuperação das águas contaminadas, sendo considerado talvez o “primeiro sistema de saneamento básico realizado em Portugal”¹¹⁸.

Foram instaladas mais infraestruturas necessárias como a lavandaria, toda mecanizada, para haver o máximo de cuidado e higiene possível, com receio das contaminações. Quando se instalou a rede de telefones, seguiu-se, também, a estação de meteorologia que enviava informações climatéricas para a capital. Devido ao autoabastecimento surgiram as infraestruturas necessárias para o tratamento dos animais e dos seus

¹¹⁷ António José de Barros Veloso, *Caramulo: Ascensão e Queda de uma Estância de Tuberculosos*. (Lisboa: *By The Book*, Segunda Edição, 2010), 48

¹¹⁸ *Ibid.*, 48

derivados. Durante o ano de 1920, o Grande Hotel do Caramulo, do arquiteto Álvaro Miranda, era construído e seria inaugurado a 8 de junho de 1922. Surgem, de seguida, outros edifícios de diferentes autores, como a casa de saúde de Nossa Senhora da Conceição ou Pensão do Alto; A Casa de Saúde / Pensão Rebelo ou do Parque; o Hotel Montanha; o Hotel Central; o Hotel Coimbra, o Sanatório Dr. Monteiro de Carvalho ou Augusto Gomes e o Sanatório Lusitano ou dos Soldados. Com estes novos edifícios, a estância foi classificada como Estância de Altitude e Repouso a 14 de março 1923. Para facilitar os acessos e cativar mais clientes a ligação com Tondela foi melhorada. A partir de 1930 surgem os correios, a mortuária e o cemitério, a capela da Nossa Senhora da Esperança, uma Escola Primária e o posto da GNR. Nunca esquecendo o papel dos serviços florestais que contribuíram para uma floresta ainda mais rara, com espécies diferenciadas. A Junta do Turismo do Caramulo foi um aparecimento de extrema importância devido ao facto de só existir mais uma. O grande Sanatório para responder às exigências clínicas daquela altura tinha que conter laboratório, bloco operatório, serviços de radiologia, consultórios de estomatologia, zona de esterilização de louças e a farmácia.¹¹⁹

Claro que um ambiente médico-hospitalar, tal como a própria nomenclatura indica, e como já referimos, é um sítio de tristeza por imensos motivos, sinal da falta de saúde, o estar separado dos entes queridos e não saber se se voltam a ver e o abandono da sua vida, do seu dia-a-dia, gerando assim ambientes depressivos, de angústia, de melancolia, de falta de esperança levando a uma fraca autoestima.

Qualquer atividade ou mudança na rotina ajuda a animar, porque o futuro, eles não o conseguem prever e desta vida “em cativeiro” nasceram muitos casos de paixões escaldantes. Para colmatar estas questões, Jerónimo de Lacerda criou zonas de lazer, um parque ajardinado com pequenas grutas com ambientes de paixão e romance e outros espaços como bibliotecas, salas de jogos, zonas de projeção de filmes atuais, acabando por construir um cineteatro devido à evolução constante desta área artística. Nos casos positivos de doentes tuberculosos, por gostarem tanto do Jerónimo de

¹¹⁹ António José de Barros Veloso, *Caramulo: Ascensão e Queda de uma Estância de Tuberculosos*. (Lisboa: *By The Book*, Segunda Edição, 2010), 52

Lacerda e vice-versa, acabavam por ficar a usufruir dos espaços depois de curados, a trabalhar na estância mesmo que não tivessem estudos universitários, arranjava-se uma tarefa que pudessem exercer.

Com a passagem do tempo, a estância foi-se desenvolvendo e afastando a construção dos sanatórios do aglomerado rural, isto para evitar contágio. Devido ao grande crescimento e aos diversos turistas, houve necessidade de alargar os horizontes, ou seja, o grande hotel passou a existir como sanatório (Grande Hotel Sanatório) e a partir dessa altura só se construíam sanatórios. Em 1926, surge o Sanatório de Marinha ou de Santa Maria, reservado aos militares tuberculosos. Esta estância tinha dupla função, o tratamento e o turismo, havendo necessidade de atrações para entreter os doentes e cativar, também, os turistas. Muitos debates se realizaram tendo como tema esta estância, porque se dizia que não cumpria certas exigências e que deveria ser só estância de cura e não também de turismo, ou seja, só deviam ser admitidos doentes.

Outro nome que já referimos anteriormente, o do Dr. Lopo de Carvalho. Este tinha proposto um plano de estabelecimentos de luta contra a tuberculose pelo país, onde o Caramulo não aparece, “por se tratar de uma iniciativa privada e porque a sua proposta não seria compatível com a criação de uma grande Estância Sanatorial onde se concentrasse uma grande percentagem da capacidade de apoio aos tuberculosos no país, como se veio a tornar a Estância do Caramulo”¹²⁰. Porém, o interesse do Estado por esta estância surge devido à vertente turística que o Caramulo apresentava.

Convém referir alguns dos arquitetos conhecidos pelo facto de terem participado na concretização deste projeto, além de Álvaro Miranda, houve um arquiteto com o apelido Varela que se encarregou da construção de alguns dos chalés e o Pardal Monteiro que foi o arquiteto do Sanatório Infantil. Temos, também o Alberto Cruz com os edifícios do Museu de Arte e da Pousada; Jorge Campos com uma moradia e um pequeno sanatório, a casa de Saúde dos Castanheiros é de Luís Possolo, estudante de

¹²⁰ Marisa Castro. *Estância Sanatorial do Caramulo da génese ao Plano de Urbanização de Janeiro Godinho*. (Porto: Prova Final Licenciatura em Arquitetura. Faculdade de Arquitetura da Universidade do Porto, 2007), 59

arquitetura. Não podemos esquecer o mestre-de-obra, Ferreira Araújo, que poderá ter contribuído nos primeiros projetos de arquitetura.¹²¹

Ao longo do Estado Novo uma das figuras que preconizou o estilo “casa à portuguesa” foi Raul Lino¹²² que combatia “o cosmopolitismo dos outros arquitetos”¹²³. Esta arquitetura de cariz nacional, com o intuito de se centrar nas necessidades regionais de forma rural era defendida por alguns arquitetos modernos. De certa forma, os arquitetos ou outros profissionais da área queriam uma identidade nacional. Nesta estância temos aspetos estruturais, cópias de azulejos barrocos e neoclássicos, chaminés e granitos à vista que comprovam este tipo de arquitetura. Além desta, encontramos a *Art Déco* nos sanatórios de três ou mais pisos, que continham galerias exteriores orientadas para nascente, também aparece noutros edifícios como a Capela da Nossa Senhora da Esperança e em alguns chalés. Esta estância foi construída em paralelo com o Sanatório de Penhas de Saúde, fazendo com que ambos os casos de estudo tenham aspetos tanto da “Casa Portuguesa” como da *Art Déco*.

Na Estância Sanatorial do Caramulo, os edifícios apresentavam as influências estrangeiras do conhecimento do diretor devido às suas viagens. Os conhecimentos dos métodos terapêuticos faziam com que arquitetos, engenheiros e urbanistas concretizassem os projetos com algum cuidado. A estância tinha, deste modo, interligação com ciências, engenharia, urbanismo e arquitetura.

*

Analisando assim o projeto a nível arquitetónico a estância do Caramulo era constituída por 22 estabelecimentos, com capacidade para 1100 doentes, sendo, como já foi referido, uma iniciativa privada. Situada a uma altitude de 800 metros era, também, a que possuía um maior número de

¹²¹ Marisa Castro. *Estância Sanatorial do Caramulo da génese ao Plano de Urbanização de Januário Godinho*. (Porto: Prova Final Licenciatura em Arquitetura. Faculdade de Arquitetura da Universidade do Porto, 2007), 66

¹²² Nascido em Lisboa a 21 de novembro de 1879, sendo um arquiteto português, que foi também uma figura de importância por articular a tradição portuguesa com as inovadoras correntes europeias, sendo também autor do Sanatório Sousa Martins.

¹²³ Nuno Paulo Soares Ferreira. A “Casa Portuguesa” na arquitetura habitacional do Porto na primeira metade do século XX. (5ª Jornada de História da Arquitetura Portuguesa. Doutoramento em História da Arte Portuguesa, Faculdade de Letras da Universidade do Porto; Fundação para a Ciência e Tecnologia. Centro de Investigação Transdisciplinar “Cultura, Espaço e Memória”), 1 <http://historiadaarquitecturaportuguesa.weebly.com/uploads/2/5/9/2/25925448/nuno_ferreira.pdf>

estabelecimentos sanatoriais. Esta estância foi erguida numa zona fora de nevoeiros com “uma exposição privilegiada a nascente e sul”¹²⁴ e com a Serra da Estrela a Este. A Serra do Caramulo começou a ser vista como uma zona de bons ares na mesma altura que Sousa Martins organiza a expedição à Serra Da Estrela, e com a intensificação da tuberculose, o Caramulo fica como uma alternativa. Ainda assim, começa logo a ser procurada por doentes que ficavam em pequenas casas de madeira e é então em 1916 que surge a primeira pensão “dirigida pelo Conrado Wissman e posteriormente, Joaquim A. d’Almeida”¹²⁵. Derivado a estar também doente “mandou construir dois *chalés* que vieram a formar o Hotel Montanha”¹²⁶. Estes espaços não seguiam nenhum programa de cura, nem tinham condições necessárias para isso, só quando surge Jerónimo Lacerda com o seu projeto criando a Estância de Luxo de Altitude e Repouso a 14 de março de 1923. Com a entrada do Estado Novo nos anos 30 tornou-se definitivamente a Estância Sanatorial. Esta mudança verificou-se assim que o Grande Hotel Sanatório passou para Grande Sanatório do Caramulo. A partir de 1938 estavam a ser construídos, remodelados seis sanatórios, o Sanatório do Exército (Salazar); o Sanatório da Montanha (1940) sendo o antigo Hotel Montanha (1920); Sanatório Serra; Sanatório Boa Esperança; Sanatório Sameiro; Pavilhão Cirúrgico e por fim um, ainda em projeto, o Sanatório Infantil Dr. Manuel Taipa. Como se fala de um conjunto de vários edifícios teve que se ter em conta os percursos e com isto o planeamento urbano (Figura 28), logo, são as próprias ruas que fazem a ligação da natureza com o edificado.

¹²⁴ Marisa Castro. *Estância Sanatorial do Caramulo da génese ao Plano de Urbanização de Januário Godinho*. (Porto: Prova Final Licenciatura em Arquitetura. Faculdade de Arquitetura da Universidade do Porto, 2007), 37

¹²⁵ *Ibid.*, 41

¹²⁶ *Ibid.*, 41



LEGENDA:

- | | |
|---|--|
| 1 – Grande Sanatório do Caramulo | 13 – Sanatório Salazar |
| 2 – Sanatório Montanha | 14 – Sanatório Pedras Soltas |
| 3 – Sanatório Central | 15 – Pavilhão Cirúrgico |
| 4 – Sanatório Bela Vista | 16 – Sanatório Infantil Dr. Manuel Tápia |
| 5 – Sanatório Dr. Monteiro de Carvalho | 17 – Pensão Guedes |
| 6 – Sanatório Lusitano ou dos Soldados | 18 – Casa de Saúde Nossa Sr. ^a da Conceição |
| 7 – Sanatório da Marinha ou Santa Maria | 19 – Casa de Saúde / Pensão Rebelo |
| 8 – Sanatório Palma ou do Caramulo | 20 – Pensão Bernardos |
| 9 – Sanatório Senhora da Saúde | 21 – Casa de Saúde St ^a Maria da Batalha |
| 10 – Sanatório Serra | 22 – Pensão Mercantil |
| 11 – Sanatório Boa Esperança | 23 – Parque |
| 12 – Sanatório do Sameiro | 24 – Miradouro com fonte, bancos e mesa |

Figura 28 – Plano da Estância Sanatorial do Caramulo, com marcação dos estabelecimentos de cura, hospedagem, equipamentos e os espaços e percursos de relação com os mesmos.

Seguindo as curvas da topografia, para não haver diferenças de cotas muito bruscas, os passeios não são elaborados com esforço. Com este percurso cativa-se para o passeio e com os alargamentos obtêm-se

espaços de miradouros, para aproveitar a vista e a paisagem, podendo ser ainda zonas de paragem, de descanso e para recuperar o folgo. Desta forma, tem-se acesso a todos os edifícios e jardins, e a toda a paisagem e ar puro. Ao iniciar o percurso, encontramos primeiro o Grande Sanatório do Caramulo que era composto não só pelo que era exigido, como os quartos, as galerias de cura, como já vimos no Sanatório de Penhas de Saúde, mas também por uma sala de cinema de 300 lugares e máquina de proteção, bibliotecas, sala de jogos e sala de festas, usados não só pelos doentes deste sanatório como também dos outros. Este era considerado o sanatório principal logo todos os outros estabelecimentos tinham ruas de ligação a este.

Para além das extensões no Grande Hotel, que permitiram a adição de uma biblioteca, de um auditório "onde passavam os filmes da Greta Garbo", dos salões de jogos e do centro do radiodifusor Clube dos Pinguins, foram ainda reservados lotes que marcavam a frente do Grande Hotel para a construção do futuro Parque do Caramulo.¹²⁷

Além das ruas e miradouros, mesmo em frente ao Grande Sanatório existe uma pérgola, com umas paredes de granito de grande dimensão e uma cobertura, de forma a ser uma varanda de contemplação da Serra da Estrela. Isto demonstra como o Estado valorizava a natureza devido não só à *cura do ar*, mas também por questões turísticas.

Sendo um conjunto de vários Sanatórios, a informação gráfica arquitetónica é escassa, o que se torna difícil perceber como era o programa de todos os santórios, focar-nos-emos no grande Sanatório. Como já vimos a construção da Estância situa-se desde 1920 a 1940, e tal como o Sanatório Penhas de Saúde coincide com o regime salazarista e com todas as transformações que estavam a acontecer, quer a nível construtivo, como a nível arquitetónico. A ideia da arquitetura funcionalista, com o betão e o ferro, com exposição solar para melhor higiene e controlo de epidemias, levou a uma estrutura muito geométrica de linhas retas, telhados em forma de terraços e as grandes varandas. Logicamente que

¹²⁷ Catarina Antunes Coimbra. Dinâmicas de uma arquitetura heliotrópica. Reabilitação e reconversão do Sanatório Dr. Jerónimo Lacerda em Casa D'Artes do Caramulo. (Lisboa: Dissertação e projeto final de Mestrado Integrado em Arquitetura, 2014), 29

as galerias de cura não podiam faltar e os edifícios eram sempre constituídos por 3 ou mais pisos. Uma diferença visível do Sanatório de Penhas de Saúde para o Grande Sanatório do Caramulo ou também conhecido como Sanatório Dr. Jerónimo Lacerda, é a forma da planta, como já referimos no caso de estudo anterior, aconselhavam as formas de “V” e “Y” tendo sido usada a V, neste caso optou-se pela Y (Figura 29). Mas, se pensarmos em planta retangular temos um corpo central com dois volumes laterais.

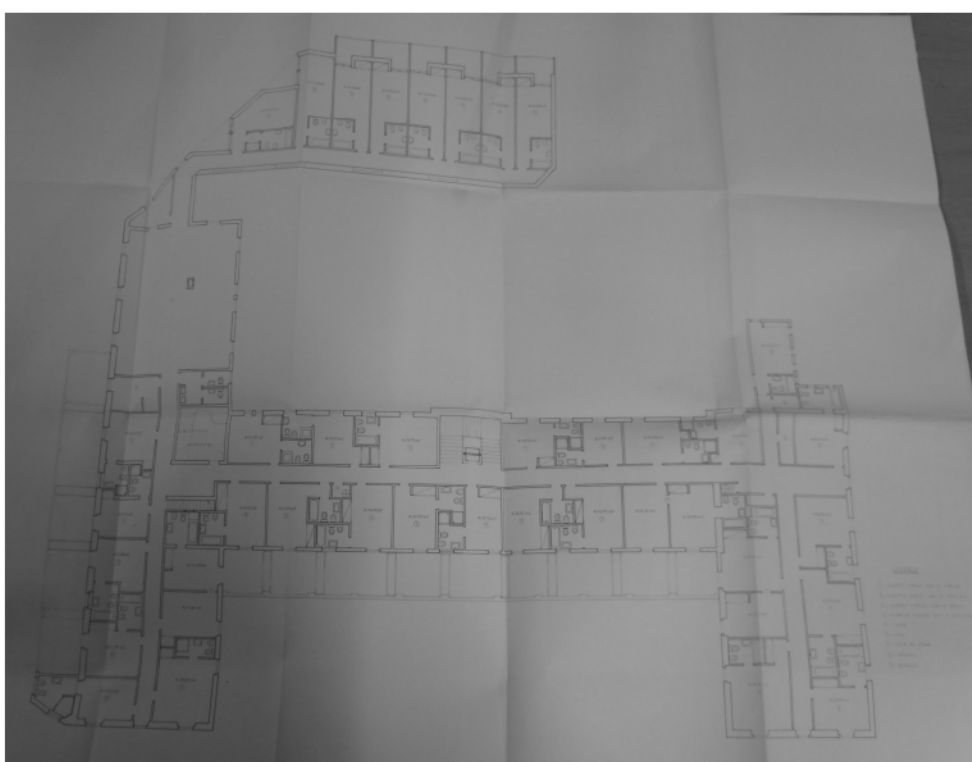


Figura 29 – Foto da planta (?) do Sanatório Dr. Jerónimo Lacerda – sem escala / provável expansão)

Apesar do formato da planta ser diferente, o conteúdo mantém-se, pois são construídos na mesma época, sob as mesmas influências e tendo contacto com as mesmas figuras marcantes. Uma dessas personalidades foi Raul Lino e a sua influência no Caramulo é o já referido granito à vista, como o beiral, a chaminé e o alpendre, no interior e nas ruas encontramos os azulejos decorativos, cerâmico pintado. De certa forma, conseguimos encontrar nesta estância o carácter local influenciado por todas estas

inovações e estilos que resultaram em vários edifícios modernos da época (Figura 30, 31, 32 e 33).



Figura 30 – Sanatório Boa Esperança, Bilhete Postal



*Figura 31 – Pavilhão Cirúrgico, Bilhete Postal
(Fonte: Foto própria, documento cedido pelo Museu do Caramulo)*



*Figura 32 – Sanatório Sameiro, Bilhete Postal
(Fonte: Foto própria, documento cedido pelo Museu do Caramulo)*



Figura 33 – Sanatório Infantil, Bilhete Postal

O Sanatório Dr. Jerónimo Lacerda foi projetado pelo arquiteto Álvaro Pinto de Miranda em 1920, porém não se encontra quase informação nenhuma sobre ele, ou sobre o projeto original. As representações gráficas a que houve acesso não mostravam datas e tinham, já, um aspeto um pouco degradado. O que se sabe deste sanatório é o que se vê nas fotografias antigas (Figura 34 e 35).



Figura 34 – Fotografia do Sanatório Dr. Jerónimo Lacerda / Grande Sanatório do Caramulo



Figura 35 - Fotografia do Sanatório Dr. Jerónimo Lacerda / Grande Sanatório do Caramulo

Tal como na Covilhã houve necessidade de aumento, mas neste caso houve mesmo expansão do edifício e reformulação da estética, principalmente por ser o principal sanatório - o central (Figura 36).



Figura 36 - Fotografia do Sanatório Dr. Jerónimo Lacerda / Grande Sanatório do Caramulo

Com esta expansão a planta em vez de ser um corpo central com dois laterais, acresce dois corpos posteriores, “acrescentado à área espaçosa e iluminada das cozinhas, as arrecadações e a nordeste o espaço do auditório, proporcionando um maior número de quartos nas áreas subjacentes”¹²⁸. Ele é composto pelos dois métodos de tratamento de helioterapia, ou sejam, galerias e solário. O programa é composto por um átrio de entrada, no piso de rés-do-chão, onde vemos todos os acessos, com os serviços administrativos e as áreas de atendimento de carisma público. Ainda neste piso temos os gabinetes médicos e os laboratórios. No piso 1, temos também um átrio com os acessos, mas ao comprido de uma galeria longitudinal do lado interior com os quartos e as enfermarias e do outro lado, temos as refeições e a cozinha. Nos outros dois pisos, estão os quartos com as casas de banhos privadas, que se repetiam “na mesma métrica pontuando a fachada pelos vãos de acesso às galerias exteriores que se sobrepõem verticalmente dominando o alçado principal voltado ao

¹²⁸ Catarina Antunes Coimbra. Dinâmicas de uma arquitetura heliotrópica. Reabilitação e reconversão do Sanatório Dr. Jerónimo Lacerda em Casa D’Artes do Caramulo. (Lisboa: Dissertação e projeto final de Mestrado Integrado em Arquitetura, 2014), 40

vale de Besteiros, imagem identitária da arquitetura sanatorial, visto que o sol era o princípio ordenador do modelo sanatorial¹²⁹. Cada quarto com as casas de banho privadas explicam a preocupação de mais espaço pessoal e a generosidade em dar mais área a cada utente. Desta forma, encontram-se algumas semelhanças de programa com o sanatório analisado anteriormente, apesar de não seguir a mesma organização, tendo em comum precisamente a preocupação com o sol e a paisagem. Neste sanatório nas galerias viam-se mobiliários próprios para os doentes se deitarem e usufruírem do ar, com opções arquitetónicas como as madeiras e os azulejos tanto interiores como exteriores, e ainda víamos as guardas metálicas com caixilharias em madeira (Fugira 37 e 38).



Figura 37 - Fotografia das galerias originais do Sanatório Dr. Jerónimo Lacerda / Grande Sanatório do Caramulo

¹²⁹ Catarina Antunes Coimbra. Dinâmicas de uma arquitetura heliotrópica. Reabilitação e reconversão do Sanatório Dr. Jerónimo Lacerda em Casa D'Artes do Caramulo. (Lisboa: Dissertação e projeto final de Mestrado Integrado em Arquitetura, 2014), 40



Figura 38 - Fotografia das galerias após a primeira fase de expansão do Sanatório Dr. Jerónimo Lacerda / Grande Sanatório do Caramulo

Como vemos nas fotografias, as galerias (como já referido anteriormente) eram as zonas de repouso e *cura pelo ar*, podendo os utentes aproveitar a belíssima paisagem

Do ponto de vista construtivo, o edifício combinava a alvenaria de granito e alvenaria de tijolo de burro para o preenchimento das paredes exteriores, com paredes interiores em tabique, uma técnica tradicional também conhecida por taipa de fasquio, taipa de sapato, pau a pique, taipa de rodizio, entre outras denominações. Este método construtivo consiste numa estrutura portante em madeira que se interliga por uma trama menor, também ela em madeira, gerando um engradado que é preenchido por terra argilosa e fibras. Este sistema era comumente limitado pelos pilares principais, vigas e lajes em madeira e caracterizava-se por ser extremamente ecológico e de elevada racionalização energética.¹³⁰

Conseguimos perceber o uso dos materiais tradicionais, como a madeira, surgindo também o granito. Como cobertura eram, inicialmente, usadas

¹³⁰ Catarina Antunes Coimbra. Dinâmicas de uma arquitetura heliotrópica. Reabilitação e reconversão do Sanatório Dr. Jerónimo Lacerda em Casa D'Artes do Caramulo. (Lisboa: Dissertação e projeto final de Mestrado Integrado em Arquitetura, 2014), 42

estruturas de madeira com telha em canudo que foram substituídas por telhas de fibrocimento. Apesar de todo o cuidado na construção do sanatório, que deverá ter acontecido também em toda a estância, o motivo de encerramento é o mesmo que o de Penhas de Saúde. O avanço realizado na medicina e com o programa Nacional de Vacinação, os utentes começaram a diminuir e, não havendo justificação para se manter a estância em funcionamento, o último sanatório foi encerrado em 1986. Tendo encerrado o último sanatório mais tarde do que o Sanatório de Penhas de Saúde (1969), ainda admitiram doentes reencaminhados por este sanatório.

Temos dois exemplos nacionais da mesma época, organizados de maneira diferente, isto é, temos o Sanatório de Penhas de Saúde aberto por iniciativa pública, sendo apenas composto por um estabelecimento, enquanto que a Estância Sanatorial do Caramulo foi de iniciativa privada, mas era constituído por um conjunto de vários edifícios como arma de luta contra a tuberculose, mesmo que não fossem todos sanatórios.

Outros exemplos nacionais haveriam a referir. No entanto, passaremos, agora, para análises internacionais, da mesma época, para tentar perceber as semelhanças e as diferenças existentes, mas também se a luta contra a tuberculose funcionava de forma equiparada em diferentes países.

*

SANATÓRIO ZONNESTRAAL

Tipo de Edifício	Sanatório
Estrutura da propriedade	Público
Arquitetura / Planeamento	Jan Duiker e Bernard Bijvoet
Forma do edifício	Cooperativa Stelan Fonds
Numero de edifícios	Irregular
Número de unidades	1 edifício principal, 2 pavilhões (50 quartos)
Primeira Ocupação	1928
Área total construída m ²	—
Área total de zona específica m ²	Sala 9 m ²
Pisos	2
Número de residentes possíveis	128
Contexto	Suburbano
Localização	Hilversum, Holanda

Tabela 4 - Quadro de especificações do Sanatório Zonnestraal

O Sanatório Zonnestraal foi construído, em 1928, em Loosdrechtse Bos, Hilversum na Holanda, projetado por Johannes Duiker com o seu parceiro Bernard Bijvoet e o engenheiro Jan Gerko Wiebenga. Este sanatório tinha como objetivo apenas a reabilitação dos doentes, porém, acabou por se tornar o local dos tuberculosos devido ao enorme aumento de doentes. No ano de 1905, o secretário do Sindicato dos trabalhadores e Diamante, propõe a criação de uma fundação para a construção de um estabelecimento sanatorial, de forma a ser usado pelos trabalhadores de Diamante afetados pela tuberculose. Estes trabalhadores respiravam o ar ao polir os diamantes, o que era um dos motivos que levava às infeções pulmonares e conseqüentemente à tuberculose, pois as partículas inaladas, que se soltavam do resultado do polimento eram perigosas. Começamos a verificar a luta coletiva de trabalhadores contra o assassino mais famoso dos seus dias - a tuberculose, assim como a luta contra as condições sociais dos trabalhos que executam no seu dia-a-dia, pois

tinham um modo de vida completamente precário.¹³¹ Estes trabalhadores com falta de higiene, pobres e alimentações mínimas, acabavam por abarcar os fatores que levavam à tuberculose. Por estas razões, a exigência de maior penetração de ar solar e ar fresco nas habitações sociais, como há nos sanatórios de moradias, era imposta. Obviamente que, este movimento através do sindicato dos trabalhadores de diamante não foi o único que reconheceu a importância da arquitetura para melhorar as condições sociais. Em 1920, surgiu um grupo de arquitetos que se implicaram com o efeito positivo da arquitetura sobre a sociedade, como um todo. Esta nova arquitetura tinha como base o papel do arquiteto em fazer uma sociedade melhor, com uma estética mais simples sem ornamentos, aproveitando a estética do próprio material, aceitando as coisas como elas são. Esta cooperativa recolheu o dinheiro através das sobras de cobre dos polimentos dos diamantes acabando por se conseguir adquirir em 1919 o terreno para o sanatório. Terreno esse composto por duas áreas distintas onde a primeira é um denso e sombrio bosque e a outra uma extensão de urze¹³², exposta ao ar e ao sol. A construção acabou por ser adiada, por falta de dinheiro, devido à enorme depressão vivida nessa altura, que era de híper aflição e com tudo a fechar. O sindicato, quando pediu a construção de um Sanatório, fê-lo ao arquiteto Hendrik Petrus Berlage¹³³, que não aceitou por ter outro compromisso que lhe ocupava toda a agenda, recomendando, assim, os dois arquitetos mencionados como autores do projeto. Estes arquitetos foram recomendados devido a um projeto elaborado na Academia Estadual das Belas Artes de Amesterdão e cujo presidente ficou surpreendido, e, deste modo, convencido. Apesar de ficarem encarregues do projeto, tinham o apoio de um comité constituído por vários médicos, o próprio Berlage, mas as razões desta decisão não são muito claras. Evidentemente que houve necessidade de apoio, e, em 1925, foi fundada a Associação Zonnestraal para unir vários interesses, uma das condições era o serem admitidos doentes para além dos trabalhadores. Com um empréstimo bancário conseguiu-se o aumento económico necessário e em 1928, o sanatório

¹³¹ DUIKER. De Back, Aimee, and S. Berndsen and C. Berns. *A Space of Their Own: The Servants' House by J. Duiker at Zonnestraal Sanatorium*. (Rotterdam, 1996)

¹³² Urze é o nome que se dá a diversas plantas da família Ericaceae, como os géneros Erica e Calluna.

¹³³ Nascido a 12 de Fevereiro de 1856 em Amsterdão, sendo um arquiteto e urbanista neerlandês

abriu as portas do edifício principal e do pavilhão *Henri ter Meulen*. O pavilhão de Dressehuys ainda estava em armação de concreto. Neste complexo (Figura 39) tínhamos um espírito genuíno de comunidade, com uma atmosfera agradável, resultado das diferentes atividades que se elaboravam como teatros, filmes, ou outros, que apoiassem o desenvolvimento dos pacientes. Não se sabe se Berlage gostou do resultado, porque a conceção dos arquitetos tinha mudado, passando a deixar de fora o ar pesado dos tijolos, optando por algo mais leve - uma arquitetura moderna. Este monumento foi nomeado para a inclusão no registo dos monumentos da UNESCO em 1995, devido à sua relação entre design e necessidades do usuário. Apesar de Duiker achar que a arquitetura não devia ser vista como um património, se um edifício é construído ligando a função e a economia para o tornar eficiente, com o passar do tempo, isso deixa de acontecer, não fazendo sentido a conservação.¹³⁴



Figura 39 – Foto dos três edifícios do Sanatório Zonnestraal

*

¹³⁴ DUIKER. De Back, Aimee, and S. Berndsen and C. Berns. *A Space of Their Own: The Servants' House by J. Duiker at Zonnestraal Sanatorium*. (Rotterdam, 1996)

Este é um dos monumentos mais importantes do período moderno, como também do século XX, devido precisamente ao uso das novas técnicas de construção, falando-se aqui do uso da pré-fabricação dos elementos estruturais ou do estreitamento dos elementos de betão armado. A sua estrutura foi pensada para durar um período de 30 anos aproximadamente, que era até quando se previa a cura da tuberculose. A impressão de esbeltez do edifício era reforçada pela saliência projetada do telhado e do soalho. Neste edifício percebíamos leveza e horizontalidade, que eram acentuados por dois elementos verticais, a chaminé e o cilindro das escadas.

Este sanatório comporta uma casa principal e dois pavilhões de pacientes, sendo o pavilhão Henri ter Meulen e o pavilhão Dresselhuys. O centro do local de 120 hectares é o edifício principal e em ambos os lados estão os pavilhões. A sua implantação foi pensada conforme a exposição solar e a paisagem, tal como, aconteceu nos casos nacionais, “As decisões e formas decorrentes da análise do programa são moduladas e estão em conformidade com uma geometria rígida que define a forma do projeto, na qual o módulo mínimo é o da sala, um bloco de 3 metros de lado”¹³⁵. Os módulos permitiam realizar diferentes planos e o aproveitar da luz solar para iluminação dos espaços interiores, foi um dos pontos de maior interesse, tanto que todos os quartos estão orientados para sul.

O agrupamento de 12 salas constitui um módulo superior: a unidade dos doentes. O prédio residencial consiste em quatro unidades de pacientes, 48 salas, organizadas em torno de uma sala de reuniões. Por outro lado, quatro edifícios de pacientes bem-dispostos, juntamente com o edifício principal com os serviços comuns, definem finalmente o Sanatório de Zonnestraal com 192 quartos em sua penúltima proposta.¹³⁶

Os edifícios abrigavam 128 utentes, e havia uma previsão de aumento de mais dois pavilhões que nunca chegaram a ser realizados, pois, apesar do uso mínimo de materiais, dos custos reduzidos, diminuindo o investimento financeiro, não foi o suficiente (Figura 40). O edifício principal do complexo era aquele que continha as instalações gerais (Figura 41).

¹³⁵ Cecilia Ruiloba Quecedo. El Sanatorio de Zonnestraal: Origen y desarrollo del proyecto. (Cuadernos de Notas 15-2014

< <http://polired.upm.es/index.php/cuadernodenotas/article/view/2954>>, 13

¹³⁶ *ibid.*, 13

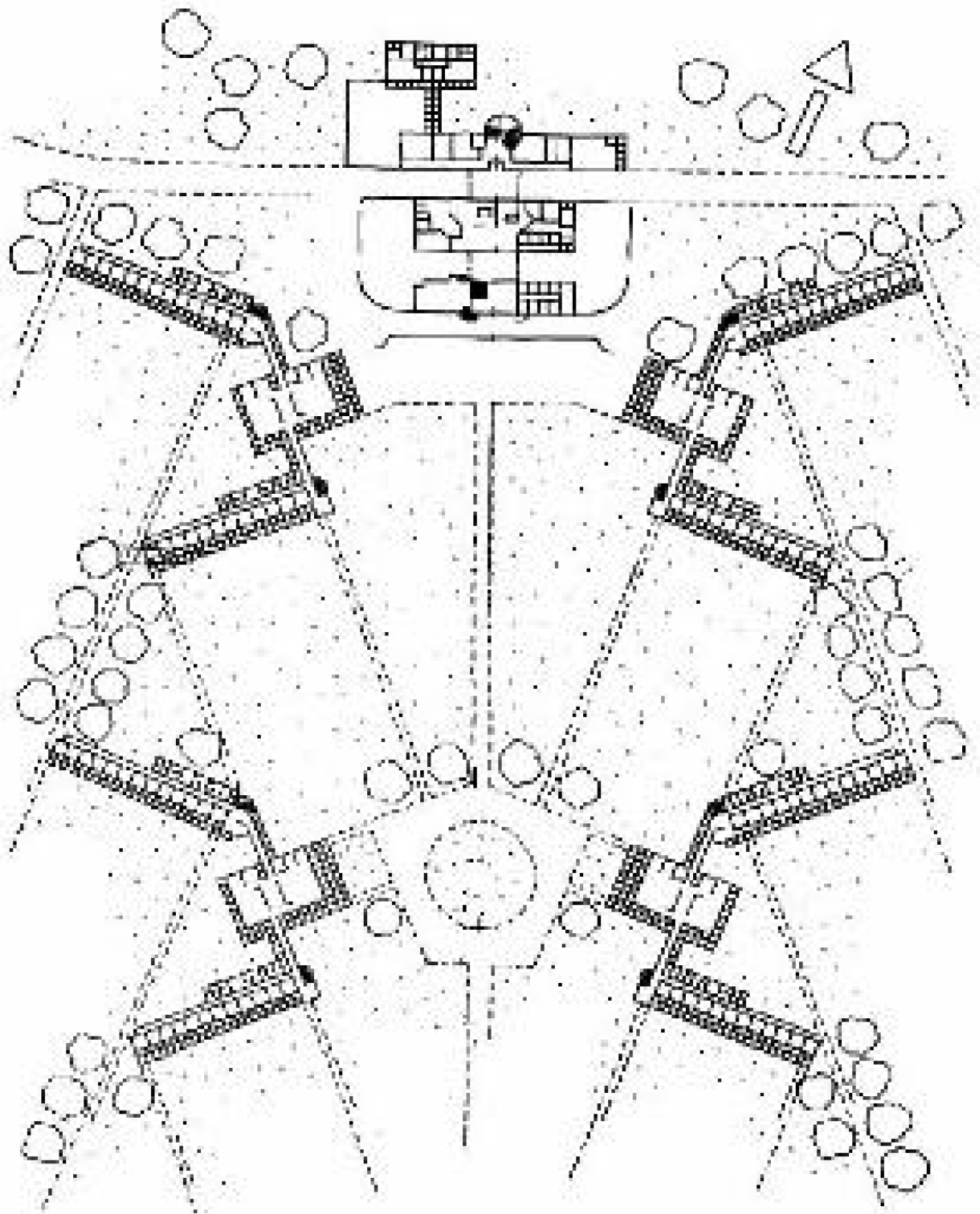


Figura 40 – Planta proposta rés-do-chão do complexo do Sanatório Zonnestraal

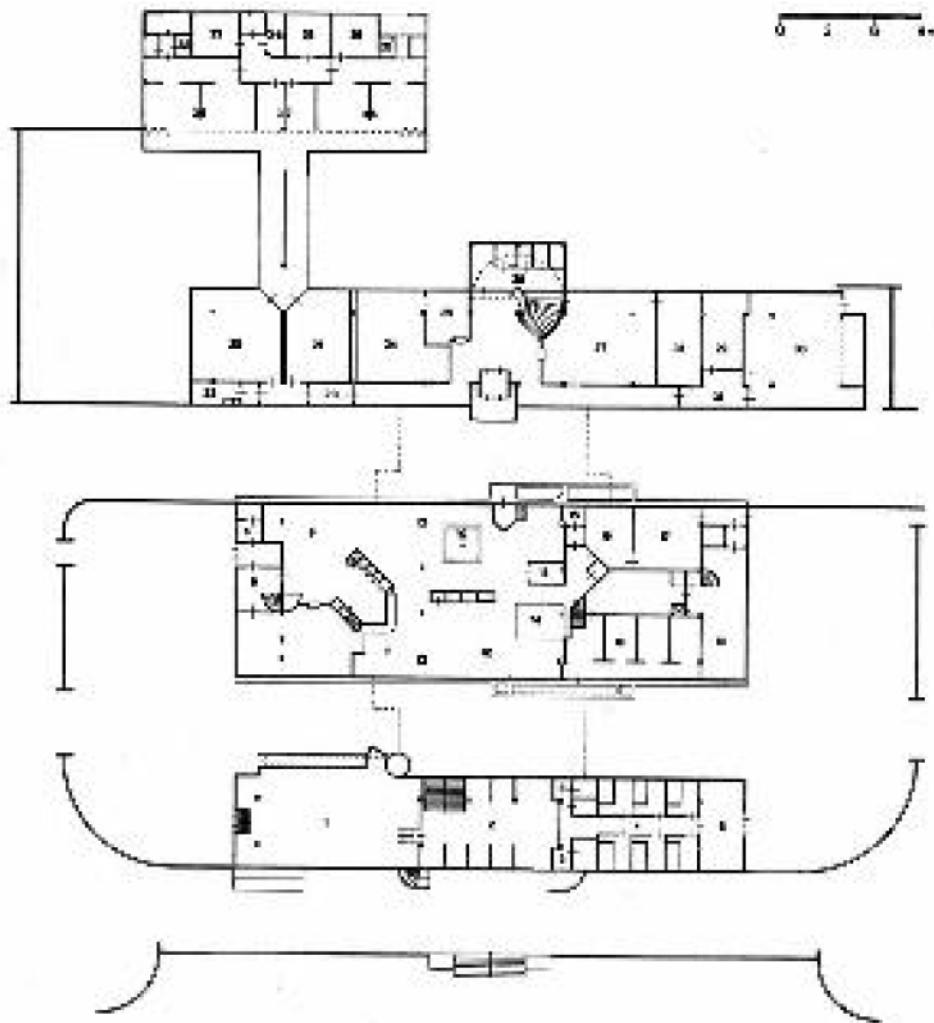


Figura 41 – Planta rés-do-chão do edifício principal do Sanatório Zonnestraal

Sendo composto por três blocos, no piso do rés do chão, num dos blocos, estava a grande cozinha e armazenamento (bloco central), no bloco norte, as instalações médicas, a gestão médico-hospitalar e a entrada. No bloco sul, a lavandaria e a casa da caldeira e no andar de cima, havia uma cruciforme sala de jantar com uma vista do jardim de 360°, ou seja, este edifício continha os locais de convivência, tratamento e diagnóstico. Para acesso à sala de jantar, tínhamos uma escadaria no lado sul. Os pavilhões eram compostos por um volume central mais elevado para serviços, com umas escadas em caracol de betão armado, com grandes janelas, tendo um “vidro cilíndrico”. Têm ainda mais duas alas, de dois andares, com uma rotação de 45° em relação um ao outro, de forma a ter-se uma boa

visualização das paisagens e também ao aproveitamento solar, conseguindo incidir no interior tanto de manhã como de tarde (Figura 42). Isto consegue-se devido ao cuidado de estudo e da projeção da implantação (Figura 43).



Figura 42 – Foto do Sanatório Zonnestraal, 1928

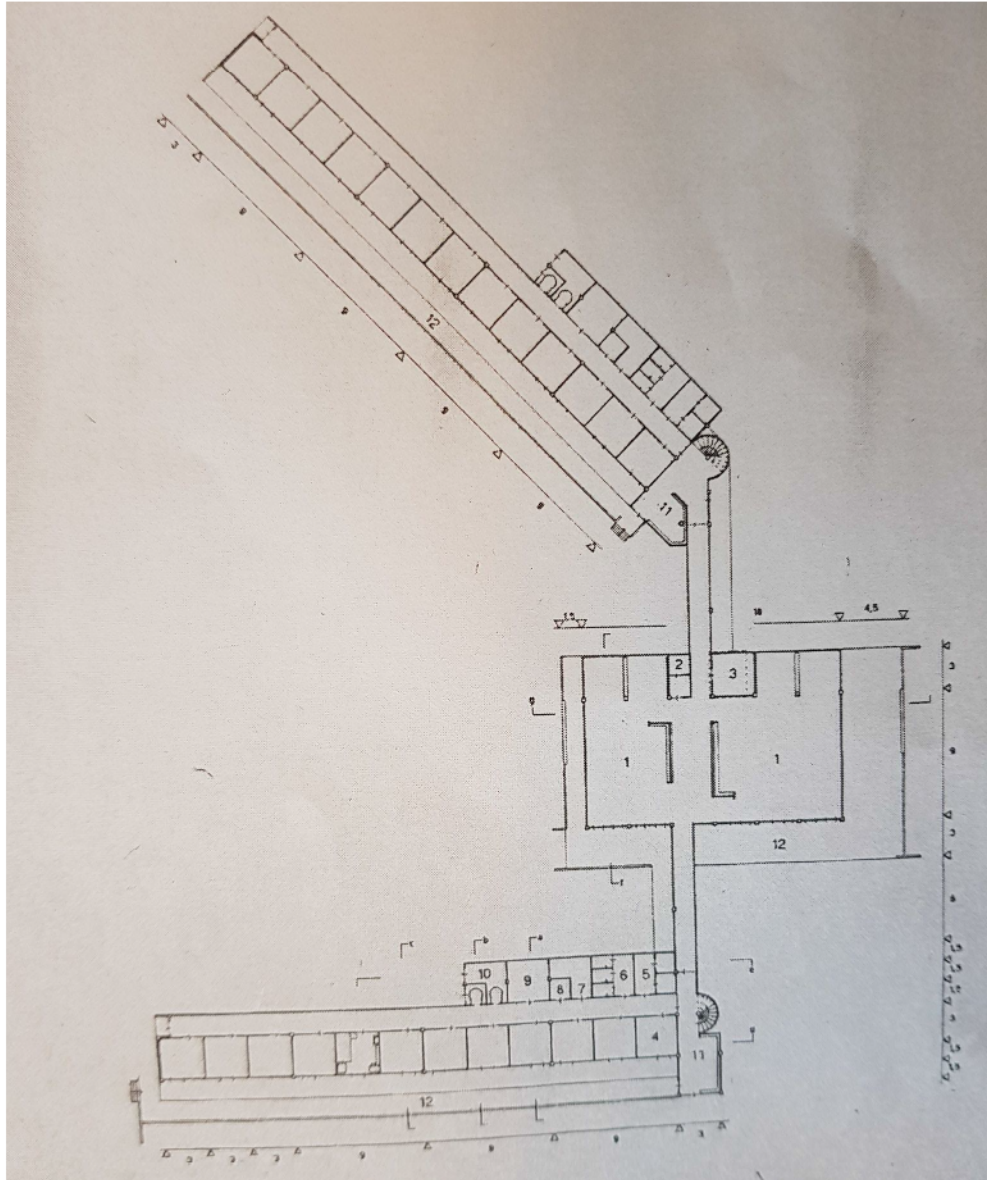


Figura 43 – Foto própria da planta de um pavilhão do Sanatório Zonnestraal

A enfermaria do edifício principal pode acomodar 28 pacientes, havendo conexão por cobertura com o departamento médico e as salas de análise, como raio-x. Os pavilhões, com os quartos nas alas e as casas de banho, acomodam, por andar, 25 utentes, ou seja, cada pavilhão tem capacidade para 50 utentes, dando um total do complexo de 128 utentes como já tínhamos referido. Os quartos tinham ainda acesso a terraços e alcançavam muita luz (Figura 44).



Figura 44 – Foto da vista da entrada de dentro de um quarto para o exterior

Os pavilhões também são compostos por uma sala de estar, para o convívio, e obviamente não podem faltar as galerias de cura, que eram a melhor terapia na altura. Aqui, todo o material ou área tem de ter um propósito senão era eliminado. Por exemplo, nos corredores e nas escadas usou-se o linóleo de rolo padrão e o perímetro foi preenchido com betonilha. Estes corredores foram pensados e orientados de forma a ter-se uma composição de constante mudança das vistas de exterior e interior e vice-versa. Este edifício do Movimento Moderno tinha grandes fachadas brancas com imensas aberturas em vidro, transmitindo transparência e ligação com o exterior, deixando a luz solar invadir o interior do complexo. Todo o edifício é elaborado segundo uma estrutura de múltiplos de três, que faz com que a eficácia se torne mais fácil, com cargas certas nos sítios

corretos. Temos uma estrutura de betão, grades de aço e amplas janelas, mas apesar do quadro ser de betão as paredes são de gesso numa malha de arame, com uma camada exterior de cimento branco. As colunas são algo que sobressaem também devido a todo o vidro presente. Com esta estrutura e estes materiais conseguiu-se encaixar perfeitamente os vãos envidraçados entre a estrutura, poupando o uso do betão, economizando, deste modo, nos gastos. Esta diminuição de custo foi conseguida graças ao uso dos pré-fabricados, que eram montados na estrutura, acabando por resultar numa arquitetura rigorosa, uma estrutura articulada, com transparência elevada e grande otimização dos materiais.

Para todos Duiker estava tentando dar forma ao que ele chamou da economia espiritual. Aqui ele entendeu que tinha de lidar com propriedades materiais e estruturais, com desenvolvimentos científicos e técnicos, com o trabalho, com as realidades funcionais etc. Cada quarto e combinações de áreas deram forma de acordo com os requisitos funcionais que foram feitas sobre o assunto da forma mais eficiente possível.¹³⁷

De certa forma, ele tentou desmaterializar, chegando a uma estética universal, e, obteve um edifício a baixo custo pois este projeto não teria de durar muito tempo, pois previa-se que a tuberculose terminaria passado uns 30 anos. Temos aqui um sanatório da mesma época dos anteriores já analisados, ou seja, edifícios que apesar de se situarem em zonas diferentes conseguem ter sempre o mesmo princípio, um programa funcional idêntico, mesmo que com outra organização. Este sanatório a nível de planta faz lembrar um pouco o Grande Sanatório do Caramulo, com base no “Y”, mas com grande diferença, neste caso percebem-se nitidamente 3 volumes unidos por corredor, enquanto que no outro, tínhamos uma sensação de maior volume. Claro que o que move todos os sanatórios é a ideia da cura da tuberculose com a ligação ao exterior, em qualquer um dos casos, através das galerias de cura, que não poderiam faltar. Com o desaparecer da doença o seu uso começou a não ter sentido acabando por se adaptar a um hospital em 1957. Com o passar do tempo, os edifícios ficaram num estado bastante degradado. Apesar de ser um sanatório bastante conhecido, a falta de utilidade fez com que caísse no

¹³⁷ Análise Zonnestraal, 2012 < <http://bi-b4vrm-janduiker.blogspot.pt/2012/05/analyse-zonnestraal.html>>

esquecimento e estes edifícios começassem a desaparecer no meio da vegetação, havendo mesmo partes dos edifícios completamente destruídos.

*

SANATÓRIO DE PAIMIO

Tipo de Edifício	Sanatório
Estrutura da propriedade	Público
Arquitetura / Planeamento	Alvar Aalto e Aino
Forma do edifício	Irregular
Numero de edifícios	1
Número de unidades	5 volumes interligados
Primeira Ocupação	1933
Área total construída m ²	—
Área total de zona específica m ²	—
Pisos	7
Número de residentes possíveis	296
Contexto	Suburbano
Localização	Paimio, Finlândia

Tabela 5 - Quadro de especificações do Sanatório de Paimio

O Sanatório de Paimio situa-se na Finlândia, a 29 quilómetros da cidade de Turku junto à enorme floresta. Projeto do arquiteto Alvar Aalto e de sua esposa Aino Aalto foi concebido em 1929 e concluído em 1933, ou seja, na mesma época dos anteriores. Este projeto derivou de um concurso para um hospital da luta contra a tuberculose, ou seja, o sanatório, sendo eles os vencedores. Este concurso foi promovido pelo Comité de Construção, propositadamente para a construção de um Sanatório pela Federação Municipal do Sudoeste da Finlândia (52 municípios). Com este projeto ganham o concurso e com a construção colocam a Finlândia no mapa da Arquitetura Moderna. Estamos numa época de novas influências, nova arquitetura, e este edifício é prova disso. O objetivo do edifício era

promover a cura e a reabilitação dos doentes, com uma previsão de capacidade para 296 utentes.

Temos um edifício com características de vários estilos internacionais, estas características modernas fazem contraste com a natureza que o rodeia, com janelas retangulares em fila e pouca ornamentação, paredes rebocadas e brancas e os telhados planos (Figura 45).



Figura 45 – Foto do Sanatório de Paimio

O acesso ao mesmo é facilitado podendo ser com automóvel próprio ou transporte público. Tal como ditava o tratamento da tuberculose, os pacientes necessitavam de um bom ar puro e muito sol, logo, este edifício também foi projetado a pensar nessas questões. O edifício está orientado de forma a que os quartos fiquem voltados para sul, tal como o Zonnestraal. A estrutura do edifício era de colunas de betão armado que se modelavam perfeitamente no interior, com paredes de rolamentos entre oito e dez centímetros de espessura, também esses de estrutura de betão.

A estrutura e as vigas do edifício ter sido feita de modo que todo o complexo tem um sistema de canais tubulares verticais e horizontais (cada coluna ou feixe corresponde a um vazio ou canal ligado ao mesmo), de modo que todas as canalizações, fios elétricos, etc. Eles

foram instalados aqui. A partir das entradas corredores para essas lacunas com portas de altura normal de modo que podem ser feitas todas as obras de reparos sem ter de introduzir quartos, incluindo aquelas que afetam os sifões de pias que também são essas lacunas.¹³⁸

Este foi projetado a pensar em eventuais futuras mudanças. O edifício era composto por consultórios médicos e salas de tratamento e zonas comuns como biblioteca, sala de convívio e sala de estar. As áreas de serviço eram a lavanderia e a cozinha, havendo ainda os terraços, os quartos e claro, o hall de entrada, as escadas e elevadores. A organização do programa foi elaborada de forma cuidada e adaptada aos volumes consoante as hierarquias. O volume dos enfermos continha os quartos, casas de banho e as salas de descanso, havendo uma sala em cada extremidade do volume, assim como as galerias de cura e os terraços de grande dimensão, facilitando a *cura do ar* e o olhar sobre a paisagem. Este é o volume mais alto, o de destaque, seguindo para os outros volumes, estes vão diminuindo consoante a hierarquia, com a finalidade de dar mais importância ao volume principal. Entre os edifícios existem alturas distintas, mas no total temos apenas três alturas (sendo o mais alto de 7 pisos). Temos então cinco volumes distintos sendo um volume dos utentes e galerias de cura, outro de residência de auxiliares e enfermeiros, um de manutenção (cozinhas por exemplo), uma das zonas comuns, e o das garagens (Figura 46). Temos um sexto volume, um pouco mais afastado, o de residência dos médicos. O volume dos efémeros além de ser o mais alto, tem uma forte linha horizontal, cativando a atenção. Os outros volumes contêm as áreas das salas, instalações médicas, cozinha e garagens, sendo a zona de trabalho e depois a zona de descanso dos médicos e funcionários (Figura 47 e 48).

¹³⁸



Figura 46 – Foto de maquete do Sanatório de Paimio

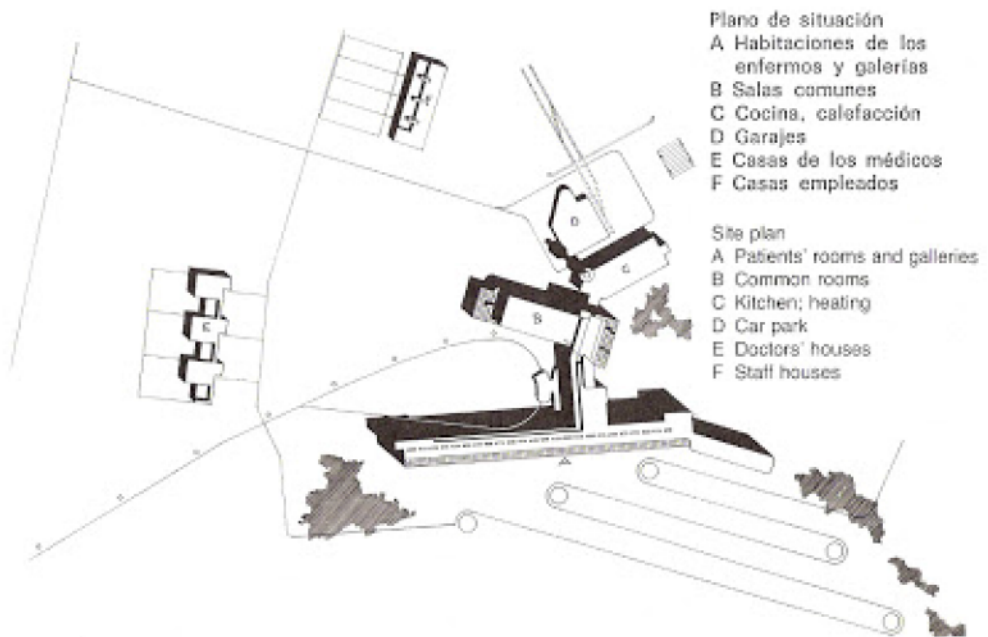


Figura 47 – Planta de situação do Sanatório de Paimio

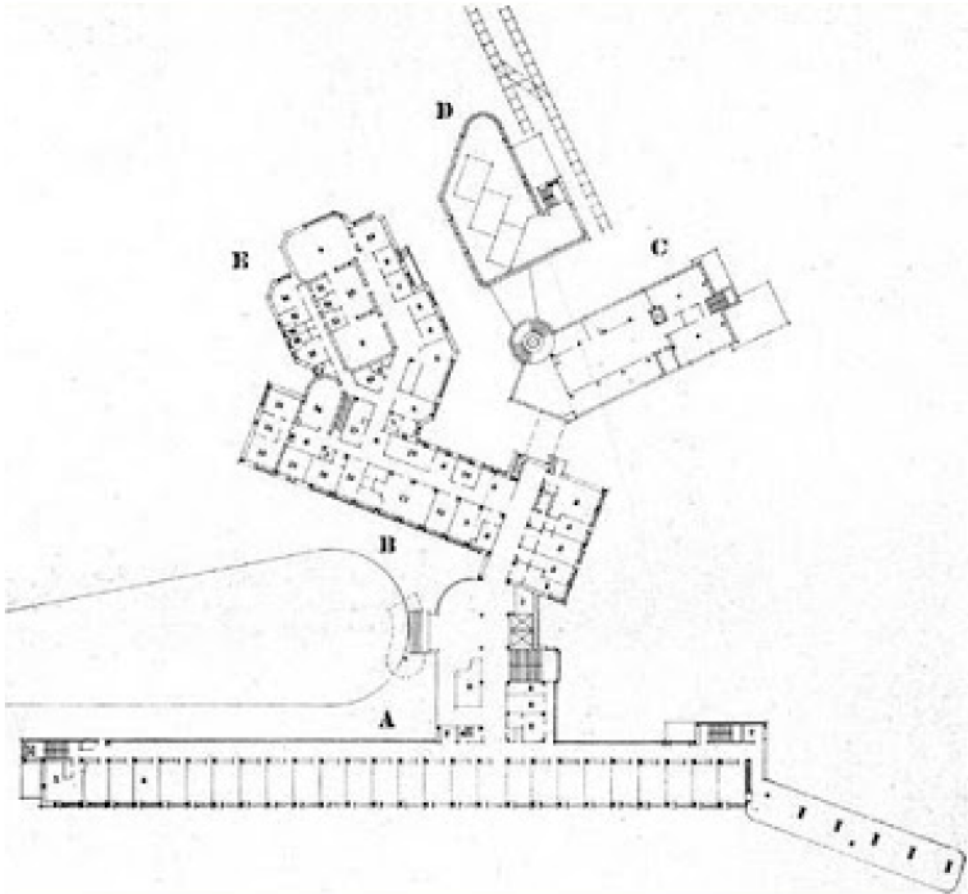


Figura 48 - Planta rés-do-chão do Sanatório Paimio

Se observarmos os volumes A e B, percebemos a alusão a um “Y” como o Sanatório Zonnestraal e o Sanatório Dr. Jerónimo de Lacerda. As janelas de fitas de aço da fachada e o movimento mecânico do elevador cênico foram algumas das características inovadoras do projeto.¹³⁹ Algo que salienta o projeto é a forma cilíndrica (fazendo também lembrar o Sanatório Zonnestraal).

Uma característica do uso moderno dos materiais é a pouca ornamentação que se verifica no interior, assim como as cores no interior, para dar outro aspecto ao estabelecimento e a quem nele habita. Estas cores distintas fazem com que cada piso tenha a sua cor, desta forma facilita-se a vida diária dos pacientes. Cada paciente sabe a que piso pertence, não se perde na similaridade dos pisos, sabendo, deste modo, onde se situa o seu quarto (Figura 49 e 50).

¹³⁹ Marianna Heikinheimo, Sanatório de Paimio. 2014
< <http://paimiosanatorium.fi/>>



Figura 49 – Foto de corredor do Sanatório de Paimio



Figura 50 - Foto de corredor do Sanatório de Paimio

Aalto apresenta um design exclusivo que se pode verificar também nos quartos dos pacientes, o complexo foi todo projetado a partir desses quartos, por ser o espaço mais importante. Geralmente, eram para dois a

quatro utentes, tendo cada um o seu próprio armário, bem fixo à parede e ao chão, e com acesso a um lavatório privativo. Cada ala continha dois quartos individuais, salas de exames, salas de convívio, sala para uso de pessoal e pacientes, como também cozinhas, salas de enfermagem, lavandarias e salas de isolamento (doentes contagiosos) com entrada própria no prédio principal. As duas alas apresentavam-se com um ângulo de 20° entre si (no sanatório anterior era de 45°, havendo, no entanto, semelhança). Este projeto foi levado ao pormenor em vários sentidos, por exemplo, a questão da iluminação do quarto; se o utente quiser ler um livro ou realizar outra atividade que necessita de boa visibilidade, de uma fonte de luz; é necessário saber que a intensidade de luz varia de paciente para paciente, não esquecendo ainda que estes passam muitas horas deitados, logo a posição das lâmpadas era colocada fora da linha de visão dos pacientes. Os utentes com mais dificuldades de mobilidade podem ser deslocados com as suas camas para o exterior, ou colocados no terraço, para a cura, mostrando, assim, a fácil ligação ao exterior. Esta ligação é reforçada com uma plataforma de apoio aos pés, servindo de secretária, por baixo da janela, podendo observar-se a paisagem exterior. Mesmo as pias têm um desenho especial, de forma a não fazerem ruído durante a sua utilização. Os soalhos junto às janelas são ligeiramente inclinados para a não acumulação do pó. Temos formas curvas no interior, no hall de entrada, que facilitam a limpeza, pensando precisamente nas condições de higiene. O pensamento deste edifício não foi só a estrutura e estética do mesmo, mas também do imobiliário, tendo sido projetado pelos mesmo arquitetos, levando tudo ao pormenor como, por exemplo, as maçanetas das portas que têm um design de forma a evitar lesões. A ligação entre exterior e interior tem um papel importantíssimo, logo a projeção dos vários pátios e jardins eram pensados de forma a que quando os utentes estivessem nas galerias de cura ou no terraço (Figura 51), além de apanharem sol e repousarem, observassem uma bela paisagem.



Figura 51 – Foto das galerias de cura do Sanatório de Paimio

Este Sanatório também foi proposto como monumento para se tornar Património Mundial da UNESCO. Este edifício serviu como sanatório até aos anos 60, acabando por ser encerrado e transformado num hospital, pelo mesmo motivo dos anteriores, o número de doentes foi reduzindo, devido ao desaparecimento da doença, com o plano de vacinação. Quando a cura da tuberculose surgiu, tal como os outros edifícios, não fazia sentido estar em funcionamento como um estabelecimento contra a tuberculose, logo o edifício mudou de uso e manteve-se como um hospital da Universidade de Turku.

*

Podemos concluir que os quatro sanatórios foram elaborados com alguns anos de diferença, mas com muitas semelhanças, principalmente, nos conceitos e nos programas. Todos eles acabaram por encerrar na mesma altura por não terem mais a utilidade inicial - o combate à tuberculose - que aos poucos deixou de ser tão importante, pois o número de casos reduziu drasticamente, fazendo com que se conseguisse tratar desses utentes num hospital que tivesse salas adequadas de isolamento. Como já foi referido, todas as faixas etárias podiam ser afetadas pela doença, mas

obviamente que aquela que estava mais fragilizada e mais sujeita à doença eram os idosos, devido a fraqueza do corpo e das defesas do mesmo. O Sanatório de Penhas de Saúde chegou a ficar num estado lastimoso (Figura 52), mas, em 1998 o edifício passa a ser gerido pela Enatur, Pousadas de Portugal.



Figura 52 – Foto do Sanatório Penhas de Saúde em ruína

Com a tentativa de dar uso ao edifício surge assim a Pousada Serra da Estrela do arquiteto Souto Moura, em 2014, mantendo todos os traços do projeto como a fachada, usando as mesmas cores, e até a estrutura funcional ficou semelhante (Figura 53). No interior aproveitaram os salões principais do piso nobre para bar e restaurante e o piso térreo para um centro de bem-estar, “se antigamente a cura era do corpo, agora é do espírito”¹⁴⁰. Isto demonstra que um programa hoteleiro no sanatório é possível, dando uso ao edifício reaproveitando o máximo possível. Os clientes desta pousada são a maioria da faixa etária mais idosa, o que

¹⁴⁰ Jornal “i”, *Serra da Estrela. De Sanatório a Pousada de Portugal*, 2014
< <https://ionline.sapo.pt/315952> >

demonstra que o lugar não faz lembrar um sanatório, mas sim um ótimo espaço turístico.



Figura 53 – Foto da Pousada Serra da Estrela (antigo Sanatório Penhas de Saúde)

No caso do Sanatório Zonnestraal, atualmente, mais concretamente em 2003 os arquitetos Hubert-Jan henket e Wessel de Jonge restauraram-no, porque a partir dos anos 1990 ficaram vazios os últimos edifícios e também em abandono (Figura 54). A sua reconstrução obrigou a um enorme cuidado, principalmente, porque havia elementos que já não existiam, não se fabricavam, foi necessário recorrer ao trabalho manual. A reconstrução do edifício como o original acaba por se tornar um gesto negativo para com Duiker, primeiro porque este edifício tinha sido construído a pensar numa duração curta, cerca de 30 anos, que era a previsão da cura da doença, mas também pelo simples facto de ele ser um modernista, logo não concordava com a salvaguarda do passado, como já referenciado anteriormente.¹⁴¹

¹⁴¹ Miguel Ângelo Soares Pinto da Silva. “Recuperar o moderno – contradição ou pedagogia?”. (*Revista Arquitetura Lusíada*, N. 3 (2.o semestre 2011): p. 21-29.), 24



Figura 54 - Foto do Sanatório Zonnestraal em ruína

Como este edifício foi proposto para a lista de Património Mundial da Unesco em 1995, levou à obrigação de se preservar o antigo sanatório, ou neste caso, reconstruí-lo, mantendo-o uma espécie de cópia do original. Foi reconstruído seguindo os regulamentos atuais, acrescentando assim os elementos obrigatórios como a introdução de vidros duplos térmicos, ou a recuperação dos betões degradados. Foram elaboradas as alterações de forma a melhorar o conforto interior, melhorando os problemas estruturais, sem alterar a estética do mesmo. Tudo isto fez com que houvesse um “enorme esforço financeiro, de investigação e, principalmente, de uma determinação empenhada para se concretizar um restauro sério da obra”¹⁴². Este restauro foi finalizado em 2008 (Figura 55).

¹⁴² Miguel Ângelo Soares Pinto da Silva. “Recuperar o moderno – contradição ou pedagogia?”. (*Revista Arquitetura Lusitana*, N. 3 (2.o semestre 2011): p. 21-29.), 25



Figura 55 – Foto do Restauro do Sanatório Zonnestraal

Encontramos aqui um edifício que nasceu como sanatório, passando por hospital, deixado depois ao abandono, mas acabando por ser aproveitado com distintos fins, mas sempre como serviços de saúde. O Sanatório de Paimio como dito anteriormente passou a ser hospital, foi o único que não ficou degradado e que teve quase sempre em funcionamento, talvez por ser o edifício que colocou a Finlândia no mapa da Arquitetura Moderna, fazendo com que tivesse enorme importância para o país. Mantendo-se quase sempre original, apenas iam cuidando do que se ia danificando. Atualmente, desde 2014, já não funciona como hospital, mas sim como parte da Fundação para a Reabilitação de Crianças e Jovens.

Assim, temos os dois edifícios internacionais sempre com uso médico e mais recentemente não como hospital, mas como centro de reabilitação para crianças e jovens, mas que poderia ser para seniores.

Pensando agora na Estância Sanatorial do Caramulo, deixada para último propositadamente, temos de referir que, como já dito anteriormente, eram imensos edifícios, logo, alguns foram aproveitados para outras funcionalidades, outros caíram ao abandono até aos dias de hoje. Neste

caso, iremos analisar apenas o que aconteceu com os sanatórios que são a tipologia de interesse, não mencionando as casas de saúde ou pensões. Para melhor percepção do que se passou temos que ter em conta que eram dezasseis sanatórios na sua totalidade, sendo eles:

1. Grande Sanatório / Sanatório Dr. Jerónimo Lacerda
2. Sanatório Montanha
3. Sanatório Central
4. Sanatório Bela Vista
5. Sanatório Monteiro Carvalho
6. Sanatório Lusitano / Soldados
7. Sanatório Santa Maria / Martinho
8. Sanatório Palma / Caramulo
9. Sanatório Senhora da Saúde
10. Sanatório Serra
11. Sanatório Boa Esperança
12. Sanatório Sameiro
13. Sanatório Salazar
14. Sanatório Pedras Soltas
15. Novo Sanatório / Pavilhão Cirúrgico
16. Sanatório Infantil Dr. Manuel Taipa

O Sanatório Salazar, nos anos 9, passou a ser o Hotel do Caramulo de quatro estrelas, já o sanatório do lado, o Sanatório Palma funcionou como Instituto de prevenção do Stress e Saúde Ocupacional até aproximadamente a 2002, atualmente encontra-se sem uso, pertencendo ainda ao Hotel. Os Sanatórios Lusitano e Serra passaram a ser edifícios de habitação, enquanto os Sanatórios Sameiro, Monteiro de Carvalho, Boa Esperança e Pedras Soltas foram todos adaptados para lares de terceira idade. O Sanatório Senhora da Saúde é propriedade privada servindo para a realização de encontros, de retiros religiosos e o sanatório Montanha foi demolido. Os outros seis sendo o Sanatório Dr. Jerónimo de Lacerda (Figura 56); Sanatório Central; Sanatório Infantil Dr. Manuel Taipa (Figura 57); Sanatório Bela Vista; Sanatório Santa Maria (Figura 58) e o Novo Sanatório / Pavilhão Cirúrgico (Figura 59) estão todos ao abandono.



Figura 56 – Sanatório Jerônimo Lacerda



Figura 57 – Sanatório Infantil



Figura 58 – Novo Sanatório / Pavilhão Cirúrgico



Figura 59 – Sanatório Santa Maria

Em jeito de conclusão, quase todos os sanatórios analisados foram reaproveitados, apresentando um programa e uma estrutura que se adaptaram a outros projetos facilmente. No entanto, ainda existem seis em ruínas. Então pergunto-me - porque têm os edifícios da Estância Sanatorial do Caramulo de ficar ao abandono? Porque não aproveitar os mesmos para algo mais?

Tendo em conta a localização estratégica e o bom ar medicinal já constituem quase um programa hoteleiro no sentido de funcionar através de quartos e zonas comuns, podendo assim transforma-los em residências para idosos ou em creches, ou qualquer outro equipamento, que se demonstre útil, para dar a este lugar uma nova vida. Sabemos que os idosos são a faixa etária que predomina atualmente, sendo os que mais necessitam, em geral, de apoio médico e os que mais tempo livre têm. Foi, também, a faixa etária mais ativa na altura do Sanatório e da própria tuberculose. Como tal, a arquitetura atual poderia pensar mais nesta população, nesta sociedade envelhecida, interligar estes idosos com o que os rodeia. Por tudo isto, questiono-me, será que não existe possibilidade de interligar edifícios sanatoriais com residências de idosos? Como funcionariam essas residências?

**4) RESIDÊNCIA PARA IDOSOS:
DA INFORMALIDADE DA CASA FAMILIAR À
FORMALIDADE DA RESIDÊNCIA DE IDOSOS**

A residência para idosos pode ser dividida em dois conceitos, por um lado temos a residência em si, ou seja, a condição habitacional e por outro temos a saúde, a condição médico-hospitalar ou de assistência. Esta dualidade faz com que se consiga encontrar diferentes tipos de residência de idosos como as residências próprias (a própria casa do idoso), residências de familiares, residências coletivas públicas ou privadas, hospitais públicos ou privados (no âmbito de doenças crónicas que necessitem de cuidados intensivos), entre outros. Porém, em qualquer uma destas residências apenas temos três tipos de movimento do idoso, a saber, o prolongamento da vida na residência própria do idoso à transferência para a residência de familiares ou para residências e/ou hospitais públicos ou privados. Mas, qual será, na verdade, o local mais adequado para os idosos, pensando na sua segurança, na sua qualidade de vida e no seu bem-estar? Apesar de ser uma resposta que deverá depender sempre da condição e do pensamento de cada idoso, tentaremos analisar a questão genericamente. Em primeiro lugar, temos o grupo dos idosos que ainda possuem a capacidade de se auto-organizar com responsabilidade, isto é, de estabelecer metas, de criar métodos, para usufruírem de um equilíbrio interior e uma melhor adaptação social, podendo permanecer na sua própria residência. Encontramos aqui idosos autónomos e independentes. Claro que nem todos têm esta capacidade de independência, pelo que precisam de se mudarem para a residência de um familiar ou para residências públicas ou privadas. No âmbito deste grupo de idosos não tão capazes, por diferentes motivos, aparecem, por exemplo, pessoas com poucos recursos financeiros, com doenças ou com deficiências, entre outras situações, que necessitam de apoio na sua vida quotidiana. Estas residências surgiram de certa forma no século VI, pois foi nesta mesma altura que um grupo de pessoas financeiramente abastadas procuravam nos mosteiros, um local calmo, sossegado que lhes garantisse a salvação interna. De facto, no passado a ligação à vida religiosa era muito mais importante do que o é hoje, na maioria dos casos. Procuravam um lugar onde pudessem repousar o resto da sua velhice, era uma forma de se isolarem do mundo.

Ela identifica-se com a cessação da vida ativa e a rutura com o mundo. É o primeiro esboço do asilo de idosos, refúgio e gueto ao mesmo tempo.

Este retiro voluntário, inicia a concepção moderna do isolamento na velhice.¹⁴³

Compreende-se que os adultos que entram na faixa etária considerada idosa, necessitem de repouso e de sossego, de um certo isolamento, ainda que no bom sentido, e tenham direito ao merecido descanso depois de anos a fio no ativo, a contribuir para a sociedade. Os idosos eram vistos quase como mártires, no nosso passado recente, pois possuíam um dos valores mais importantes: a experiência de vida. Quanto maior era a idade maior era a sua reverência, pois a idade tornava-se um sinal da enorme e marcante contribuição que estes tinham tido na sociedade. Consideradas pessoas cultas pelas vivências, serviam de exemplo para os mais novos, que tinham orgulho de seguir os passos dos pais ou dos avós, que gostavam da sua companhia e os incluem no seio familiar e no da sociedade. Esta faixa etária era “a classe dominante, em termos de gestão do poder e de tomada de decisões de cada grupo”¹⁴⁴. Mantinham este poder mesmo com as dificuldades físicas derivadas da idade, praticamente até ao seu falecimento. Quando algum esforço físico era necessário, cabia aos membros mais jovens assistir às necessidades dos mais velhos, fazendo-o de boa vontade. Porém, com a evolução da sociedade, estas situações alteraram-se, pois novas formas de vida e de trabalho surgiram, fazendo com que certas rotinas se alterassem. Se tomarmos como exemplo uma das evoluções marcantes que foi a Revolução Industrial, e pensarmos na questão do trabalho manual/artesanal que passou para um trabalho mecanizado, percebemos estas mudanças. Obviamente que, a criação de fábricas de produção em série, de forma muita mais rápida, fez com que o trabalho manual fosse reduzido. Mas, mais mudanças surgiram como as demográficas, devido ao facto das pessoas se mudarem progressivamente para as cidades, motivadas pelos empregos que estas novas indústrias ofereciam. Nesta altura, existia uma grande quantidade de mão-de-obra infantil, mas também de mulheres. O aumento da população fez com que fosse necessária a criação de sistemas de transporte que, com a mecanização veio aumentar mais a poluição e conseqüentemente as doenças. Todas estas questões afetam a vida das pessoas, no seu dia-

¹⁴³ Alberto Montoya (arquitecto), *Habitar na velhice: evolução dos dispositivos arquitectónicos*. (Novembro de 2011.), 1

¹⁴⁴ *Ibid.*, 2

a-dia, acabando por, indiretamente, afetar também os idosos. Com este aumento de trabalho, abrangendo todos os membros da família - com exceção dos idosos por já não terem capacidade física e/ou mental para isso- fez com que os membros mais jovens estivessem todo o dia fora de casa faltando o tempo para as tarefas domésticas e mesmo para uma vida familiar de qualidade. Como consequência destas alterações no modo de vida das famílias, os idosos começam a ser deixados de parte, surgindo o abandono e o isolamento por solidão. Com a evolução dos tempos, a rotina de trabalho-casa dos membros da família do idoso juntamente com a evolução da sociedade, fez com que o idoso fosse, muitas vezes, menosprezado. ele passou a ser observado como uma pessoa inútil, uma carga de trabalhos, por necessitarem de cuidados que os filhos ou os netos não tinham tempo para dar. Este sentimento de abandono faz com que os próprios idosos se comessem a isolar e a se sentirem insignificantes, diminuindo, assim, os seus valores e o seu papel anteriormente ativo no núcleo familiar e na sociedade. Primeiramente, o poder de gestão dos idosos passou para os grupos mais jovens devido a este aumento de produtividade e a necessidade de um trabalho mais minucioso que os mais velhos já não eram capazes de concretizarem, o que acarretou uma consequência, a falta de tempo para estes jovens cuidarem dos seus idosos, ao contrário do que acontecia no passado. Infelizmente, sabemos que temos o número de idosos a aumentar e, o seu papel, quer no seio familiar quer na sociedade, a diminuir drasticamente. Atualmente, os idosos passaram a ser vistos como um peso na sociedade, um peso para a família, já não são os cultos, muito pelo contrário, são considerados uns incapazes que não merecem destaque, e o maior descanso a que têm direito é a reforma. O amor, o carinho e a ligação que antes tinham não só com a família, mas também com a sociedade perdeu-se, deixando-os isolados e não no bom sentido como era inicialmente, mas sim por abandono de quem lhes é mais próximo, e da sociedade, em geral.

Desde meados dos anos 80 que as habitações próprias tem sido um enfoque principal em Portugal, o que levou também à construção de novos edifícios. Cada vez mais se ponderava sobre o futuro, ou seja, casar, ter filhos, dar uma vida estável e confortável à família, pensando que talvez

fosse mais rentável investir numa residência própria do que estar a pagar renda. Pensava-se no próprio bem-estar e no dos filhos e não propriamente nos idosos da família, quer sejam pais ou avós. Porém, como já foi referido anteriormente, a população idosa é aquela que prevalece e continuará a prevalecer dadas as projeções já analisadas, logo, é fundamental a sua inclusão na sociedade em todos os aspetos sociais, políticos, económicos, culturais e arquitetónicos, tal como acontecia nos primórdios dos tempos.

Se pensarmos nesta questão das residências, a não inclusão dos idosos demonstra que as relações familiares se tornaram pouco importantes, pois são elas que, muitas vezes, vão definir o que acontece aos idosos da família. Sendo assim, uma boa relação entre a pessoa idosa e os seus familiares mais jovens faz com que estes incluam os seus idosos nos seus planos, que pensem em como adequar o seu bem-estar às suas vidas, podendo isso ser o primeiro passo para ficarem todos na mesma residência, a não ser que exista algum fator de forte impedimento. Contudo, quando a relação não é das melhores, esta hipótese é descartada rapidamente, ponderando logo reencaminhá-los para residências adequadas a esta faixa etária. Em muitos casos, nem têm conhecimento das condições dessas residências que, infelizmente, sabemos apresentam muitas deficiências. Esta situação faz com que se regresse à 'guerra entre gerações' que Huber frisa, defendendo a ideia que existe uma espécie de guerra entre as gerações, quando esta guerra é simplesmente falsa. Contrariamente ao que se pensa, cada vez mais no seio das famílias, a relação entre avós, filhos e netos é menos tensa chegando-se assim a uma relação mais positiva. Estes familiares têm mais tempo para conviverem uns com os outros, por estarem juntos, no seio familiar. Pelo contrário, as pessoas que se encontram fora deste seio, já não conseguem ter este tipo de relacionamento, pois têm vidas diárias diferentes, vivem noutros contextos sociais e noutras culturas, encontrando-se o menos possível¹⁴⁵. A minha observação sobre a realidade não me dá esta sensação, penso que mesmo nas famílias, que incluem idosos, não há esta enorme ligação. Os idosos são considerados

¹⁴⁵ Andreas Huber. *New Approaches to Housing for the Second Half of Life*. (Basel, Suíça: Birkhauser Verlag AG. 2008), 24-25

inúteis e um peso para a própria família, então são excluídos mesmo pelos seus filhos e netos, que os acham aborrecidos e repetitivos, por gostarem de contar as suas histórias que a maioria dos mais jovens não tem paciência para ouvir. Contudo, esta minha conclusão será sempre algo superficial, pois torna-se difícil perceber essa realidade. Porém, haja ou não dilema entre as gerações ou a dita guerra, é imensamente provável que o vazio entre os idosos e a sociedade vá aumentar, se nada se fizer para alterar essa situação. Este assunto da relação familiar é importante uma vez que, na maioria das vezes, dita, ainda que de forma indireta, o futuro dos idosos, demonstrando também, com o passar dos anos, a diferença de pensamento da sociedade, em geral, sobre os idosos.

Segundo Hoflinger, se pensarmos na evolução da vida de uma pessoa, afirmamos que, quando jovem tem tendência de sair de casa dos pais, acabando por viver sozinha ou com outra pessoa. Enquanto casal, se tiverem filhos, o agregado familiar aumenta, logo existe a necessidade de uma habitação maior, dimensão que altera consoante o número de filhos, mas quando estes filhos chegam a idade de jovens, o ciclo repete-se, ou seja, estes pais voltam a ficar sozinhos, o agregado familiar diminui como também a habitação já não necessita de ser tão grande.

Considerando 28 por cento dos sessenta e cinco anos e mais velhos viveram em uma casa com três ou mais pessoas em 1970, agora esse número é de apenas 5 por cento.¹⁴⁶

São poucos os casos de filhos que ficam a viver com os pais idosos, logo a metade posterior da vida é praticamente marcada por famílias simples, de apenas duas pessoas. Uma família de duas pessoas é muito comum, tal como, uma pessoa apenas, derivado a morte do(a) seu/sua parceiro(a) o que influencia sempre a dimensão necessária para vivência diária. Isto demonstra que, apesar da ideia dos pais quererem uma residência para eles e para os filhos, só dura enquanto estes são pequenos, pois depois ficam com uma residência de grandes dimensões apenas para duas pessoas (isto até a morte do parceiro). É uma espécie de ciclo vicioso, que mostra que no final o casal fica idoso e sozinho. Ainda assim, com estes novos edifícios e com esta ideia da residência familiar surgiu um modelo

¹⁴⁶ Andreas Huber. *New Approaches to Housing for the Second Half of Life*. (Basel, Suíça: Birkhauser Verlag AG. 2008), 37

que em teoria era universal. O problema é que esta universalidade era adaptada à vida de um adulto (casal com filhos), não se tendo considerado a passagem do tempo e as barreiras que surgiriam numa idade mais avançada, dificultando a vivência do dia-a-dia. Daí surgir, a meu ver, o conceito da informalidade da casa familiar. Afinal o que é isto? A meu ver é a residência familiar que foi o enfoque a partir de certa altura para as famílias portuguesas, que não pensaram devidamente nas necessidades futuras, impossibilitando nela a vivência de uma pessoa idosa, devido ao que já referimos, a perda de numerosas faculdades próprias da idade, o que implica que os idosos tenham necessidade de apoio na vivência do dia-a-dia, resultando tudo isso na ida para a casa dos familiares, que têm obrigação de cuidar dos pais. Ou seja, temos uma residência que abriga o idoso e que não é a própria, é algo que acontece por necessidade, não por este edifício estar adaptado às necessidades dos idosos, mas para neste ele ter o apoio familiar em tudo o que não conseguir fazer sozinho. Isto não parece ser uma má solução para um idoso viver o resto da sua vida, está junto da sua família, confortável, com a ajuda necessária. Contudo, temos um problema, é que, com a evolução da vida, as mulheres deixaram de ser domésticas, ou seja, só cuidarem da casa e da família, tendo o tempo necessário para cuidar dos pais, dos avôs ou dos sogros. Atualmente, na maioria dos casais, ambos trabalham o dia completo com duas folgas por semana (generalizando), quando chegam a casa, têm as tarefas domésticas, os filhos para cuidar (quando os têm), cuidar deles próprios, e também descansar pois o corpo necessita de repouso. Devido a tudo isto, a disponibilidade para ter ainda mais uma pessoa a seu encargo é na maioria dos casos impensável, porque voltando a frisar vê-se o idoso como um inculto e um incapaz, sendo apenas mais uma carga de trabalhos, e não como alguém que cuidou dos seus filhos e trabalhou a vida inteira, tal como, essas pessoas o estão a fazer. Como consequência destas ações, os idosos muitas vezes já não querem ir para casa da família, não querem ser considerados incapazes e muito menos pretendem ser uma carga de trabalhos para os filhos ou netos. O maior desejo deles é ficar na sua residência e conseguir viver a sua vida sem incomodar os outros. Uma coisa é certa, não é impossível satisfazer este desejo para os idosos que conseguem ser independentes e que apenas necessitam de uma

residência acessível, habitação essa que tenha segurança, conforto e facilidade de movimentação, ou que seja possível fazer as modificações necessárias, que se consiga adaptar ao idoso facilmente. Mas, para isso, os edifícios têm que ser projetados não para um adulto no meio da sua vida, mas sim para todas as faixas etárias, pensando o que o futuro possa reservar, mesmo que os idosos precisem de algum apoio, temos as situações de assistência à residência para cooperar com eles. Obviamente que, quando o idoso já não é capaz de continuar a realizar as tarefas diárias ou a casa não responda às exigências necessárias, e os familiares não o possam receber, chegamos às outras formas de residência de carisma institucional.

Todas estas questões fazem com que os idosos tenham a necessidade de mudar relativamente ao passado, foi o que acabou por acontecer, passaram a tentar ser pessoas mais ativas ao longo de toda a sua vida. Desde a década de 80 que, o estilo de vida das pessoas entre os sessenta e cinco e setenta e quatro anos, ou até mais, tem sido muito mais ativa. Certas atividades sociais como o desporto, a educação ou ainda outros, estão a transformarem-se nos pré-requisitos para os idosos envelhecerem com sucesso. A rápida mudança social causada pela tecnologia, as estruturas sociais e as relações económicas fazem com que as pessoas idosas tenham que se adaptar às nossas formas de comunicação e à vida moderna. Temos, também, a questão da autoconfiança, as pessoas hoje sentem-se muito mais confiantes do que as gerações passadas, isto deve-se à evolução tecnológica que fez com que houvesse menos trabalho duro, como na agricultura ou nas fábricas da indústria, com menos mão de obra, dando, assim, mais espaço para cuidarem de si, sofrendo menos tanto física como mentalmente. Como consequência destas mudanças, as pessoas acham-se cada vez mais jovens por um maior período de tempo, e isso reflete-se numa mudança de comportamento nas pessoas idosas. Tudo isto tem o seu lado positivo, demonstrando que os idosos tentam controlar a sua vida, apesar da idade avançada. Estas situações acontecem, porque estas novas gerações estão mais recetivas a mudanças que as anteriores, que se contentavam com o seu canto de conforto. Sendo assim, as reformas passam a ser adiadas para mais tarde,

a idade da reforma subiu, porque a nível físico e psicológico as pessoas possuem mais capacidades, logo não necessitam de reforma na mesma idade que as gerações anteriores. Isto demonstra que os pensamentos e as observações que se têm sobre os idosos de hoje, podem não ser os mesmos no futuro, não fazendo sentido para o desenvolvimento da política social. As gerações mais jovens sabem que, em alguns aspetos, não farão o mesmo que a geração dos pais ou a dos avós, e assim sucessivamente. Não se consegue ter uma previsão sobre o futuro das questões dos idosos, mas consegue-se delinear algumas soluções distintas.

Estas questões de uma vida ativa fazem com que o envelhecimento seja prolongado e não seja visto só como a fase final da vida. Apesar de não ser igual para todos, adapta-se conforme as possibilidades de cada um, e isto acontece devido a enormes desigualdades financeiras entre os idosos, há pessoas muito pobres e pessoas muito ricas, o que vai influenciar também a forma de pensar. Enquanto uns se preocupam com as fases posteriores da vida, outros vivem a vida, sabendo que o destino não se altera, o que comprova as imensas diferenças que podem existir no mesmo grupo etário. Algo positivo, que surgiu ao longo do tempo com todas estas alterações prende-se com o facto de que, as gerações mais velhas beneficiaram de um melhor padrão de vida, até o espaço por habitante foi aumentado. O número de pessoas nestas residências diminuiu e os custos de habitação também, pois os edifícios, geralmente, eram antigos e mal-adaptados às necessidades dos idosos, voltando a ser o idoso o prejudicado.

O surgimento das residências para idosos começou como um simples habitat coletivo, derivado em traços largos da “evolução natural dos hospícios dos séculos anteriores”¹⁴⁷. Porém, tem que se ter em conta, o que já foi referido anteriormente, que os sanatórios, no seu início, eram vistos como hospícios, contrariamente ao que acontece atualmente. Estas residências tinham, essencialmente, uma componente religiosa, mas com a evolução, nos anos setenta, começaram a surgir as residências coletivas com apoio de saúde.

¹⁴⁷ Alberto Montoya (arquiteto), *Habitar na velhice: evolução dos dispositivos arquitetónicos*. (Novembro de 2011.), 5

A sua tipologia arquitetônica consistiu num piso térreo com espaços comuns e da administração, e quartos distribuídos nos pisos superiores. Baseava-se num modelo com corredor de distribuição que era, ao mesmo tempo, um espaço de vigilância e centro de operações que reproduzia, ao ritmo dos trabalhos diários, a mecanização dos processos industriais. Estes equipamentos eram, na maioria das vezes, de grande dimensão e número de habitantes. A sua localização habitual foi nas periferias, onde o terreno é mais barato, o que afastou as pessoas idosas do seu habitat natural e afetivo.¹⁴⁸

Tendo em conta, o que aqui foi referido, entende-se o porquê destas residências serem conhecidos como locais pouco agradáveis, com um intuito único de junção de todos os idosos inúteis da sociedade produtiva e com uma única finalidade - a morte. As residências para idosos com a dualidade médico-hospitalar e residencial, tem que contar com espaços bem planeados e bem solucionados, para que se consiga responder às exigências independentemente das condicionantes, e fazê-lo da melhor forma possível.

O quarto de um idoso tem que ter privacidade, ser um local íntimo e pessoal. Além de ter direito à sua própria cama, deveria conter um espaço de lazer na intimidade, assim como boa iluminação e ventilação, uma boa ligação com o exterior dando, deste modo, um carácter amplo ao espaço. As próprias dimensões deste espaço devem ser pensadas em futuras adaptabilidades, pois um idoso pode precisar do uso de uma cadeira de rodas, por exemplo, havendo a necessidade de um espaço de rotação e de facilidade de vivência diária para o próprio idoso. Não devemos esquecer que o auxílio fornecido pelos profissionais deve ser facilitado com a amplitude e desafogo do espaço, movimentando o idoso com facilidade. As instalações sanitárias também devem ser pensadas de forma a se poder usar e manobrar uma cadeira de rodas no seu interior. Os acessos e os corredores devem facilitar a movimentação do idoso de forma a tentar promover uma maior autonomia e independência do idoso, entre muitas mais situações que iremos analisar e descobrir com os casos de estudo. Obviamente que, como em todas as tipologias arquitetônicas, existem imensas condicionantes que dependem do público-alvo com que se lida,

¹⁴⁸ Alberto Montoya (arquiteto), *Habitar na velhice: evolução dos dispositivos arquitetónicos*. (Novembro de 2011.), 5

que se deve ter sempre em conta na elaboração de um projeto específico. Se pensarmos ainda nos idosos mais autónomos e independentes, devemos ter em conta que poderão, com o passar dos anos, tornarem-se mais dependentes. Apesar de quererem permanecer em suas casas o mais tempo possível, o envelhecimento biológico pode não facilitar essa vontade, dando lugar, numa primeira instância, ao apoio domiciliário como já referido.

O **apoio domiciliário**, que tem como principais objetivos contribuir para uma melhor qualidade de vida, tanto do idoso como da sua família, retarda ou evita uma instituição, apoia os mesmos nas necessidades básicas do dia-a-dia, de forma a criar condições para incentivar e preservar a interligação entre os familiares (podendo ser este tipo de assistência tanto em residência própria como de familiares). Garantindo, assim, a prestação dos cuidados de ordem física, psicológica ou de saúde, contribuindo, deste modo, para o bem-estar e conforto do utente.

Graças a este apoio, ajuda -se nas situações de dependência e promove-se a autonomia.

O **acolhimento familiar para pessoas idosas** também já foi referido, apesar de cada vez menos se verificar esta situação é uma “resposta social que consiste em integrar, temporária ou permanentemente, em famílias consideradas idóneas, pessoas idosas quando, por ausência ou falta de condições de familiares e/ou inexistência ou insuficiência de resposta sociais, não possam permanecer no seu domicílio”¹⁴⁹. O objetivo é o de acolher, no máximo de três idosos, que estejam a perder a autonomia, em situação de dependência, que estejam isolados e inseguros, garantindo assim um ambiente social, familiar e afetivo. Responder às necessidades do idoso, respeitando sempre a sua privacidade, identidade e personalidade, evitando ou atrasando a ida para uma instituição é outro ponto de importância neste tipo de acolhimento.

Outro estabelecimento é o **centro de convívio** que é uma “resposta social, desenvolvida em equipamento, de apoio a atividades sócio recreativas e

¹⁴⁹ Ana Maria Chichorro (coord.). *Respostas sociais – Nomenclaturas/Conceitos*. (Lisboa: DGSSFC – Direção-Geral da Segurança Social, da Família e da Criança, 2006.), ficha B 1.5 (cód. 2105)

culturais, organizadas e dinamizadas com participação ativa das pessoas idosas de uma comunidade”¹⁵⁰. Os objetivos são prevenir o isolamento e a solidão típicos dos idosos, incentivando a participação em atividades. Desta forma, reforçam-se as relações com outras pessoas, de todas as faixas etárias, sendo assim uma inclusão na sociedade, e tal como o anterior ajuda a retardar ou a evitar as instituições.

O **centro de dia** já é um pouco mais comum, sendo uma “resposta social, desenvolvida em equipamento, que presta um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção das pessoas idosas no seu meio sociofamiliar”¹⁵¹. Como objetivos temos o proporcionar os serviços adequados como respostas às necessidades dos idosos, havendo também apoio psicossocial¹⁵²; ajudando no retardamento das consequências da velhice. Deste modo, são privilegiados os relacionamentos sociais, mantendo sempre o utente em questão no seu meio habitual de vida, promovendo a autonomia e dependência tal como o retardamento ou o evitar das idas para as instituições.

O **centro de noite** é uma “resposta social desenvolvida em equipamento, que tem por finalidade o acolhimento noturno, prioritariamente para pessoas idosas com autonomia que, por vivenciarem situações de solidão, isolamento ou insegurança, necessitam de suporte de acompanhamento durante a noite”¹⁵³. Estes estabelecimentos acolhem durante a noite os idosos assegurando-lhes bem-estar e segurança, fazendo com que permaneçam no seu meio habitual de vida e evitando ou atrasando a ida para uma instituição.

Temos ainda a chamada **residência** tendo como conceito a “resposta social, desenvolvida em equipamento, constituída por um conjunto de apartamentos com espaços e/ou serviços de utilização comum, para pessoas idosas, ou outras, com autonomia total ou parcial”¹⁵⁴. A ideia de

¹⁵⁰ Ana Maria Chichorro (coord.). *Respostas sociais – Nomenclaturas/Conceitos*. (Lisboa: DGSSFC – Direção-Geral da Segurança Social, da Família e da Criança, 2006.), ficha B 1.2 (cód. 2102)

¹⁵¹ *Ibid.*, ficha B 1.3 (cód. 2103)

¹⁵² Psicossocial – relativo a fatores psicológicos e sociais.

¹⁵³ Ana Maria Chichorro (coord.). *Respostas sociais – Nomenclaturas/Conceitos*. (Lisboa: DGSSFC – Direção-Geral da Segurança Social, da Família e da Criança, 2006.), ficha B 1.4 (cód. 2104)

¹⁵⁴ *Ibid.*, ficha B 1.6 (cód. 2106)

projetar um alojamento permanente ou temporário, com serviços adequados às diferentes necessidades dos idosos biopsicossociais¹⁵⁵. Desta forma, garante-se assim uma vida segura, confortável, e de bem-estar, criando ainda condições para o relacionamento social e familiar, controlando ou atrasando as consequências do envelhecimento.

Por fim, temos o mais conhecido, o **lar de idosos** sendo a “resposta social, desenvolvida em equipamento, destinada a alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, para pessoas idosas ou outras em situações de maior risco de perda de independência e/ou de autonomia”¹⁵⁶. Este estabelecimento acolhe os idosos (ou outros, dependendo da situação) que apresentem situações de saúde e/ou económicas, sociais ou familiares que não lhes permita permanecer na sua própria casa. Tem como intuito responder às necessidades de cada utente, criando conforto e bem-estar, tendo a ideia da manutenção da independência e da autonomia; aproveitando incentivar e preservar as relações sociais e familiares.

Referiram-se aqui instituições de carisma residencial com apoio médico-hospitalar, mas temos casos da residência final dos idosos poder ser em hospitais ou estabelecimentos deste tipo. Tomando como exemplo pessoas com doenças crónicas acamadas, que ficam imenso tempo internados em tratamentos para reduzir dores ou, em outros casos, tentativas de cura que acabam por se tornar moradores, falecendo naquele local.

Temos ainda situações de estabelecimentos específicos como os de doenças psicológicas, que podem ser ou não instáveis, como também os de demência que foi uma das doenças que mais levou à criação de estabelecimentos específicos, e assim sucessivamente. Porém, nos vamos focar mais nas situações de idosos em geral, pelo facto de ser o primeiro passo para este tipo de habitação, sendo que os específicos são desenvolvidos com base nestes. Devemos ter em conta que, devido à variedade de opiniões e estabelecimentos possíveis de projetar para esta

¹⁵⁵ Biopsicossocial – relativo a fatores biológicos, psicológicos e sociais.

¹⁵⁶ Ana Maria Chichorro (coord.). *Respostas sociais – Nomenclaturas/Conceitos*. (Lisboa: DGSSFC – Direção-Geral da Segurança Social, da Família e da Criança, 2006.), ficha B 1.7 (cód. 2107)

faixa etária, será sempre difícil obter uma resposta direta, pois mesmo dentro do grupo dos idosos podemos encontrar imensas diferenças.

Visto isto, a 24 de setembro de 1994, a Carta Europeia dos direitos e liberdade do idoso neste tipo de instituições, refere algumas regras de funcionamento. Encontramos o respeitar à privacidade e à manutenção do seu papel social, favorecer o desenvolvimento da sua capacidade como também a liberdade de expressão dos seus desejos e de escolha. Tendo em conta esses direitos dos idosos, devemos garantir um ambiente acolhedor, com o melhor cuidado, apoiando a sua autonomia e por fim o proporcionar de cuidados não só médicos, mas sim a todos os níveis. O importante é entender o tipo de programa que melhor se adequa a estas sugestões, havendo sempre possibilidade de adaptações. Um aspeto que será quase como condicionante dos projetos, é “que o público-alvo contém características próprias e diferenciadas necessitando de um espaço agradável, confortável cujo ambiente estimule o bem-estar de cada um”¹⁵⁷. Um fator relevante é a mudança de um idoso para um estabelecimento destes, pois é um processo difícil e muito marcante para o idoso, logo a sensação que vai ter neste novo ambiente é fundamental. Os idosos, tal como todos nós, não gostam de ambientes médico-hospitalares, logo quanto mais residencial for o edifício mais fácil se torna a adaptação ao mesmo. Devemos ter edifícios que garantam a privacidade e intimidade dos residentes, como também promovam o convívio social e familiar, pois a contínua ligação com a família é muitíssimo importante, mostra aos idosos que participam na sua vida, que se importam com eles. Algo que os familiares podem fazer em certos casos é o participar também nas atividades coletivas. Como já referido algumas vezes, os idosos não são todo iguais, têm as suas necessidades específicas, e as instituições tem que ter variados programas que estimulem as necessidades físicas e mentais dos residentes, de forma a evitar ou a retardar a perda de mobilidade ou as doenças mentais possíveis, nunca esquecendo também as necessidades de saúde. A ligação com o exterior, com a natureza também é importante, logo, tem que ser um espaço bem pensado, com

¹⁵⁷ Joana Pereira. Humanizar o Habitar na Terceira Idade. Lar Casa de Magalhães. (Porto: Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências e Tecnologia, Arquitetura e Urbanismo. 2015), 29

zonas de convívio e repouso para os residentes conseguirem desfrutar desses ambientes acessíveis a todos. Quanto melhor qualidade de vida e segurança o idoso sente, maior será o seu bem-estar tanto físico como psicológico. Sendo assim, o arquiteto tem que ter em conta a localização, a orientação, o programa, a organização e o espaço exterior.

*

LAR DE IDOSOS DE ALCÁCER DO SAL

Tipo de Edifício	Lar
Estrutura da propriedade	Público
Arquitetura / Planeamento	Aires Mateus
Forma do edifício	Irregular
Numero de edifícios	1
Número de unidades	43 (38 quartos)
Primeira Ocupação	2010
Área total construída m ²	3640 m ²
Área total de zona específica m ²	Quarto individuais 17 m ² / Quartos Duplos 25 m ²
Pisos	3
Número de residentes possíveis	45
Contexto	Suburbano
Localização	Alcácer do Sal, Portugal

Tabela 6 - Quadro de especificações do Lar Alcácer do Sal, Aires Mateus

O Lar de Idosos de Alcácer do Sal é um projeto elaborado pela dupla de arquitetos Aires Mateus, foi concluído em 2010. Este projeto foi um dos cinco finalistas do prémio Mies Van der Rohe para a Arquitetura Contemporânea da União Europeia. Situado em Setúbal, Alcácer do Sal num contexto suburbano, com o intuito de servir não só Alcácer do Sal como também as aldeias próximas. Localizado num parque verde, o edifício acompanha as diferenças de cota, resultando assim num edifício com um aspeto mais moderno. Contendo uma cobertura acessível (Figura

60), remetendo-nos para um dos cinco pontos da arquitetura moderna, o terraço jardim, onde se recupera o solo ocupado pelo edifício, colocando um terraço na cobertura do mesmo.



Figura 60 – Foto do Lar Alcácer do Sal, 2013

Esta cobertura de gravilha, tem proteções/guardas para segurança de quem a utiliza, servindo de espaço exterior como também de uma bela zona para o apreciar do espaço envolvente do edifício. O objetivo do edifício foi de ter um programa entre hotel e hospital, sendo a tal dualidade que referimos de residencial e médico-hospitalar/saúde, de forma a conseguir responder ao maior número de necessidades dos sessenta utentes. A sua planta de forma irregular (Figura 61), tinha uma configuração de espécie de muro que naturalmente se interliga com o terreno.

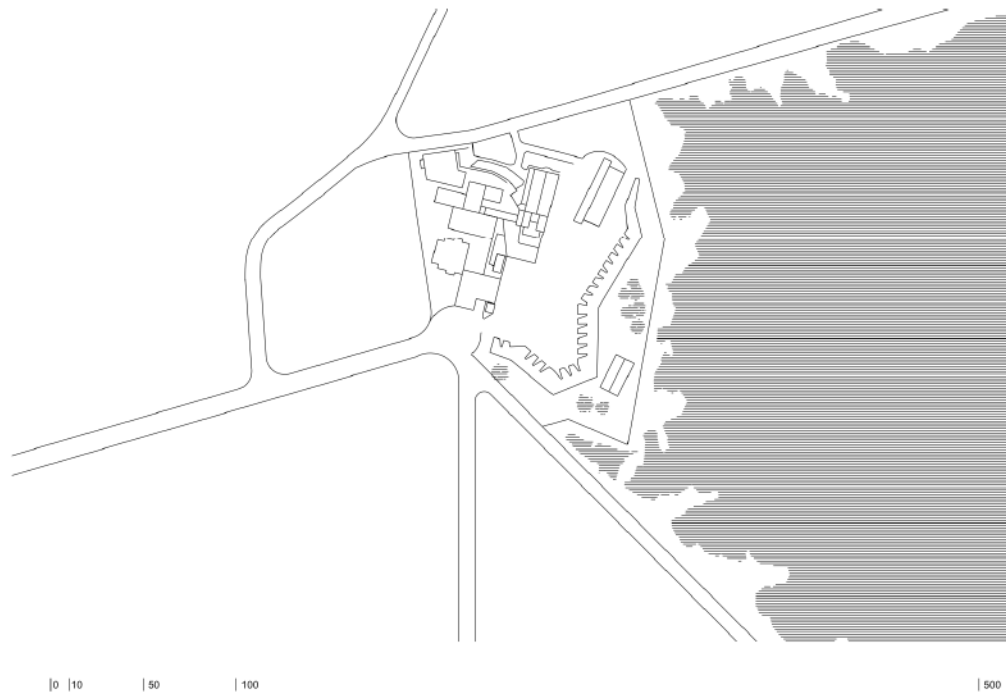


Figura 61 – Planta de implantação do Lar de Idosos de Alcácer do Sal

Tendo em conta as diferentes cotas do terreno, conseguiu-se obter um pátio que o próprio edifício limita juntamente com os existentes, sendo prolongado até a cobertura do edifício, resultando num corpo comprido e estreito. Desta forma, conseguimos obter um enorme espaço exterior com zonas verdes, que quando observamos uma foto aérea funciona como uma espécie de camuflagem para o edifício. Ainda derivado a isto não se tem um impacto brutal do edifício na zona de intervenção, pois com a cobertura acessível, dilui-se o mesmo na envolvente. Parte do edifício está enterrado (Figura 62), fazendo com que a observar-se a partir de determinadas perspetivas a altura de 3 pisos do edifício não se perceba.

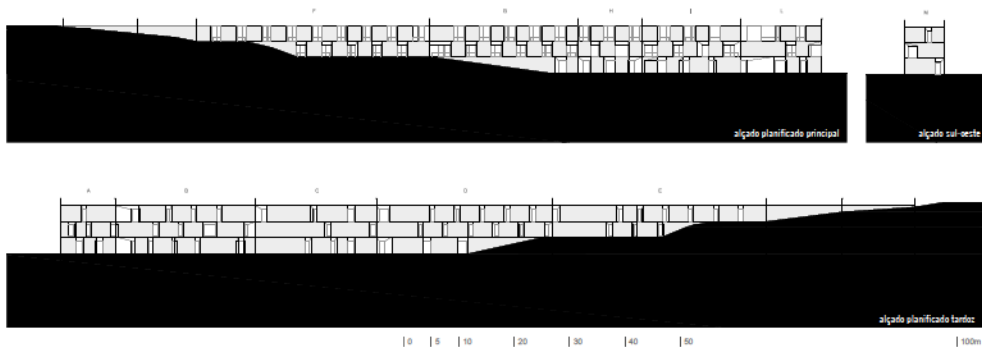


Figura 62 – Alçados do Lar Alcácer do Sal

Ao analisar estas figuras, percebemos que, a forma da planta juntamente com a parte enterrada do edifício, faz com que haja uma união do terreno e da envolvente, que apesar de ter uma forma irregular não se torna impactante. Para uma solução arquitetónica mais adequada, tendo em conta a adaptação dos utentes ao edifício, devido ao facto de estarem habituados ao seu espaço, à sua casa, à sua autonomia e independência, elaborou-se uma análise das vivências da população, tomando-as como uma das prioridades dos arquitetos. Desta forma, o edifício foi concebido para ter uma enorme ligação do interior e exterior, para que os utentes não se sintam presos, e como a ideia é de percorrer estes espaços, o percurso possível é um dos pontos centrais no projeto.

O edifício é rico em pormenores, que tem como objetivo facilitar a vida dos utentes, pois muitas vezes estes têm mobilidade reduzida. Por essa razão os corredores têm geometrias variadas, animando os percursos, para que este movimento de transição se processe de forma lenta, proporcionando vivências diversificadas, pontuados por espaços de apoio e janelas com vista para o exterior. ¹⁵⁸

O objetivo é tornar os acessos acessíveis a todos os espaços e a todos os utentes, tendo em conta as limitações possíveis dos idosos, e tornando o seu percorrer agradável. Outro aspeto importante são os espaços privados destinados a hortas, para que os utentes tenham também a vontade de vir ao exterior, havendo assim contacto com o resto da comunidade,

¹⁵⁸ Lúcio Soares. *Habitar/Envelhecer no séc. XXI: Memórias e Ambientes na Arquitetura*. (Viseu: Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional das Beiras. Dissertação de Mestrado Integrado em Arquitetura, 2012), 22

encorajando a inclusão social. O edifício tinha que garantir também a privacidade dos utentes, logo este equilíbrio entre a privacidade e a vida social são indispensáveis para obtermos um lar que reúna as condições para os idosos se sentirem confortáveis e integrados. A nível de segurança médico-hospitalar, os utentes têm apoio de saúde 24 horas, reforçando a dualidade residencial e médico-hospitalar. A nível exterior temos a fachada branca, sendo uma das características destes arquitetos, tal como o jogo dos cheios e vazios, avanços e recuos, o transparente e o opaco, que surgem não só por ser marca deles, mas também pela privacidade que se quer dar à área em questão. Claro que os espaços privados são mais fechados, e os públicos mais abertos, aproveitando estas aberturas para o pátio e para a paisagem envolvente (Figura 63).



Figura 63 - Foto do Lar Alcácer do Sal, 2013

O edifício tem um aspeto muito geométrico, apesar de todos estes contrastes, nota-se o rigor com que foi pensado e projetado, e quando observamos as arestas destes avanços e recuos dos diferentes pisos, temos a sensação de ausência de laje, sendo este efeito propositado pelo coincidir destas arestas umas com as outras (Figura 64).



Figura 64 - Foto do Lar Alcácer do Sal, 2013

Os recuos são umas espécies de varandas/terraços, criando o vazio no edifício, fazendo com que o mesmo não tenha um aspeto pesado de bloco de betão. Este imóvel é composto por 3 pisos com uma área de 3640m² e 43 unidades, sendo 38 apartamentos, a receção, a sala de visitas, a sala de estar, a enfermaria e a sala de jantar. Observamos um programa bastante simples com uma organização do programa, como já referido, que se distribui a partir dos grandes corredores, que dão acesso a todas as partes de forma fácil e direta, ajudando no convívio dos utentes e mantendo a privacidade, quando necessária. Conseguimos perceber que este projeto utiliza o desenvolvimento em corredor que não é direito, dando uma enorme atenção aos pormenores. As dimensões dos corredores variam conforme as necessidades, mas também têm formas variadas, de maneira a ter percursos mais longos que criem as diferentes vivências já referidas. Este corredor é de desenvolvimento completamente modernista, tal como todo o projeto, sendo este mesmo adaptado às necessidades do público-alvo. Ao longo dos corredores há vãos envidraçados para obtermos entradas de luz natural e a vista para o exterior. Encontramos também alguns espaços para servirem de apoio, sendo zonas de repouso e apreciação do exterior (Figura 65).



Figura 65 – Foto do corredor do Lar Alcácer do Sal

No piso 0 encontramos os serviços de cariz mais público, como a receção, sala de jantar, sala de convívio e a sala de visitantes (Figura 66).

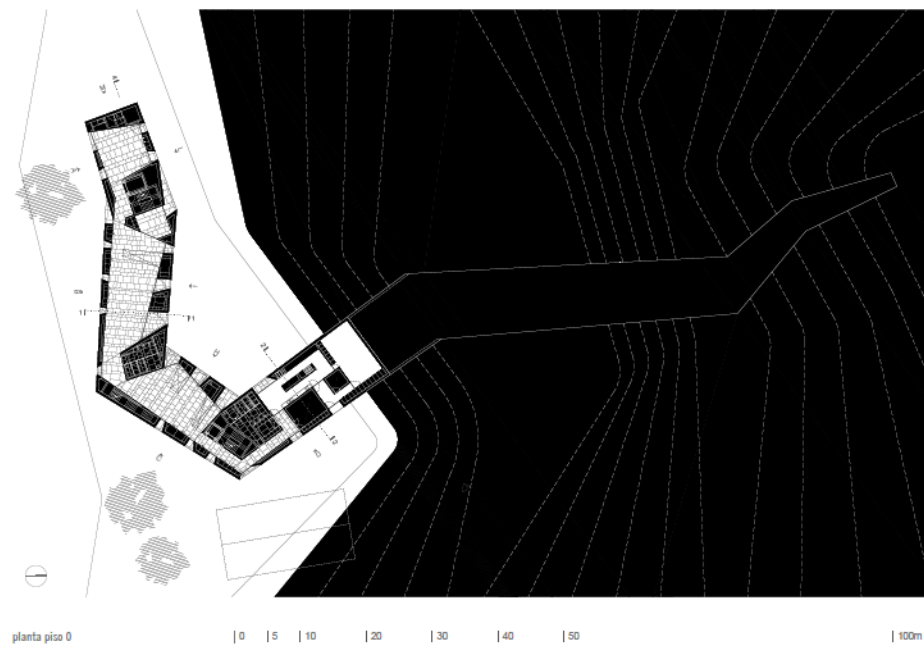


Figura 66 – Planta piso 0 do Lar Alcácer do Sal

No piso 1 e 2 (Figura 67 e 68), temos então os espaços mais privados, mais íntimos, como quartos individuais com uma área de 17 m² e quartos duplos com uma área média de 25 m².

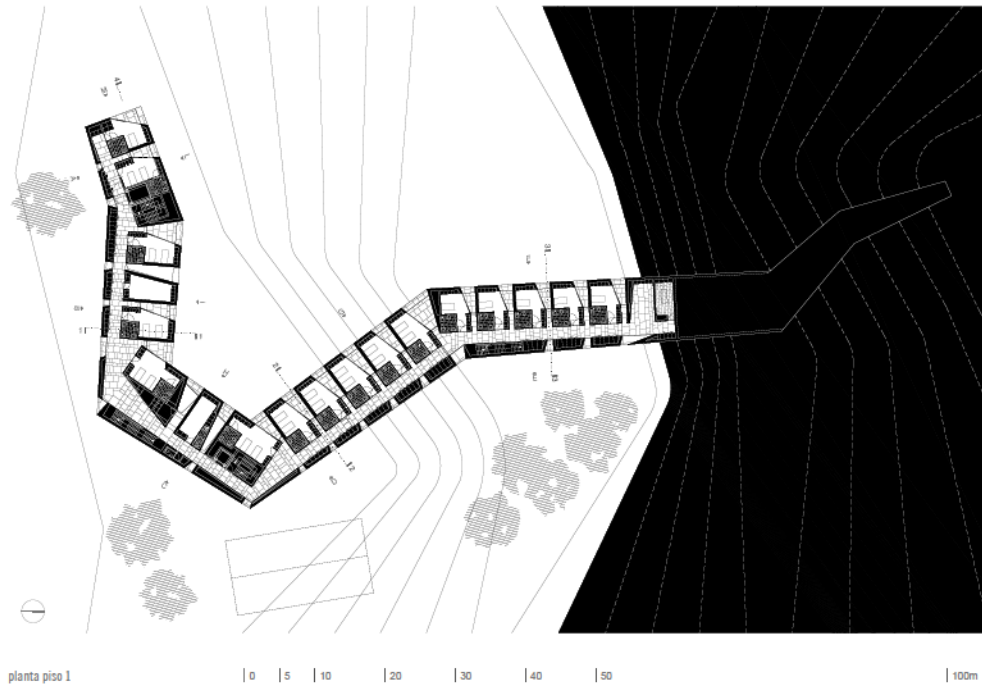


Figura 67 - Planta piso 1 do Lar Alcácer do Sal

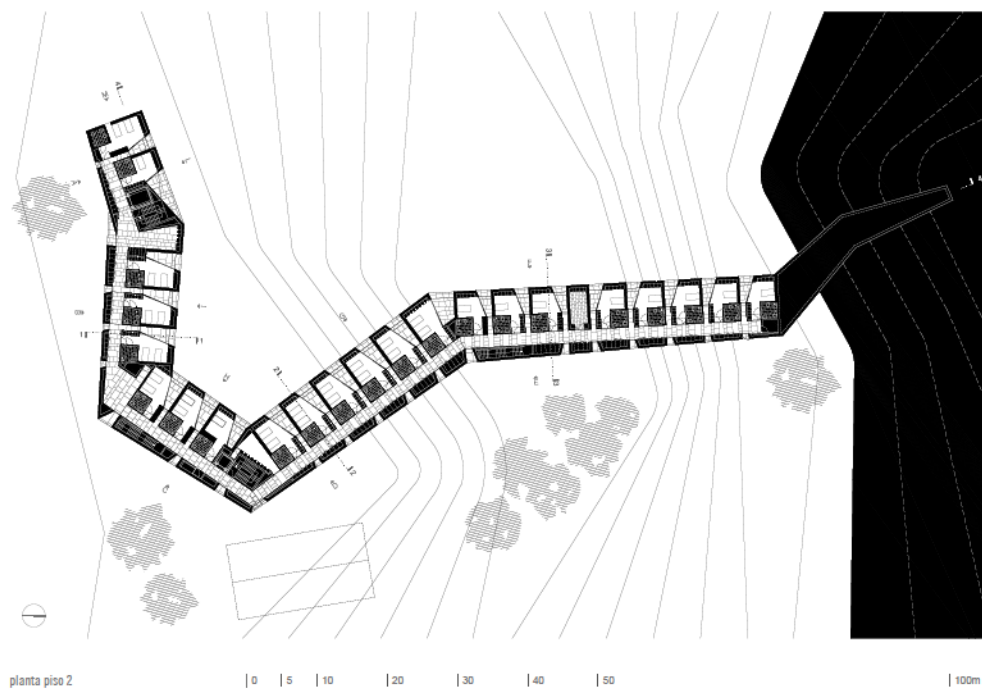


Figura 68 - Planta piso 2 do Lar Alcácer do Sal

Estes quartos têm acesso à casa de banho e varanda privativas (resultando dos avanços e recuos) que fazem com que os utentes consigam receber sempre luz exterior, como também usufruir do seu descanso, repouso, observando a paisagem e recebendo ar puro. Estas varandas privativas, com o intuito da receção da luz solar, fazem lembrar as galerias da cura dos sanatórios para tuberculosos, que funcionavam também como espécie de varanda/terraço para a *cura pelo ar*, com a diferença de geralmente ser coletiva. Os quartos acabam por se tornarem bastante simples, mas com imensa luz devido à varanda/terraço privativa, constituído pela cama(s), guarda-roupas e as mesinhas de cabeceira. Nunca esquecendo que analisamos um lar para idosos que necessitam de cuidados, logo a cama é das adequadas para o conforto dos mesmos, sendo uma espécie de cama hospitalar, com possibilidade de adaptação e da elevação da mesma (Figura 69).



Figura 69 – Foto de quarto do Lar Alcácer do Sal

Este projeto coloca as zonas comuns todas no mesmo piso, com o intuito de que todos os moradores se consigam juntar e conviver, permitindo assim, estarem mais próximos dos visitantes e do exterior. A forma

irregular do edifício, juntamente com a complexidade do terreno, facilita os diferentes pontos de entrada de luz, fornecendo aos moradores uma diversidade de paisagens, consoante o local em que se encontrem. Como observamos pelas plantas, as paisagens serão diferentes de um lado ao outro do edifício. Desta forma, conseguimos uma arquitetura ligada à envolvente, sendo um elemento muito importante na elaboração dos projetos para idosos. Temos aqui um edifício de caráter moderno, evidenciando o poder da nova arquitetura em fazer edifícios para idosos de forma bastante inovadora, não sendo nada semelhante aos típicos lares que estamos habituados a encontrar nas aldeias. Neste projeto entendemos perfeitamente que o piso 0 é dedicado a todas as questões mais públicas, sociais, de convívio, deixando os outros pisos para a privacidade e intimidade, não impedindo a interação dos moradores nesses pisos, mas sendo isso de forma mais pessoal entre utentes. A nível do programa percebemos que ele por si só é muito simples, ou seja, poucas unidades distintas facilitando o uso pelos utentes como também pelos profissionais. A medicina está presente através da colocação da enfermaria, o que de certa forma ajuda os utentes a sentirem-se mais seguros em caso de necessidade de apoio médico. O edifício teve em conta a possível mobilidade reduzida dos moradores, pensando fornecer-lhes a cada movimento “uma experiência diversa e emocional”¹⁵⁹. Visto os idosos se cansam rapidamente, tendo a necessidade de fazer várias pausas num simples percorrer de corredor, temos os espaços de repouso e descanso ao longo dos mesmos.

Resumidamente, encontramos um edifício para idosos adaptado à possível mobilidade reduzida e com extrema ligação com o exterior. Esta ligação ao exterior é reforçada pela cobertura acessível, lembrando o terraço jardim dos cinco pontos da arquitetura moderna. Este imóvel moderno é visualmente agradável, não refletindo o clima médico-hospitalar, nem a sensação de se estar preso num edifício. Os jogos elaborados com as formas e as entradas de luz ajudam a “abrir” o edifício, cortando a sensação negativa de isolamento. Encontramos uma arquitetura simples, moderna, mas funcional onde um primeiro impacto pode suscitar uma

¹⁵⁹ Fernando Guerra, Aires Mateus / Residências assistidas em Alcácer, Alcácer do Sal, Pt. Por Aires Mateus, Últimas reportagens < <http://ultimasreportagens.com/alcacer/>>

estranheza para os utentes que têm delineado no seu pensamento, que um lar de idosos é uma espécie de asilo de abandono pelos familiares, o que não acontece com este edifício modernista. Como ele não tem o aspeto de um típico lar, nem de um edifício médico-hospitalar, suscita curiosidade, tanto por parte dos idosos como dos seus familiares, em perceber o funcionamento do mesmo. Digamos ainda que um idoso num lar como este pode sentir-se num estabelecimento hoteleiro, mas de forma privilegiada, pois não estão alojados turisticamente, de visita, mas sim como uma residência própria, sendo a sua casa.

*

LAR CASA DE MAGALHÃES

Tipo de Edifício	Lar
Estrutura da propriedade	Público
Arquitetura / Planeamento	Carvalho Araújo
Forma do edifício	Regular - retangular
Numero de edifícios	3 (lar, centro de dia, edifício existente)
Número de unidades	37 (27 quartos)
Primeira Ocupação	2010
Área total construída m ²	Lar 2080 m ² , Centro de dia 212 m ² , Edifício existente 620 m ² (usado pela área de direção e serviço administrativo 105 m ²)
Área total de zona específica m ²	Quarto Duplo 20 m ² , Quarto simples 15,2 m ² Pátio principal 480,9 m ² , pátio secundário 41,8 m ²
Pisos	Lar 1 piso, Centro de dia 2 pisos, edifício existente 2 pisos
Número de residentes possíveis	Lar 40 utentes, Centro de dia 30 utentes, Apoio ao Domicilio 40 utentes
Contexto	Suburbano
Localização	Ponte de Lima, Portugal

Tabela 7 - Quadro de especificações do Lar Casa de Magalhães, Carvalho Araújo

O Lar Casa de Magalhães (2006-2010) é outro exemplo de um projeto para idosos, que se situa em Ponte de Lima, Freguesia do Freixo, da autoria do arquiteto José Manuel Carvalho Araújo¹⁶⁰.

Neste local existe uma habitação onde vivia uma senhora que doou o terreno e os seus anexos para a construção de um lar. A sua exigência era apenas “que a construção seja feita ainda antes da sua morte”, com isto a habitação existente não foi alterada. Este projeto uniu vários polos Sociais da Cidade como a Casa do Povo de Freixo e ao Centro Paroquial e Social de Fornelos.

Esta associação, com a intenção de melhorar a assistência à população na parte sul do Município, pretende reforçar uma Política Social que promove o Envelhecimento Ativo, a Inclusão Social e o enraizamento das populações. Há a intenção de fortalecer os serviços sociais, respondendo às necessidades existentes da população. Disponibiliza-se e equilibra-se uma rede de acesso aos equipamentos locais, promovendo a inclusão social bem como o apoio à compatibilização da vida profissional com a vida familiar.¹⁶¹

O novo arruamento proposto tem características rurais com um pequeno espaço de estacionamento contribuindo para a distribuição rodoviária. Com este acesso consegue-se aceder à cota mais alta da antiga eira, que distribui depois para o centro de dia e também para a área administrativa. O lar de idosos admite quarenta utentes, tendo ainda o apoio ao domicílio de mais quarenta utentes e um centro de dia para trinta e é composto por 27 quartos com instalações sanitárias, lavandaria, cozinha, refeitório, despensas, instalações sanitárias do pessoal e dos clientes, salas de convívio, sala de fisioterapia, consultório médico e de enfermagem, e receção. O seu programa é bastante simples e apresenta a dualidade do projeto de residencial e médico-hospitalar. Tal como no projeto anterior, percebe-se um maior enfoque na parte residencial, apesar de neste caso a nível médico-hospitalar não termos só a enfermaria, mas também a sala de fisioterapia e o consultório médico. As duas principais preocupações do projeto eram a orientação e morfologia do terreno e a particularidade do

¹⁶⁰ Este arquiteto nasceu em Braga em 1961, concluindo o curso de arquitetura em 1990. Abrir o seu atelier em 1996 chamado como J M Carvalho Araújo Arquitetura e Design, tendo sido também professor de projeto na Universidade Católica Portuguesa.

¹⁶¹ Joana Pereira. Humanizar o Habitar na Terceira Idade. Lar Casa de Magalhães. (Porto: Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências e Tecnologia, Arquitetura e Urbanismo. 2015), 54

sítio e da sua envolvente, pela existência do edifício habitacional de dois pisos e dos anexos. O projeto foi elaborado como uma espécie de prolongamento da base do já existente, assim a casa é a referência par aos serviços administrativos e os anexos foram reconstruídos dando lugar ao Centro de Dia. O novo edifício é um volume horizontal (Figura 70, 71 e 72), estabelecendo uma ligação com o terreno, fazendo com que haja contenção de terras e uma plataforma que é o nivelamento do terreno.

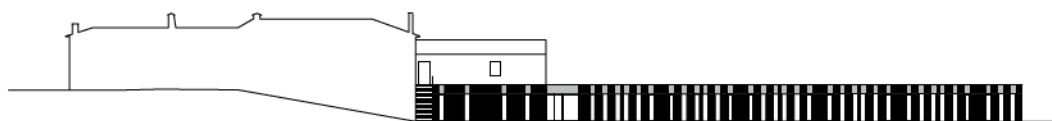


Figura 70 – Alçado Norte do Lar Cada de Magalhães

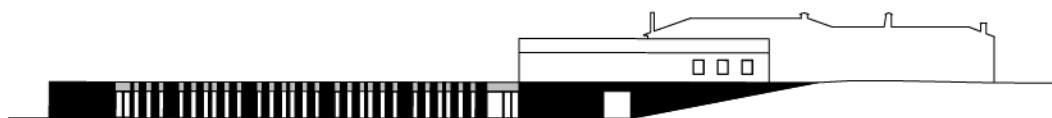


Figura 71 - Alçado Sul do Lar Cada de Magalhães

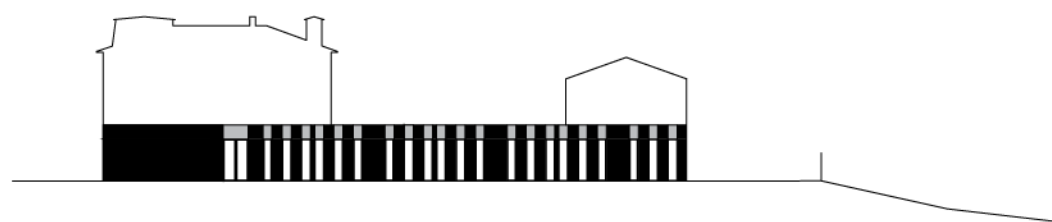


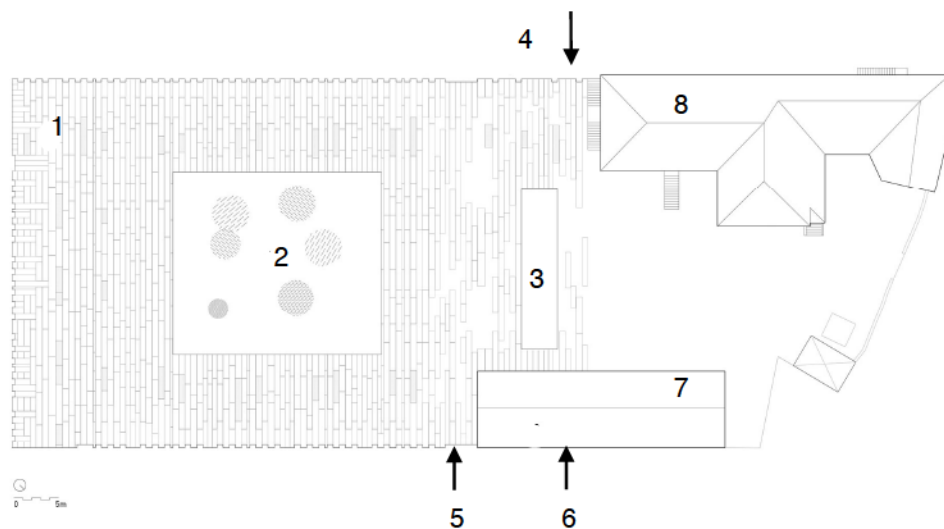
Figura 72 - Alçado Oeste do Lar Cada de Magalhães

Esta nova construção, como segue a base do existente, remata todo o conjunto, não retirando a importância do que se lá encontrava, demonstrando o cuidado na ligação entre o novo conceito e o já existente.

Surge como um volume compacto aberto a tempos para marcação de abertura de vãos/ saídas de emergência e definição de dois pátios. Fechado sobre si mesmo no perímetro exterior privado, abre-se no alçado interior para um pátio que ilumina áreas de uso comum, interiores e exteriores, e corredores de acesso aos quartos. Um segundo pátio, mais pequeno, estabelece uma transparência entre as zonas comuns sala estar-corredor-refeitório, e ainda permitindo a iluminação e ventilação natural da área de serviço.¹⁶²

A ventilação e a iluminação exterior / interior é sempre relevante, criando uma maior ligação entre o exterior e interior e também pelo evitar do uso de mecanização artificial. Com a disposição do projeto observa-se a conexão entre o edificado e a envolvente, notando-se este jogo entre a envolvente, a casa antiga e o novo volume. O pátio principal de maior dimensão é de carácter social e ajardinado, sendo cercado por um corredor de vidro com as áreas comuns, sociais e os 27 quartos. O segundo é de menor dimensão reservado ao auxílio ao lar com os diferentes equipamentos. A entrada de serviço é uma entrada já existente para a quinta, tal como, a entrada secundária. E, a habitação também tem uma entrada já existente e isolada. Com este formato de planta (Figura 73) vemos que os espaços abertos ajudam a abrir o edifício, desmaterializando a massa contruída. Através dos pátios vemos o interior do edifício, observando a vida e o movimento do estabelecimento.

¹⁶² Carvalho Araújo Arquiteto, Memória Descritiva e Justificativa. Braga, Fevereiro 2017 (Fonte: Documento fornecido pelo próprio atelier)



LEGENDA:

- | | |
|-------------------------------------|------------------------|
| 1 – Lar de Idosos | 5 – Entrada secundária |
| 2 – Pátio principal (social) | 6 – Entrada de serviço |
| 3 – Pátio secundário (equipamentos) | 7 – Centro de dia |
| 4 – Entrada principal | 8 – Casa Existente |

Figura 73 – Planta de cobertura do Lar Casa de Magalhães

Conseguimos perceber a tipologia de tipo pátio, tal como nos mosteiros. Os pátios dos mosteiros destinavam-se à meditação e orações, geralmente cercados por galeria. Neste caso, é um pátio interno de uso público para ligação com a natureza, de convívio, de descanso, de lazer, cercado por “muros de vidro”, ou seja, um corredor de fachada envidraçada. O pátio é ajardinado e como tal dificulta a acessibilidade às pessoas que tenham mobilidade reduzida, no entanto, com o apoio de terceiros conseguem usufruir desse mesmo pátio. O centro de dia é o volume novo na cota da eira, é a memória do anexo que lá existia e que foi demolido. O material do revestimento exterior do novo volume é de aço *corten* devido ao conceito e ligação que se quer com a envolvente. A envolvente é toda de natureza, com elementos como eucaliptos e esteios, ou seja, troncos de árvores. O arquiteto pretendia ter uma fachada ritmada, com vãos a rasgar a massa construída, verticalmente lembrando estes troncos (Figura 74), e pela textura e cor dos mesmos faz com que o edifício seja diluído no terreno.



Figura 74– Foto do Lar Casa de Magalhães

Na imagem vemos esses rasgos criados na massa, construída sem seguir nenhuma base rigorosa de distância, obtendo assim grossuras distintas, porque os troncos das árvores também não são todos da mesma dimensão. O tom escolhido do material é de tonalidade mais quente “destacando as estruturas antigas e elevadas ao manter a imagem original do edifício caído”¹⁶³. A escolha dos materiais teve em conta as exigências de baixa manutenção e de elevada durabilidade. No interior, temos por exemplo, material cerâmico nas zonas de águas e linóleo no resto dos pavimentos.

O exterior, como já referido anteriormente, também é importante, como tal, o arquiteto quer criar zonas acessíveis a todos, com mobiliário adequado para as pessoas se poderem sentar, descansar e conviverem. Estes espaços estão livres de poluição sonora, limpos e confortáveis. Nestes espaços os moradores têm ainda a possibilidade de apanhar azeitona e de cultivar pequenas plantações. A ligação do exterior com o interior é reforçada pelo facto do corredor que circunda o pátio ter esta fachada de

¹⁶³ Joana Pereira. *Humanizar o Habitar na Terceira Idade. Lar Casa de Magalhães*. (Porto: Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências e Tecnologia, Arquitetura e Urbanismo. 2015), 56

ligação em vidro, fazendo com que, quem passe no corredor veja o pátio e vice-versa, prolongando ainda a entrada da luz exterior (Figura 75, 76 e 77).



Figura 75 – Foto do pátio com vista para o corredor do Lar Casa de Magalhães



Figura 76 e Figura 77– Fotos do corredor do Lar Casa de Magalhães

A fachada de vidro dá a sensação visual de mistura/prolongamento do interior/exterior, apesar de se perceber que o edificado acaba ali e começa o exterior, parece que essa passagem fica mais leve. Todo o edifício é pensado de forma a garantir uma iluminação suficiente no interior, tal como no caso de estudo anterior, faz lembrar as galerias de cura dos sanatórios referidos neste trabalho. Encontramos aqui um espaço semelhante a uma varanda, com a finalidade de apanhar ar puro e luz solar, observando o exterior. A luz natural que atravessa estas fachadas dá ainda uma iluminação para a maioria dos espaços interiores, isto é, para os corredores e para os espaços comuns. Desta forma, obtemos espaços mais agradáveis, havendo sempre um reforço de ligação dos dois espaços, e, o ver os movimentos e as pessoas, atenua a sensação de estarem presos dentro de um edifício. Com estas alterações, consegue-se esquecer o paradigma já referido anteriormente, das residências para idosos serem de caráter médico-hospitalar/prisão. Uma das características deste estabelecimento é, precisamente, o aproveitar da iluminação exterior, como tal, também os quartos têm várias aberturas altas e estreitas (efeito da fachada) e os sanitários, claraboias (Figura 78).

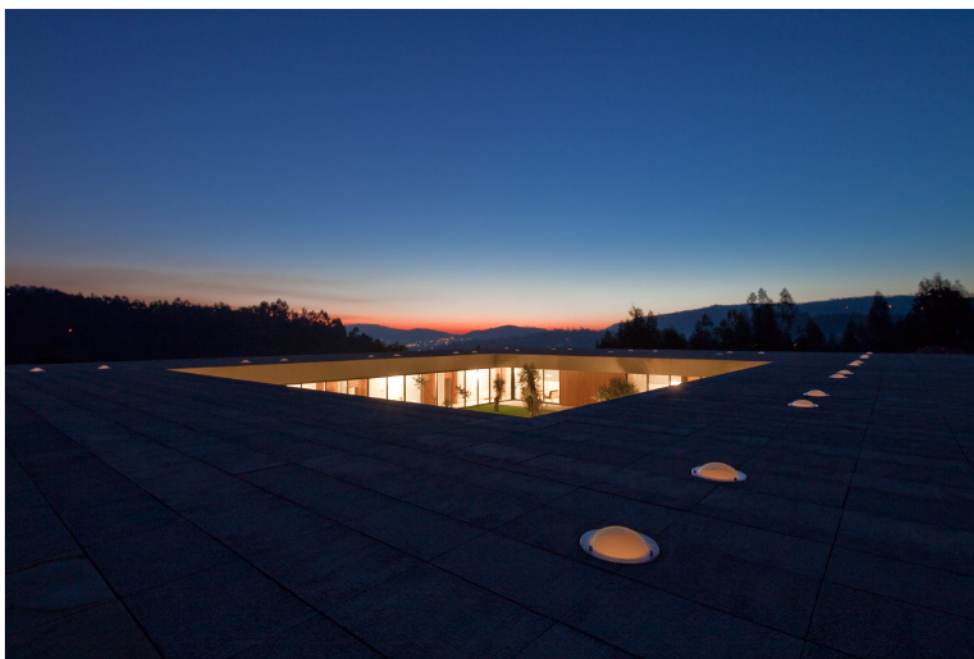


Figura 78 – Foto da cobertura com as claraboias do Lar Casa de Magalhães

Nesta imagem, além de vermos as claraboias refletindo a luz do interior, temos também o efeito que se cria durante a noite, ao acender as luzes. A iluminação atravessa as fachadas de vidro, sendo o oposto do que acontece durante o dia. Este volume correspondente ao lar e é composto por apenas um piso, enquanto o volume do centro de dia tem dois.

Relativamente à habitação existente, devido ao facto de estar a ser utilizada atualmente, será considerada a sua utilização numa fase inicial apenas uma parte do piso térreo, a área de administração - gabinetes.¹⁶⁴

No piso 0 (Figura 79) do lar, há a receção, a sala de atividades, o refeitório, as salas de estar, os quartos com os sanitários privativos, o gabinete médico, o cabeleireiro/apoio e a cozinha. No piso 0 do centro de dia, temos a sala do pessoal, a entrada de serviço e a área técnica. As salas de estar são espaços para pequenos grupos conviverem, com um ambiente mais familiar, podendo, ainda, ver televisão, ler ou até conversar. Estas duas salas de estar estão divididas por um plano de madeira, mas com a possibilidade de ligação entres elas. Na sala de atividades aparecem vários planos verticais de madeira a dividi-la, havendo diferentes espaços de convívio, aumentando, ainda mais, a interação social. Esta sala já tinha capacidade para grupos de maior dimensão que a anterior, sendo usada para grandes eventos, como palestras ou aniversários. Visto estas salas serem zonas de maior ruído, foram colocadas com alguma distância e orientadas de forma oposta, para evitar conflitos dos diferentes ruídos.

¹⁶⁴ Carvalho Araújo Arquiteto, *Memória Descritiva e Justificativa*. Braga, Fevereiro 2017 (Fonte: Documento fornecido pelo próprio atelier)



LEGENDA:

1 – Recepção	5 – Refeitório	9 – Lavandaria
2 – Quartos	6 – Gabinete Médico	10 – Sala do Pessoal
3 – Salas de Estar	7 – Cabelheiro / Apoio	11 – Entrada de Serviço
4 – Sala de atividades	8 – Cozinha	12 – Área Técnica

Figura 79 - Planta do piso 0 do Lar Casa de Magalhães e Centro de dia, sem escala

O refeitório é uma área ampla que contém mesas para quatro pessoas e está interligado ao pátio secundário, com o objetivo de produzir uma maior sensação de bem-estar na hora das refeições. Na planta, podemos ainda observar que as salas estão interligadas com o refeitório, o corredor, o pátio principal e as entradas principal e secundária. Nesta organização de programa, os espaços tornam-se agradáveis pelo conforto que se consegue com a boa iluminação e a escolha dos materiais, como por exemplo, a madeira que “faceia as paredes conseguindo um ambiente quente e familiar”¹⁶⁵. Outro ponto a favor do projeto é que o residente em qualquer das suas atividades de descanso, convívio ou refeições, pode observar o que se passa ao seu redor com todas as fachadas envidraçadas. Os quartos estão organizados de forma contínua o que facilita o apoio dos auxiliares quando necessário e a dimensão dos mesmos permite aos residentes não usarem apenas esta área para dormir, podendo realizar outro tipo de atividades mais simples como bordar ou ler. As suas aberturas envidraçadas permitem o apreciar de natureza mesmo da própria cama, o que reforça a ligação interior/exterior.

¹⁶⁵ Joana Pereira. *Humanizar o Habitar na Terceira Idade. Lar Casa de Magalhães*. (Porto: Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências e Tecnologia, Arquitetura e Urbanismo. 2015), 62

É de referir outro aspeto de importância neste projeto que é a questão das acessibilidades, hoje em dia, qualquer edifício de caráter público deve pensar nas diferentes questões de acessibilidades. Um lar é desenvolvido para idosos, a faixa etária mais vulnerável e com mais probabilidade de mobilidade reduzida, por esta razão, tem de dar resposta a estas questões, com rampas, elevadores, dimensões dos espaços, pavimentos apropriados ou ainda outros. Neste projeto o arquiteto desenvolveu tudo num piso, de forma a não haver desníveis e a não necessitar de estruturas como elevadores ou rampas (a não ser as rampas de entrada e saída do lar nos espaços exteriores), pensando apenas na questão dos pavimentos, instalando pisos que não fossem escorregadios. Algo que deve ser referido como um pequeno descuido ou falha, é a falta de corrimentos nos corredores, pois, apesar de normalmente só se colocarem nas escadas, neste local seria fundamental, porque muitas vezes, os idosos precisam de se apoiar por se cansarem mais facilmente, logo corrimãos nos corredores seria algo bastante positivo, evitando o apoio diretamente nas paredes.

O Centro do Dia como já referido é de dois pisos, logo tem estrutura como elevadores e escadas. Os residentes, do centro de dia ou do lar, convivem nos mesmo espaços, por isso, os idosos para participarem nas atividades terapêuticas realizadas no centro de dia, podem usufruir destas estruturas consoante as necessidades. Este projeto, contrariamente ao Lar Alcácer do Sal que tinha três pisos, é só de um, mas a nível de funcionamento conseguimos perceber as semelhanças, como a ligação da importância com o exterior, os corredores, as zonas de convívio ou as zonas de privacidade. Há semelhanças e diferenças, mas ambos demonstram o cuidado com o programa e com as necessidades do público-alvo.

*

Até agora analisamos dois projetos nacionais do mesmo ano (finalizados em 2010), situados em cidades diferentes, e com tipologias distintas, vamos, de seguida, estudar um a nível internacional, para ver as

semelhanças ou diferenças que podem existir e perceber melhor a variedade que podemos ter.

RESIDENTIAL HOME FOR THE ELDERLY

Tipo de Edifício	Apartamentos residenciais
Estrutura da propriedade	Público
Arquitetura / Planeamento	Peter Zumthor
Forma do edifício	Regular - rectangular
Numero de edifícios	1
Número de unidades	23 (21 apartamentos)
Primeira Ocupação	1993
Área total construída m ²	2690 m ²
Área total de zona específica m ²	Apartamento completo 60 m ²
Pisos	3
Número de residentes possíveis	21
Contexto	Suburbano
Localização	Masans, Chur, Suíça

Tabela 8 – Quadro de especificações da Residential home for the Elderly, Peter Zumthor

Residential home for the Elderly é um projeto diferente dos anteriores, pois destina-se a pessoas que ainda são independentes, idosos capazes de concretizar as tarefas diárias, com autonomia e sentido de responsabilidade e que apenas necessitam de uma habitação mais adequada à sua idade para uma maior facilidade no seu quotidiano. Este projeto do arquiteto Peter Zumthor¹⁶⁶ situa-se em Chur, Masans na Suíça, sendo do ano de 1993. O edifício está instalado num subúrbio a Norte de Chur, entre o centro de idosos de Masans e o lar de idosos existente.

¹⁶⁶ Peter Zumthor é um arquiteto suíço nascido a 26 de Abril de 1943, estudou no Pratt Institute em Nova Iorque em 1960, foi professor em alguns estabelecimentos de ensino como o Instituto de Arquitetura Sul da Califórnia. Este arquiteto recebeu alguns prémios, como por exemplo o Prémio de Arquitetura Erich Schelling em 1996, o Prémio Pritzker de Arquitetura em 2009 e a Medalha de Ouro do RIBA em 2013. Algumas das suas obras foram por exemplo o Museu de Arte Chur na Suíça e o Pavilhão da Suíça EXPO 2000 na Alemanha de 1997-2000.

Temos, neste caso, uma espécie de complexo organizado onde os edifícios envolventes e o novo formam um bairro ao redor de um pátio. Na elaboração do projeto aproveitaram o que já existia, como o abrigo e o limoeiro (Figura 80).



LEGENDA:

1 – Residential Home for the Elderly

3 – Centro de idosos

2 – Lar de Idosos

4 – Espaço para Eventos

Figura 80 – Implantação da Residential Home for the Elderly, sem escala

A planta do edifício tem uma forma regular retangular, sendo um edifício com 3 pisos, onde temos 21 apartamentos com uma área média de 60 m², a sala de estar e a enfermaria. Relativamente aos casos de estudo que já foram analisados aqui encontramos um programa mais simples, uma vez que o público-alvo seriam idosos independentes. A dualidade de conceitos que fomos referenciando, entre residencial e médico-hospitalar, tal como nos casos anteriores, aqui também se encontra, na enfermaria projetada. O local de implantação do edifício, na minha análise, é estratégico, pois existem mais dois edifícios próximos, também destinados à população idosa, mas dependentes de apoio de terceiros, como tal, encontramos um uma espécie de complexo destinado à população idosa.

Relativamente ao próprio edifício podemos verificar que o piso técnico é o de baixo com uma área de 604 m², tendo uma parte semienterrada, resultado das diferentes cotas do terreno. Os outros dois pisos consistem na habitação propriamente dita, onde cada uma tem uma área de 1043 m², enquadrando-se na zona e respeitando a volumetria existente (Figura 81). De certa forma, temos um bloco retangular com os apartamentos em fila, de um quarto apenas, isto nos dois pisos, “ligados por uma galeria transparente, larga o suficiente para funcionar como espaço comum e de convívio”¹⁶⁷.

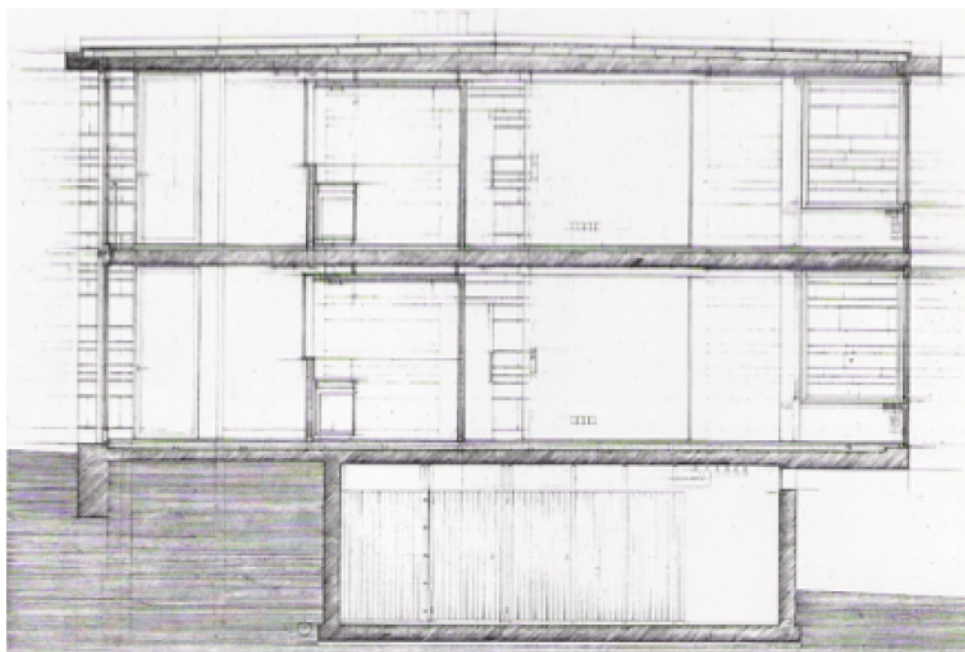


Figura 81 – Corte da Residential Home for the Elderly, sem escala

O volume no exterior tem poucos materiais distintos, restringindo-se ao betão aparente, à madeira e ao tufo calcário. Desta forma, não só temos um programa simples como também temos poucos materiais diferentes utilizados, logo em geral, um projeto bastante simples. O lado virado para o é o Este, tem lajes de pedra intercaladas com enormes vãos de vidro de caixilharia de madeira, dando a sensação do edifício ser apenas de um

¹⁶⁷ Mário Silva. *Arquitetura Geriátrica*. (Coimbra: Departamento de Arquitetura da Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra. 2009), 31

único piso (Figura 82). No lado oposto (Oeste), o conceito é o mesmo, o que altera é a proporção, ou seja, os vãos com as caixilharias passam a ter a maior área do alçado (Figura 83).



Figura 82 – Foto do Alçado Este da Residential Home for the Elderly



Figura 83 – Foto do Alçado Este da Residential Home for the Elderly

Estes vãos envidraçados pertencentes ao corredor/galeria, tal como os anteriores, fazem lembrar os sanatórios para os tuberculosos com as galerias de cura, enormes entradas de luz e aproveitamento da paisagem exterior. Com estes enormes vãos envidraçados, temos uma entrada de luz natural deveras relevante, iluminando o interior durante o dia e, durante a noite é a luz artificial que se reflete para o exterior, tal como acontecia no caso de estudo anteriormente analisado.

Entre os pisos temos uma laje de menor espessura, nos extremos, lajes mais bem definidas, e no topo do edifício existe um grande vão envidraçado vertical, servindo para iluminar a galeria. A utilização de uma variedade mais reduzida de materiais e de forma tão simples faz com que se percebam perfeitamente os diferentes apartamentos, tal como a preocupação com a ligação ao exterior através das enormes áreas envidraçadas. Os apartamentos ficam todos orientados para Oeste, para a zona de entrada e a galeria fica na cota mais alta do terreno, aproveitando a relação com o jardim e com as árvores de fruto. O verde da natureza ao redor do edifício ainda o realça mais, e com a limpeza desta área exterior e dos acessos, há a possibilidade de fácil mobilidade para o pátio.

A planta do edifício é baseada na ideia de elementos sólidos (peças de alvenaria), blocos sanitários sólidos, caixas de madeira não estruturais, colocados em intervalos regulares dentro de uma área bem definida, fluindo num espaço contínuo. O tufo calcário do exterior é contínuo e penetra para o interior. O piso do corredor em madeira à cor natural e dentro dos apartamentos as placas de madeira mais avermelhadas definem e delimitam os diferentes espaços interiores.¹⁶⁸

A simplicidade geral do edifício torna-se um fator muito positivo no projeto, pois quanto mais simples se apresenta, maior é a sensação de bem-estar para os idosos, não sentindo dificuldade na movimentação, no seu uso diário. No interior continuamos a ter o uso dos mesmos materiais, o que demonstra a sensibilidade na escolha dos materiais e nos detalhes construtivos, percebendo-se a recriação de um espaço rural numa zona suburbana. Isto acontece precisamente para que os moradores se sintam

¹⁶⁸ Mário Silva. *Arquitetura Geriátrica*. (Coimbra: Departamento de Arquitetura da Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra. 2009), 33

em casa, lembrado as suas vidas nas suas próprias residências, sentindo, deste modo, mais conforto, segurança e bem-estar.

Pavimento de madeira que soa oco quando se caminha sobre ele; painéis de madeira sobre o tufo das paredes de calcário; uma varanda integrada protegida do vento; num canto frontal da parede, uma janela de sacada com vista para o vale, e na kitchenette, revestida a madeira de videiro, uma janela através da qual se pode lançar um olhar curioso sobre um pátio privado no corredor exterior, ou ver o movimento humano do lado Este do pátio.¹⁶⁹

Desta forma, tem-se a sensação de não se encontrar num estabelecimento adequado à sua faixa etária, pois sentiam-se em algo familiar, ligados às suas aldeias.

A nível de organização do programa, como já referido, o piso técnico é o inferior e a entrada para o mesmo faz-se pelo lado da frente. No caso dos apartamentos, temos as entradas ao nível do terreno, pela traseira do edifício que se situa em duas zonas afastadas dos topos, nas zonas de caixilharias, havendo assim dois hall-de-entrada. Para o piso superior, existem os equipamentos como escada e elevadores.

Situados num único módulo, os apartamentos são todos iguais. (Figura 84).

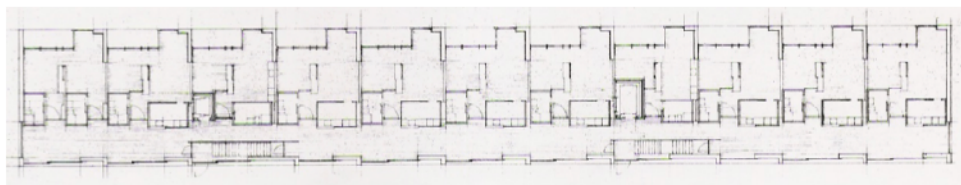


Figura 84 – Planta dos módulos habitacionais de Residential Home for the Elderly, sem escala

Uma das características deste projeto é a presença da *planta livre*, que permite a colocação das paredes interiores de forma livre por não precisarem de ser estruturais. Esta característica é um dos cinco pontos de

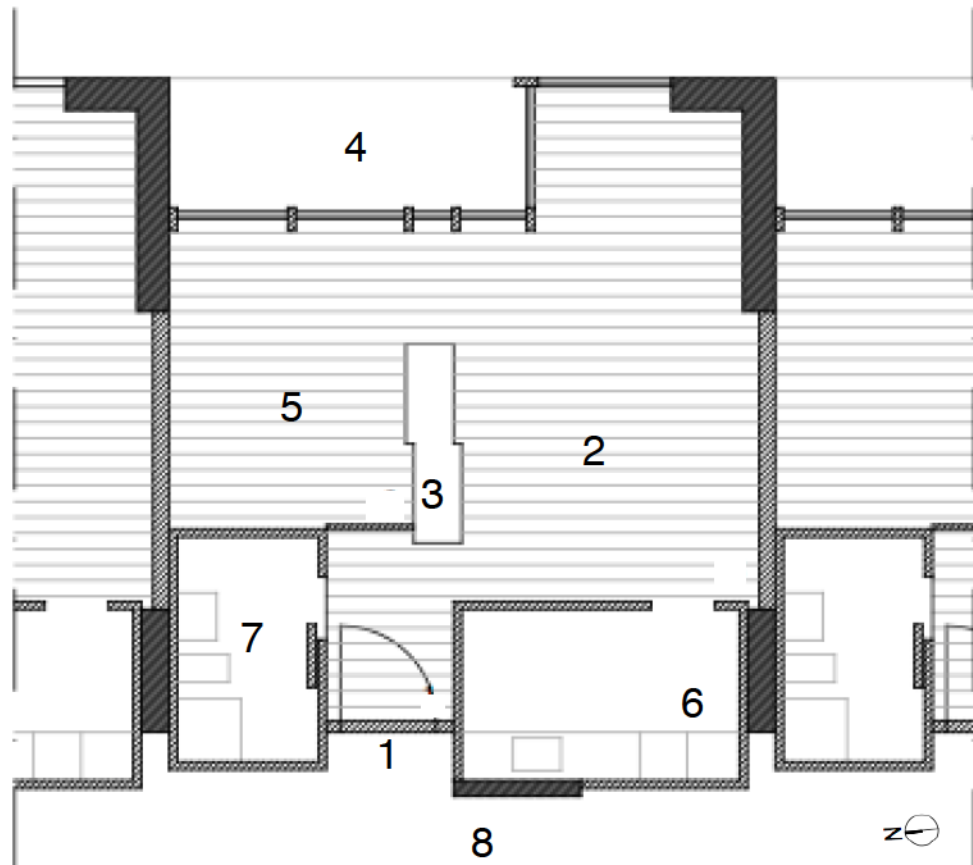
¹⁶⁹ Mário Silva. *Arquitetura Geriátrica*. (Coimbra: Departamento de Arquitetura da Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra. 2009), 35

uma arquitetura moderna. Tal como a *fachada livre*, que permite também o projetar da fachada sem impedimentos, como as *janelas em fita* possibilitando esta forte relação com a paisagem. Com estas características conseguimos conectar este edifício com a arquitetura moderna, demonstrando que, apesar da simplicidade que o edifício insinua ter, ele é pensado e planeado de forma a garantir segurança e conforto.

Resumidamente, temos os apartamentos colocados uns ao lado dos outros, unidos por um corredor/galeria, que é o espaço público com os enormes vãos envidraçados, com o intuito de iluminar este corredor/galeria e as zonas de serviço dos próprios apartamentos. Desta forma, temos uma espécie de espaço exterior no interior, mas com um aspeto positivo - não estar sujeito às condições climáticas. Neste caso, temos um conjunto de habitações individuais com as condições necessárias para os idosos, ou seja, muita luz exterior, grandes vãos para visualização das paisagens, espaço com o estritamente necessário, tudo muito simples, permitindo aos idosos realizar facilmente todas as suas tarefas. O idoso para conseguir ser autónomo e independente tem que ter uma residência adequada às suas fragilidades, ou seja, mobilidade mais condicionada, a visão pouco apurada, ou outras situações do envelhecimento biológico que não debilitam o idoso, mas que podem afetar a sua vivência diária. Com residências pensadas e projetadas propositadamente para eles, consegue-se agilizar e contornar as consequências que estas fragilidades podem trazer. Por exemplo, a mobilidade lenta e dificultada, pode ser facilmente colmatada com espaços mais abertos e distâncias menores, evitando os recantos e situações que possam originar algum tipo de queda. Mesmo nas tarefas mais simples como o tratar da própria alimentação, o fácil acesso aos ingredientes e aos utensílios a utilizar é um aspeto que pode melhorar o dia-a-dia do idoso. Dando mais atenção a estes pormenores, o idoso acaba por ter a sua residência, o seu lugar íntimo e estar próximo de outras pessoas com a mesma idade, tanto do bloco habitacional onde se insere como das envolventes e deste modo ser bem mais feliz.

Relativamente ao módulo habitacional, a sua dimensão é de 7,60 por 12 metros, definida pela estrutura de betão. Estas estruturas resultam de uma espécie de “caixas” de madeira com betão, assim como as instalações

sanitárias, que são fechadas do lado da galeria, definindo, deste modo, uma zona de entrada. Do lado oposto, um enorme vão de janela do qual a quase totalidade apresenta um recuo, resultando numa zona de varanda. A zona da sala e a do quarto é dividida apenas por um armário que define estas áreas e ajuda a ligação direta da entrada com a sala (Figura 85).



LEGENDA:

- | | | | |
|-------------|-----------------------|-------------|----------------------------|
| 1 – Entrada | 3 – Armário “divisão” | 5 – Quarto | 7 – Instalações Sanitárias |
| 2 – Sala | 4 – Varanda | 6 – Cozinha | 8 – Corredor/galeria |

Figura 85 - Planta de um módulo de apartamento de Residential Home for the Elderly, sem escala

Como vemos pela planta, o módulo é muito simples e de fácil utilização. As zonas da cozinha e da instalação sanitária são as que se encontram fechadas, de forma a se obter o resto dos espaços mais limpos e amplos. A enorme varanda, além de servir como zona de contacto com o exterior e

de descanso, como já foi referido, faz com que seja possível o aproveitar da luz natural para o interior, incidindo no quarto e na sala. As portas foram pensadas de forma a criar a sensação de um grande espaço, pois quando fechadas pareciam desaparecer nos armários por estarem embutidas dos dois lados.

O conceito do edifício distingue-se pela própria simplicidade, ou seja, apartamentos individuais, havendo uma sala de visitas e também um quarto para o funcionário. Ainda na planta, percebemos as grandes áreas de vidro que, como referido servem para aproveitar a luz do exterior e a possibilidade do apreciar a paisagem. Claro que apesar de ser um apartamento dito normal, notam-se as preocupações geriátricas com alguns pormenores, como por exemplo a porta de entrada ter uma largura de um metro e vinte, facilitando a acessibilidade das cadeiras de rodas, ou a permanência de uma enfermeira para apoio médico-hospitalar.

Analisamos assim um conjunto habitacional com uma área total de 2690m², projetado para pessoas idosas que ainda tenham autonomia, e que possam precisar de apoio pontual, o que leva à existência do piso técnico. Apesar de serem apartamentos completos individuais, temos zonas comuns como o corredor/galeria. A ligação ao exterior é conseguida também com este corredor/galeria e com os grandes vãos que permitem o olhar sobre a paisagem tal como, a entrada de iluminação. Como espaço de convívio exterior não podemos esquecer o pátio, ou seja, apesar de ser um edifício de conceito diferente não deixa de ter semelhanças com o anterior nas questões que tentam incluir os idosos com a envolvente. Desta forma, tenta-se incentivá-los a irem para o exterior para conviver não só com as pessoas do edifício em questão, mas com aqueles edifícios que os rodeiam, evitando a sensação de isolamento. Este edifício contém características da arquitetura moderna, como o corredor/galeria, que percorre todo o edifício e que dá acesso a todas as unidades, tal como os outros pontos da arquitetura moderna já referidos anteriormente. Relativamente às semelhanças com os casos de estudo anteriores, temos que ter em conta que, apesar de ter como público-alvo os idosos, falamos de idosos distintos, aqueles que necessitam de apoio diário, dependentes

de terceiros e com a eventual necessidade de ir para o lar (os dois primeiros casos de estudo) e aqueles idosos autônomos e independentes. Só por isto já existem diferenças, mas pensando numa análise arquitetônica, percebemos o cuidado em todos eles com as questões geriátricas. Por exemplo, apesar dos lares não terem módulos habitacionais devido ao que acabamos de mencionar, têm os quartos individuais, a preocupação das entradas de iluminação nos mesmos, a fácil movimentação no interior, uma zona privada de descanso ou de pequenas tarefas como ler um livro. Como já foi referido, temos as questões dos corredores que apresentam semelhanças com as galerias de cura dos sanatórios, e nestas tipologias residenciais todas elas servem como zona de movimento, com cariz de convívio, aproveitamento da paisagem e da luz natural. Todos eles têm a sua génese nos princípios da arquitetura moderna, e um imenso cuidado com a ligação ao envolvente.

*

Analisando ainda outro exemplo internacional, podemos pensar nos apartamentos também destinados a pessoas que ainda tenham autonomia para a execução das tarefas diárias, mas considerados residenciais para idosos. Neste caso iremos analisar os apartamentos Wozoco's dos arquitetos MVRDV¹⁷⁰.

¹⁷⁰ MVRDV é um atelier de arquitetura neerlandês formado pelos arquitetos Winy Maas (M), Jacob van Rijs (VR) e Natalie de Vries (DV), são os três fundadores e diretores do atelier.

Winy Maas nascido na Holanda em 1959 é arquiteto, paisagista, urbanista e professor de design arquitetónico no Massachusetts Institute of Technology, professor de arquitetura e design urbano na Faculdade de Arquitetura da Universidade de Tecnologia de Delft. Teve o seu diploma como paisagista em 1990 da Delft University of Technology.

Jacob van Rijs nascido em 1965 em Amsterdão, é um arquiteto e urbanista, sendo também professor na Universidade Técnica de Berlim. Completou seus estudos na Universidade de Tecnologia de Delft. É presidente no Instituto Real de Arquitetos Holandeses no Programa Internacional sendo de apoio aos arquitetos holandeses, como também tem posição no Conselho de Comércio e Investimentos da Holanda, onde também representa os arquitetos.

Natalie de Vries nascida a 1965 em Appingedam, é uma arquiteta holandesa, palestrante e urbanista. Também completou os seus estudos na Universidade de Tecnologia de Delft, sendo professora no Instituto Berlage em Roterdão, o ABK em Arnhem e a própria Universidade onde estudou, em 2013 também se tornou professora na academia alemã de arte em Kunstakademie Düsseldorf. Ainda faz imensas participações nos júris internacionais, e praticando ainda outras funções de conselhos ou arquitetura.

WoZoco's

Tipo de Edifício	Apartamentos residenciais
Estrutura da propriedade	Público
Arquitetura / Planeamento	MvRdV – Maas, van Rijs, de Vries
Forma do edifício	Irregular
Numero de edifícios	1
Número de unidades	100 apartamentos
Primeira Ocupação	1997
Área total construída m ²	12033 m ²
Área total de zona específica m ²	Módulo individual apartamento de 72 a 89 m ²
Pisos	9
Número de residentes possíveis	100 (cada apartamento é individual só de um quarto, mas alguns deles tem espaço para quarto adicional)
Contexto	Suburbano
Localização	Amsterdão, Osdorp - Holanda

Tabela 9 - Quadro de especificações dos apartamentos WoZoCo's, MvRdV

O edifício, do ano de 1997, situa-se em Amsterdão, na Holanda, e foi edificado com o objetivo de ser habitado por pessoas de faixa etária superior a 55 anos, mas não descartando a possibilidade de, futuramente, outras faixas etárias usufruírem destes apartamentos. Situado a Oeste da cidade, na periferia suburbana, este edifício tem a sua implantação (Figura 86), a norte de um terreno de forma retangular. Faz o fechamento do quarteirão que é constituído por mais quatro edifícios, dispostos de forma perpendicular a este, deixando ainda espaço para o estacionamento. O imóvel foi implantado de forma perpendicular aos existentes derivado à sua grande extensão e também por haver a necessidade de o afastar dos existentes por causa das questões de ensombramento. Esta necessidade surge causada pela legislação do país. A envolvente do mesmo está definida por dois quarteirões de habitação a Oeste e a Sul, a Este temos um canal de água rodeado por arborização e a Norte um via automóvel.



Figura 86 – Implantação apartamentos WoZoCo's

Na observação da implantação conseguimos perceber que o edifício tem uma dimensão maior que os já existentes, contendo ainda umas espécies de blocos colados a uma das fachadas, que nada tem a ver com o que acontece na envolvente.

O edifício pousa numa praça coberta com lajetas de betão – que regulam o quarteirão delimitado por material arbóreo de médio porte, que faz a filtragem da via e dos edifícios contíguos, e de grande porte no lado do aqueduto –, e que as suas alternâncias de cheio/vazio formam pequenos canteiros de vegetação, de dimensão irregular e orientadas com volume; assume-se individualmente na envolvente através da sua forma irregular e dos materiais que utiliza, não respeitando a linguagem da envolvente, e a afirmando-se por si só como elemento fraturante.¹⁷¹

Neste local o edifício é de 9 pisos com uma planta retangular e volumes pontuais suspensos em consola no lado norte. Esta forma surgiu derivado ao programa exigido, ou seja, o projeto tinha que ser composto por 100 apartamentos com uma zona comum, um salão para convívio e reuniões. Porém, devido à legislação só poderiam construir 87 unidades de forma a

¹⁷¹ Mário Silva. *Arquitetura Geriátrica*. (Coimbra: Departamento de Arquitetura da Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra. 2009), 43

garantir uma boa iluminação nos estabelecimentos vizinhos. É de referir ainda que, por causa da legislação, não podem existir “habitações com aberturas voltadas para orientação norte”¹⁷² dificultando ainda mais a sua construção. Este edifício foi moldado pela legislação, pelo local e pelo programa exigido.

Com isto, ficavam a faltar 13 apartamentos para cumprir com o programa, e a solução encontrada pelos arquitetos foi colocá-los suspensos na fachada, não dando mais altura ao edifício e, podendo assim ter os 100 apartamentos, sem comprometer os existentes. De certa forma, temos um edifício em altura, com 9 pisos e 13 apartamento encostados a uma das fachadas. Assim sendo, a estrutura destes treze apartamentos teve de ser muito bem pensada, e sendo volumes com alguma dimensão, os materiais utilizados bastante resistentes e leves. Para isso, sustentaram-se nas paredes de betão do edifício, obtendo uma estrutura simples (Figura 87 e 88), mas que causa impacto, ou seja, paralelepípedos em aço com diferentes dimensões.

¹⁷² Jorge Navarrete. *Habitação Multifamiliar Contemporânea: Lotes aéreos para moradias flexíveis*. (São Paulo: Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Tecnologia, Campus de Presidente Prudente. Curso de Arquitetura e Urbanismo, 2011), 48

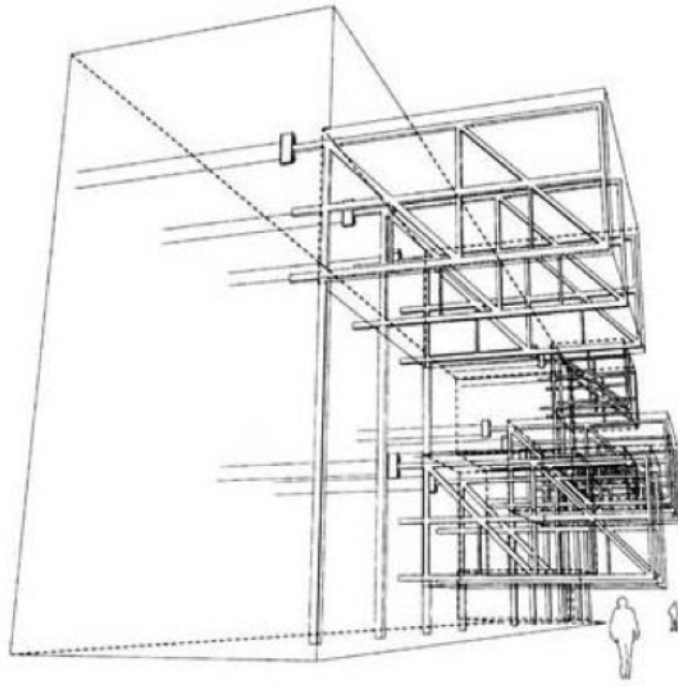


Figura 87 – Estrutura de consolas dos apartamentos WoZoCo's

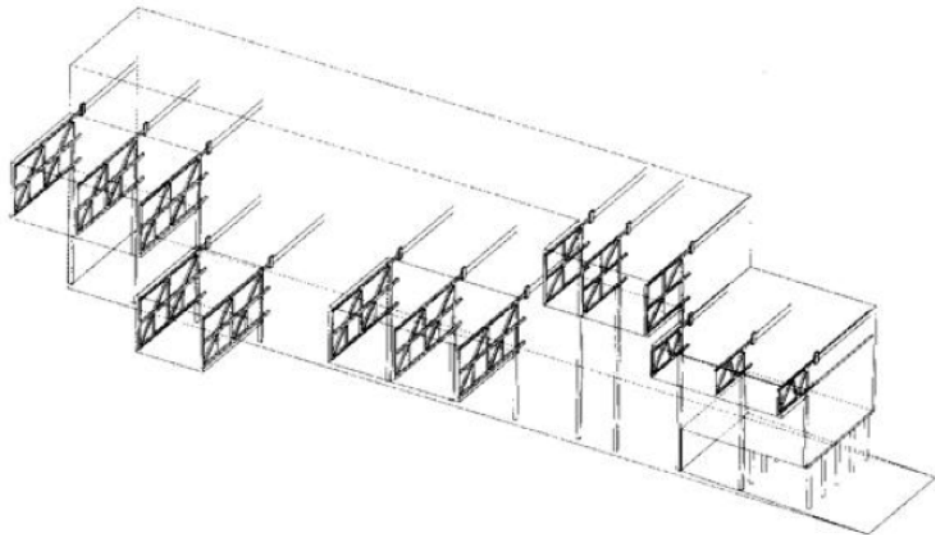


Figura 88 – Estrutura de consolas dos apartamentos WoZoCo's

Com esta solução resolveu-se a condicionante que surgiu, obtendo-se os 100 apartamentos e dando um aspeto diferente e marcante ao edifício, oferecendo uma espécie de movimento singular ao edifício, de variabilidade e plasticidade. Obviamente que o impacto que o edifício causa no local é enorme, falamos de um edifício que parece contrariar o sentido do equilíbrio, pelo facto destas projeções dos treze apartamentos simplesmente acontecer numa das fachadas. No entanto, a estrutura foi pensada de forma a não prejudicar em nada o edifício e ser completamente estável, mas não deixa de provocar uma sensação estranha no primeiro impacto.

Os corredores do edifício situam-se apenas no lado norte e são parcialmente fechados com panos de vidro de forma aleatória, fazendo com que haja nesta fachada um conjunto de transparências, semi-transparências, reflexos e vazios. O corredor/galeria com a largura de 1 metro e 20 serve apenas de distribuição e de entrada de luz natural, sendo a zona de entrada no piso térreo. Desta forma, também se tem alguma proteção contra as condições climatéricas. Este corredor fica na mesma fachada que os apartamentos em consola, tendo uma fachada revestida com vãos envidraçados e pontualmente umas saliências em madeira, resultando num contraste de material. Estes volumes em consola são revestidos a madeira de pinho, por causa de toda a estrutura ser metálica e haver necessidade de isolamento térmico e acústico, é também uma das normas de proteção contra incêndios. Temos assim uma fachada norte (Figura 89) com um enorme contraste da “textura quente da madeira dos blocos suspensos e a frieza do vidro ao fundo”¹⁷³.

¹⁷³ Mário Silva. *Arquitetura Geriátrica*. (Coimbra: Departamento de Arquitetura da Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra, 2009), 43



Figura 89 – Foto da fachada Norte dos apartamentos WoZoCo's

Ao analisar a figura c perceber que esta fachada norte é a que está orientada para o acesso automóvel, a estrada rodoviária, enquanto que a fachada sul (Figura 90) fica, então, orientada para o interior do quarteirão. Ainda conseguimos perceber a questão dos contrastes dos materiais e dos cheios e vazios, já referidos.



Figura 90 – Foto Fachada Sul dos apartamentos WoZoCo's

A fachada sul é toda revestida em madeira, exceto o rés-do-chão que é revestido em placas de alumínio, como se consegue perceber pela diferença de cor e textura na figura. Na fachada, o que se destaca são as janelas, os terraços e as varandas que têm formas e cores diferentes, sendo algo que os destaca de outros blocos habitacionais. Desta forma, tenta-se assemelhar a fachada norte com as saliências na fachada, mas com dimensões menores e em maior número. Nas fachadas todas as saliências em consola (varandas, apartamentos ou outros) reforçam o caráter individual de cada apartamento por terem cores e dimensões distintas. Os materiais contrastantes também ajudam a perceber melhor estas diferenças de dimensões. Nestas fachadas, conseguimos compreender a presença de duas características, a fachada livre e as janelas em fita, que permitem não ter preocupações a nível de fachada e nem impeçam a relação com a paisagem. Estas duas características pertencem aos cinco pontos da arquitetura moderna como já referido, mas todo o edifício é marcante e inovador. Porém, todas estas saliências, cores, texturas, e diferenças que se encontram nas fachadas, chegam a ser confusas. Relativamente ao enquadramento do edifício com a envolvente, ele não possui uma relação formal, pelo contrário ele “rompe com a monotonia predominante, nos edifícios de localização urbana periférica, tornando-se um marco na paisagem”¹⁷⁴ (Figura 91).

¹⁷⁴ Liziane de Oliveira Jorge. *Estratégias de Flexibilidade na Arquitetura residencial multifamiliar*. (São Paulo: Tese de doutoramento, Universidade de São Paulo, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo. 2012),159



Figura 91 – Foto da envolvente mais a fachada Sul dos apartamentos WoZoCo's

Observa-se perfeitamente o contraste dos edifícios envolventes com o novo, como se aquele edifício não pertencesse àquele local. A sua arquitetura acaba por redefinir o espaço pelo seu conteúdo e pela sua forma, resultando na conceção de um novo lugar, apesar de não estar interligado diretamente com a envolvente, ele tem o direito e o dever de pertencer ao local, à paisagem como um elemento construtivo e transformador. Este edifício marca a modernidade do local, a evolução de uma cidade.

Como já referido, este edifício não teve a forma definida pelo programa, mas sim pela legislação e pela orientação. A legislação definiu ainda que o módulo regulador tinha que ser de 7,20 metros, que foi o que resultou nos 87 apartamentos. O seu programa consiste em apartamentos no lado sul e um corredor galeria no lado norte, e os volumes em consola (Figura 92, 93, 94 e 95).

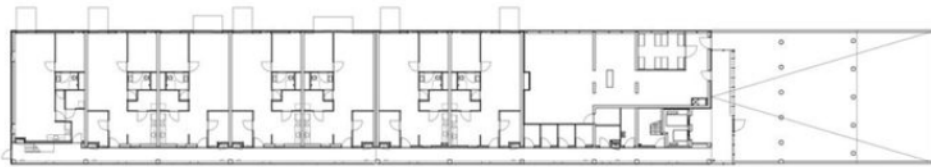


Figura 92 – Planta Piso 0 dos apartamentos WoZoCo's



Figura 93 – Planta Piso 1 dos apartamentos WoZoCo's

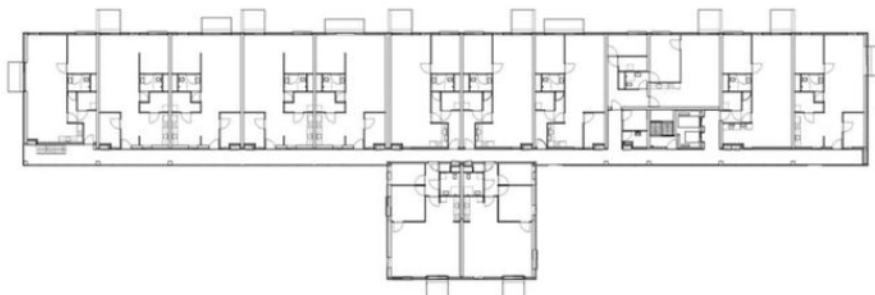


Figura 94 – Planta Piso 4 dos apartamentos WoZoCo's

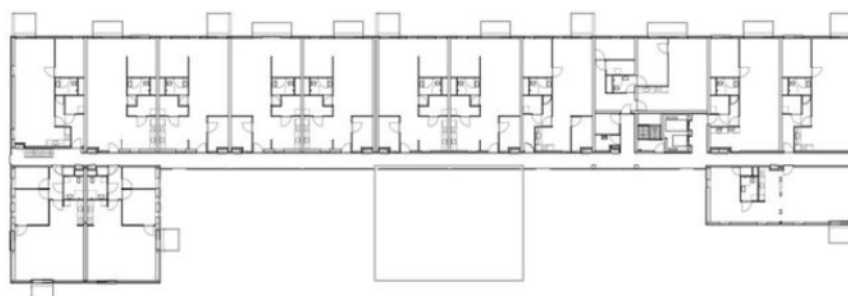


Figura 95 – Planta Piso 5 dos apartamentos WoZoCo's

Como podemos observar pelas plantas, os apartamentos não são todos iguais, neste caso observamos plantas tipo, pois os apartamentos diferem nem que seja nas varandas. De certa forma, poder-se-á dizer que a confusão que se tem na fachada pode resultar destas diferenças de tipologia, ou vice-versa. Se analisarmos mais de perto estas plantas, percebemos que, à exceção do piso 0, mantemos sempre três espaços distintos: o espaço privado ou seja os apartamentos, o espaço de serviços/esquipamentos técnicos e o espaço de circulação, o corredor/galeria, as escadas e/ou elevadores. Podemos dizer então que estes três espaços distintos são o que definem o programa do projeto, acabando por lembrar um simples edifício residencial, com apartamentos individuais e que se desenvolveu em altura.

Ainda relativamente às plantas, temos a *planta livre* sendo um dos motivos que levou a estas plantas distintas nos diferentes pisos, não havendo preocupação com as paredes interiores no sentido estrutural. Juntamente com os dois pontos da arquitetura moderna já referidos – fachada livre e janelas em fita –, podemos perceber o porquê de conseguirmos este aspeto seja interior ou exterior do edifício, esta confusão é propositada.

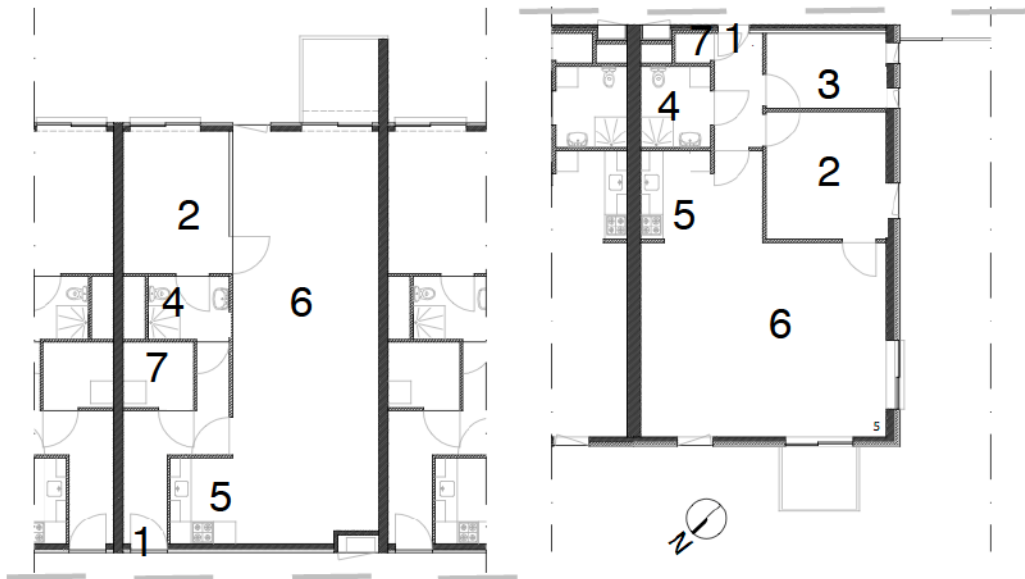
No piso 0, além dos três espaços já referidos, temos ainda o espaço público, de convívio ou de lazer¹⁷⁵. Nas plantas dos pisos 0 e 1 conseguimos ver que o bloco não vai até ao final, tendo um sistema de pilotis que serve para dar a sensação de prolongamento das zonas de convívio, sendo também a zona de entrada do edifício (Figura 96).

¹⁷⁵ Plantas com diferenciação de espaços em anexo na página 314



Figura 96 – Foto do sistema de pilotis, zona de entrada dos apartamentos WoZoCo's

Nesta imagem também visualizamos bem o aspeto exterior do edifício, e o aspeto que as consolas dão ao mesmo, com os diferentes materiais, cores e dimensões. Nesta figura, percebe-se o sistema de *pilotis* que são uma característica também dos cinco pontos da arquitetura moderna. Graças ao sistema de pilares é possível elevar o edifício do chão de forma a permitir movimento por baixo do mesmo. Desta forma, corta-se a sensação de entrada pesada para o edifício reforçando o seu cariz moderno. Estes apartamentos (Figura 97) são apenas de um quarto, apesar em alguns deles se encontrar um espaço adicional que poderá ser outro quarto.



LEGENDA:

- | | | | |
|-------------|----------------------------|-------------|--------------|
| 1 – Entrada | 3 – Possível Quarto | 5 – Cozinha | 7 – Despensa |
| 2 – Quarto | 4 – Instalações Sanitárias | 6 – Sala | |

Figura 97 – Dois dos Módulos dos apartamentos WoZoCo's

Como vemos na figura, temos dois módulos distintos, havendo, no seu total quatro (Figura 98) (sem contar com a variabilidade de varandas ou terraços), no entanto, o conceito mantém-se mais ou menos sempre o mesmo, com áreas entre os 72 e 89 m². A sua organização é muito simples, a sala e o quarto situam-se a sul, enquanto que a cozinha e os serviços estão voltados para norte, com a exceção dos apartamentos em consola. Os sanitários são iluminados de forma artificial, e ventilados por ductos. As divisões que não têm função, são flexíveis e suscetíveis a adaptações.



Figura 98 – Planta dos apartamentos tipos diferenciados por cores e A, B, C e D dos apartamentos WoZoCo's

Como conseguimos identificar pela figura temos módulos habitacionais distintos, mas todos com semelhança de conceito e áreas. Porém, apesar da construção se dizer para idosos, contrariamente ao de Peter Zumthor, não se vê aqui a preocupação de arquitetura geriátrica, sendo uma arquitetura livre de compromissos, sendo um programa comum a outras habitações.

De certa forma, não encontro neste projeto nada que remeta para a ideia que estamos perante residências para idosos. Pelo contrário, se não conhecesse o programa lançado para o edifício ou o objetivo e apenas o analisasse arquitetonicamente, diria que estávamos perante um edifício residencial, constituído por diferentes tipologias de módulos habitacionais. Como tantos outros que podemos ver, com estéticas distintas e interiores diferenciados, mas com os mesmos conceitos e as mesmas funções. Se pensarmos em questões de acessibilidade, vemos que os apartamentos têm áreas demasiado controladas, o que faz com que as instalações sanitárias não sejam adequadas, por falta de área. Pessoas de mobilidade reduzida que usem cadeira de rodas, não conseguem aceder a este espaço.

O edifício revela uma procura do pós-moderno, com um caráter muito próprio e individual, nos apartamentos e no aspeto exterior, que resulta da repetição das quatro tipologias de apartamento com alterações em varandas, por exemplo. Mesmo sendo um marco importante em termos arquitetónicos, numa análise mais detalhada e relacionado com as dificuldades dos idosos, parece-me não estar tão bem conseguido como o de Peter Zumthor. Pois, apesar de se adequar aos idosos que ainda revelem autonomia e consigam realizar as suas tarefas diárias, acaba por se tornar um edifício bastante comum a nível de programa, adequando-se apenas àqueles que vivam a vida sem dificuldades, ou seja, aqueles que apenas necessitem de uma habitação mais adequada do que aquela onde habitavam. O edifício responde a quatro dos pontos da arquitetura moderna, mostrando assim o seu cariz modernista, relativamente aos outros, e tendo em conta já ter referido que me parece tão bem conseguido para o público-alvo em questão, tem uma diferença maior relativamente aos anteriores - não se encontra a dualidade de conceito residencial e médico-hospitalar. Com isto, e depois das análises que foram feitas até agora, parece ser outro ponto extremamente negativo do projeto, pois como tenho vindo a afirmar, esta dualidade de conceito nas residências para idosos é muito importante. Apesar de existir o apoio domiciliário, podendo ser o que aqui se encontra, não é um estabelecimento adequado a esta faixa etária.

*

Foram analisados dois tipos de residências para idosos, os lares e as residências habitacionais. Através da análise vimos que os lares têm um conceito de dualidade de hotel e hospital, pois é o necessário numa habitação de carisma mais permanente e de maior apoio. Em ambos os casos de estudo encontramos os quartos individuais espaçosos e de fácil manuseamento, tal como os espaços de convívio, ligação ao exterior e as entradas de luz natural. Enquanto que, nas residências para pessoas mais autónomas, como se adequam a quem ainda não sente tanta necessidade, só apresentam a vertente habitacional, havendo numa delas a enfermaria

como médico-hospitalar. Falamos de dois conceitos diferentes respondendo a dois grupos distintos de idosos, mas isso não implica que não haja semelhanças nos programas.

Analisando assim as questões habitacionais dos quatro projetos, encontramos quatro espaços que conseguimos sempre identificar, o espaço exterior, o privado, o de convívio e os corredores/galerias. O espaço exterior surge em todos eles, com os pátios e a ligação com a envolvente; obviamente que nos casos nacionais, por serem lares, temos o espaço exterior privado, enquanto que, nos casos internacionais, não se tenha essa vertente tão vincada. O espaço privado nos casos nacionais são os quartos, sendo a zona íntima de cada um, que, além de ser zona de descanso e de passagem da noite, pode servir como zona de realização de pequenas tarefas com ler um livro, fazer tricô ou atividades deste tipo. Nos casos internacionais, temos os módulos habitacionais de apartamento completo, que consiste no quarto, sala, cozinha, instalações sanitárias e as varandas privativas. O espaço de convívio, nas zonas comuns, nos casos nacionais são as salas de atividades, salas de estar, como também os refeitórios ou outras zonas deste tipo; nos casos internacionais temos no piso mais a baixo essas salas comuns. Encontramos também em todos eles os corredores/galeria, no caso de Alcácer do Sal, o corredor tem diferentes espessuras no seu percorrer para criar zonas de descanso devido ao fácil cansaço dos idosos, com enormes vãos envidraçados para aproveitar a luz natural. No caso do Lar Casa de Magalhães, o corredor é todo envidraçado e desenvolve-se em torno do pátio principal, de forma a aproveitar a luz exterior e o seu percorrer ser mais agradável difundindo o interior e o exterior. Nos dois, os corredores fazem a distribuição por todo o projeto. No caso da *Residential Home for the Elderly*, o corredor é todo da mesma largura e todo envidraçado, de forma a aproveitar-se a luz natural, servindo não só como distribuidor como também como zona de convívio entre os moradores. Nos apartamentos *WoZoCo's*, o corredor tem toda a mesma dimensão, com vãos envidraçados de distintas dimensões, servindo apenas como espaço distribuidor e de aproveitamento de iluminação natural. Todos estes corredores dão a possibilidade de aproveitamento da luz natural, do olhar sobre a paisagem e de distribuição. Algo que me reverteu para os sanatórios foram estas semelhanças dos

corredores/galeria aproveitando a luz exterior, sendo a galeria o aspeto mais importante do sanatório (era a zona de cura), aqui é visto como zona de convívio e ligação com o exterior, mas em ambos servem também de aproveitamento da paisagem. Porém o único que foi projetado propositadamente para ser também zona de convívio e descanso foi o de Alcácer do Sal, pois apesar d *Residential Home for the Elderly*, também servir como zona de convívio não tem um recanto específico para o mesmo. Um aspeto favorável do projeto de Alcácer do Sal é precisamente este corredor com estes recantos, pois sabe-se que o cansaço nos idosos surge muito rapidamente e a questão de poderem parar um pouco, para descansar incentiva os idosos a se movimentar. A meu ver o *WoZoCo's* é ainda o exemplo menos bom como estabelecimento deste tipo. Pelo facto de não terem pensando muito geriaticamente, o que não demonstrou muita atenção para com o público-alvo, os idosos, enquanto que os outros edifícios tiveram um planeamento cuidado, considerando o objetivo que se pretendia alcançar com essa construção. Todos são de cariz moderno como podemos perceber e tiveram em conta a facilidade de programas facilitando deste modo a sua utilização.

Um aspeto também positivo é as zonas de convívio ficarem mais isoladas das zonas privadas, existindo um distanciamento destes espaços para haver o carisma público e privado demarcado, promovendo o convívio social e protegendo a privacidade.

Ao analisar estas residências para idosos a minha observação que as mesmas evoluem através dos sanatórios é reforçada, pois temos semelhanças de programa derivado ao facto de ambos mostrarem uma dualidade de conceito residencial e médico-hospitalar. Porém, de forma oposta, isto é, nos sanatórios o maior enfoque seria na parte médico-médico-hospitalar por ser um estabelecimento de prevenção e cura enquanto que nas residências, claro que é a parte habitacional. Mas, apesar disso, a semelhança entre programas é clara, o que demonstra que as estâncias geriátricas têm semelhanças de base com as estâncias sanatoriais de cariz mais modernista, aperfeiçoando-se e adaptando-se às necessidades do público alvo, os idosos.

**5) Do SANATÓRIO À ESTÂNCIA GERIÁTRICA:
O REINVENTAR DE UMA RESIDÊNCIA PARA IDOSOS**

O reinventar das residências para idosos surge como o culminar desta análise em torno do idoso e das faixas etárias superiores a 65 anos. De uma forma sucinta, podemos afirmar que a população dita idosa esteve sempre presente na sociedade, no entanto esta sofreu um declínio na sua posição social nos últimos séculos. Atualmente, devido ao envelhecimento demográfico global que analisámos, percebemos que o idoso começa, de novo, a ganhar um lugar importância não só na sociedade, como também no território. Na sociedade, pelo facto de o aumento desta população ser enorme e, atender às suas necessidades começa a ser uma obrigação. No território, pela carência de residências adequadas a esta faixa etária.

Obviamente que, a promoção de uma velhice mais saudável e mais estável acontece pela necessidade de controlo que se deve ter sobre uma sociedade, ou seja, quanto mais saudável forem na velhice, mais tarde vão para lares ou outros, a sociedade quer idosos mais autónomos e independentes. No entanto, ainda tenho esperança que também seja pelo facto da sociedade começar a ter noção, que um dia, enquadrar-se-á nesta faixa etária e ninguém gosta de ser ignorado, abandonado ou isolado da forma como temos visto acontecer nestes últimos anos. Tudo isto faz com que o nosso pensamento perante as residências para idosos seja diferente, não queremos estes estabelecimentos como um local onde simplesmente colocamos um familiar, sem ter conhecimento das condições, do bem-estar e da segurança do mesmo. Estas residências têm o dever de colmatar estas necessidades, pois por mais que as pessoas tenham vontade de tratar dos seus familiares, muitas vezes não é de todo possível, havendo necessidade de os instalar em locais onde possam ter o apoio necessário, viverem com dignidade e conforto, sem se sentirem abandonados ou um estorvo para a família.

Esta ideia levou ao “atualizar” das residências para idosos - lares para os mais dependentes de apoio, ou residências para os que ainda conseguem ser independentes. Atualmente, estas são mais modernas, com cariz residencial, com ligações ao local onde estão implementadas, para que os seus utentes se sintam bem acolhidos, relembrando muitas vezes a sua própria residência.

Tomando como base os casos de estudo analisados, tanto nacionais como internacionais, quer da tipologia mais médico-hospitalar, no caso dos sanatórios ou da tipologia mais residencial, no caso das residências para idosos observadas, conseguimos ver a semelhança de conceitos e até dos programas funcionais e arquitetónicos, como referimos anteriormente. Relembramos, no caso dos sanatórios, o uso de materiais e técnicas mais modernistas, nomeadamente a adoção das galerias de cura, que se tornou num dos pontos essenciais na cura da doença. Por outro lado, os quartos individuais, as salas comuns, as salas de tratamento, e as zonas de alimentação e higiene, embora de cariz médico-hospitalar, revelam um enorme cuidado na parte residencial pois, no fundo, o descanso, o repouso e a higiene são outros fatores de relevo para a prevenção, a contenção e a cura da doença. O abandono destes edifícios, devido ao controle e cura da doença, ainda no início do século XX, fez com que estas estruturas fossem reaproveitadas, na maioria dos casos, para outros fins. No caso do Sanatório de Penhas de Saúde, como analisado anteriormente, foi transformado numa pousada. Desta forma, passamos de um edifício de cariz médico-hospitalar para um edifício de cariz hoteleiro, ou seja, um cariz residencial de curta duração, com fins turísticos, o que comprova que se pode adaptar uma tipologia médico-hospitalar numa tipologia bem diferente, neste caso, hoteleira. No que aos dois sanatórios internacionais analisados diz respeito, Paimio e Zonnestraal, temos, primeiramente uma tipologia médico-hospitalar como o referido anteriormente, convertido num Centro de Reabilitação para Crianças e Jovens, de cariz residencial, de curta ou longa duração, com uma vertente social e de reintegração.

No caso da Estância Sanatorial do Caramulo, verificamos que a estância tinha no total dezasseis sanatórios em funcionamento. Atualmente, um deles foi demolido, nove edifícios foram adaptados a um novo programa – havendo um sanatório que foi reaproveitado para um Instituto de Prevenção do Stress e Saúde Ocupacional até ao ano de 2002, mas que neste momento se encontra encerrado - e os restantes seis edifícios encontram-se abandonados e em ruína (Figura 99). Porém, da mesma forma que os outros foram reutilizados, estes também o poderiam ser, interligando com os que já estão em funcionamento, criando assim um

centro intergeracional, onde se unissem várias gerações, anulando, deste modo, preconceitos, e reintegrando os idosos na sociedade atual e futura.

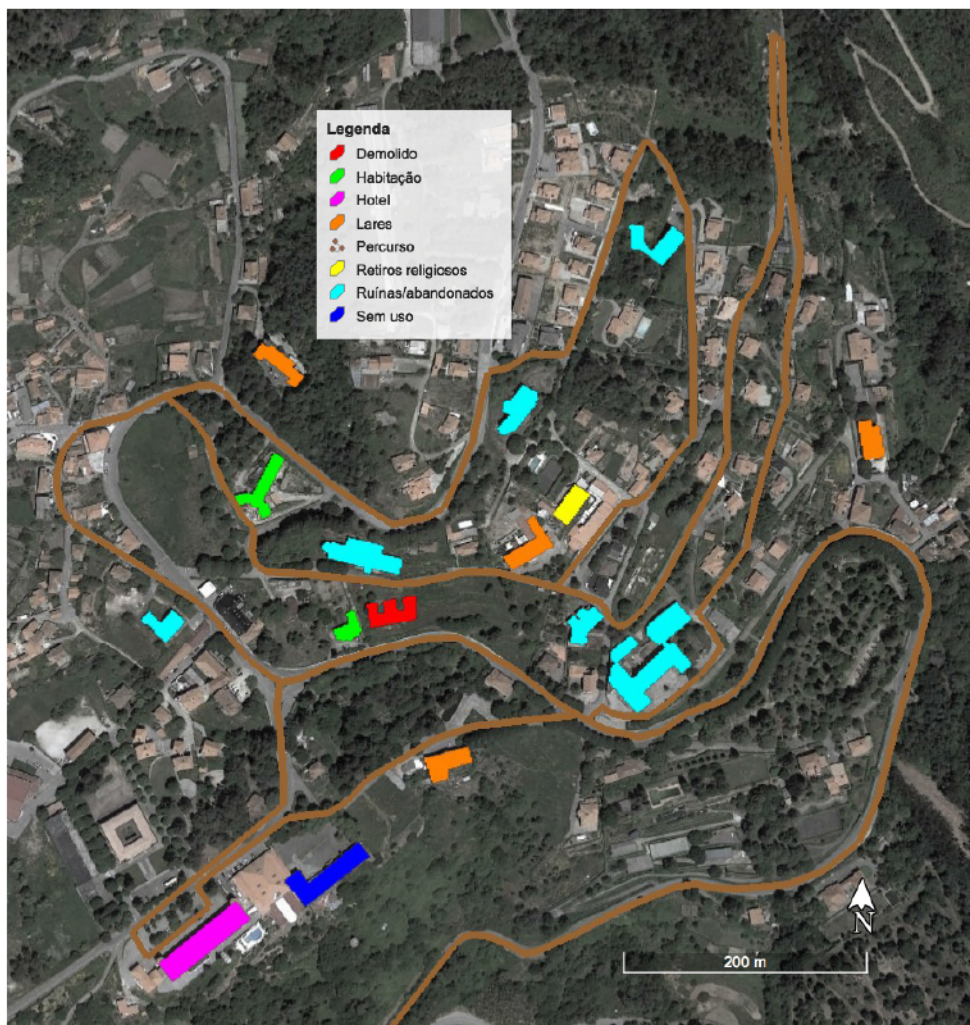


Figura 99 – Mapa dos sanatórios do caramulo atualmente

Como podemos compreender pela análise da figura 1, quatro dos sanatórios foram convertidos em lares de idosos, o que veio provar que a adaptação dos mesmos a estes novos programas é possível. Um dos sanatórios como já referido, passou a ser um hotel e dois habitações, sendo, portanto, a maioria dos novos programas de cariz residencial. Um é de cariz religioso, destinado a retiros e encontros, e por fim, temos aquele que neste momento não tem nenhum uso e que está identificado a azul na imagem supra. Como já tinha sido referido anteriormente, as residências

de idosos têm como base a tipologia médico-hospitalar do sanatório, que é reforçada e comprovada com estes reaproveitamentos das estruturas originais. Com esta análise, verificamos que os lares não são necessários neste local, pois já existem quatro em funcionamento. Por esta razão, propunha que se optasse pelas residências para idosos, tomando como exemplo o caso da *Residential Home for the Elderly*, analisado anteriormente. Esta proposta é o resultado da análise elaborada relativamente às fases da velhice e aos distintos grupos que encontramos nesta faixa etária. Recapitulando, sabemos que, as capacidades físicas e psicológicas dos mesmos são um fator de relevância a ter em conta na adaptação dos diferentes estabelecimentos. Da mesma forma que a questão da autonomia e da independência influenciam a tipologia mais apropriada para este tipo de população. Neste caso, na antiga Estância Sanatorial do Caramulo, já temos a tipologia de lar para os idosos dependentes de apoio para a sua vida diária. Ficando ainda a faltar, uma tipologia de cariz residencial para os autónomos e independentes, como no caso da *Residential Home for the Elderly*.

O objetivo primordial do reinventar da residência para idosos é a criação de uma sociedade mais inclusiva, com a interação social das diferentes faixas etárias, ou seja, a criação de uma Estância Multigeracional com vertente Geriátrica e Infantojuvenil. Nesta proposta já encontramos a vertente Geriátrica nos Lares e nas Residências que acabo de referir, ficando a faltar, na minha opinião, uma tipologia de cariz mais específico. Através das análises que se foram elaborando, penso que uma tipologia destinada à Demência seria o ideal, já que falamos de uma zona de altitude, que no passado era vista como um ótimo local de cura da tuberculose, derivado ao clima e a toda a natureza envolvente. Assim sendo, como no caso de Demência, algo que é favorável para o incentivo da memória são os cheiros e os toques, poderia ser uma ótima solução, por exemplo, o jardim sensorial, neste ambiente tão natural. Relembro que tínhamos um percurso exterior com zonas de convívio e descanso para os doentes, o que me fez pensar que deveríamos dar uso ao exterior, sendo, sem dúvida, o jardim sensorial um bom exemplo. Desta forma, temos uma solução com as dualidades residencial e médico-hospitalar, com uma

maior preocupação médico-hospitalar (como o jardim sensorial), fazendo uma ligação mais direta com os sanatórios.

Com estas duas propostas, passamos a ter um complexo com três tipologias distintas de residências para idosos, e como o objetivo é também a inclusão social, é pertinente recordar que dois dos sanatórios já foram reaproveitados para habitação, havendo, deste modo, todas as faixas etárias presentes. Penso que seria ainda pertinente propor uma estrutura infantojuvenil, nomeadamente e de forma mais específica, um edifício com creche e infantário. As crianças são um excelente elo de ligação com a população idosa, por isso, numa estância multigeracional, esta componente torna-se deveras importante. Como as crianças estão em fase de crescimento e aprendizagem, a presença de um jardim sensorial também é favorável para esta faixa etária mais jovem, pois podem aprender, através dos toques e do cheiro, e desenvolver os cinco sentidos de uma maneira diferente. Com este jardim, podemos juntar os idosos com as crianças e realizar atividades intergeracionais. Raciocinando desta forma, um centro de reabilitação de crianças e jovens também seria relevante para este complexo intergeracional, tomando como exemplo o reaproveitamento dos casos de estudo internacionais de Paimio e Zonnestraal para fins idênticos. Ficaríamos com um edifício específico para as faixas etárias mais jovens e concretizar atividades que juntassem todas estas gerações e grupos distintos, nomeadamente com um edifício comum que servisse de pano de fundo e que fosse aglutinador destas atividades comuns. Este teria como finalidade reunir todas as gerações, incentivar à sua união e, seria composto por salas de atividades, salas de convívio, auditórios para apresentação de festas, de teatros, entre outros. Seria uma espécie de Centro Multiusos, flexível e adaptável.

Para finalizar, e pensando sempre na dualidade residencial médico-hospitalar, seria de extrema importância o apoio médico-hospitalar nesta estância, propondo assim, um centro de saúde. Com estas diferentes tipologias, juntamente com o já existente, conseguiríamos ter uma estância que unisse as diferentes gerações, não menosprezando os idosos, incluindo-os, de novo, na nossa sociedade. Claro que, o local escolhido para a concretização deste projeto tem um papel fundamental no sucesso

do mesmo, e depois do estudo feito à Estância Sanatorial do Caramulo consegue-se especular uma proposta de intervenção (Figura 100).

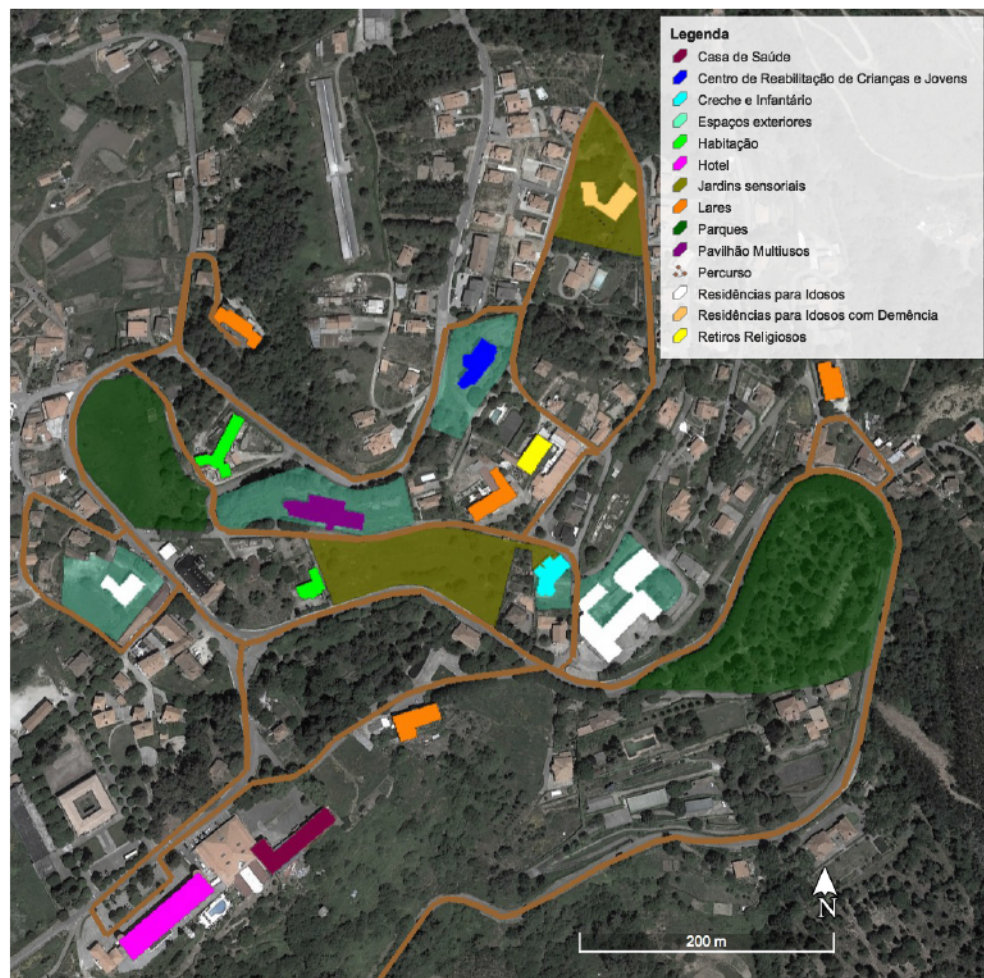


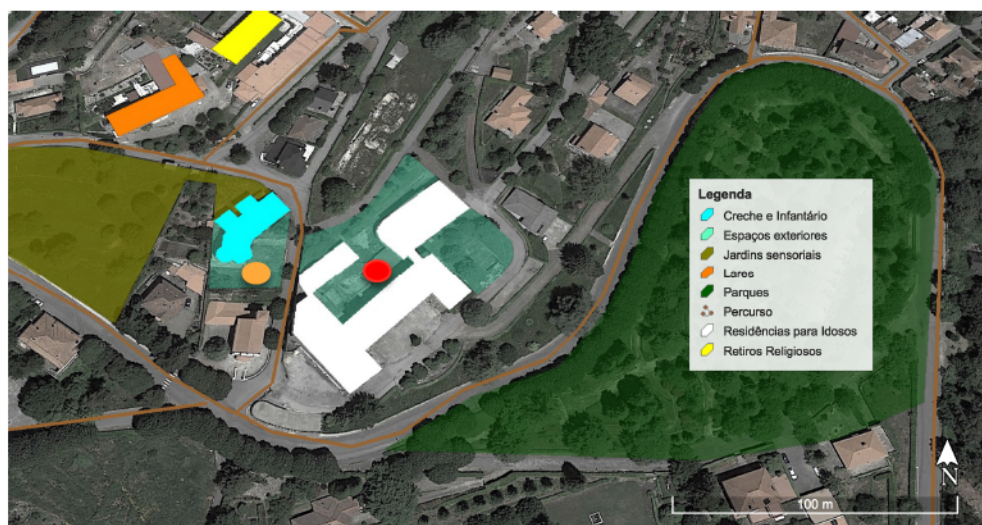
Figura 100 – Proposta da Estância Multigeracional com vertente Geriátrica e Infantil, nos antigos sanatórios do caramulo

Analisando a proposta de implantação dos edifícios e dos programas, conseguimos perceber um complexo unindo diferentes equipamentos, diferentes faixas etárias, com espaços exteriores comuns, de maneira a suscitar a interação social de todos eles. Desta forma, aproximam-se os idosos da sociedade e elimina-se o sentimento de abandono por parte da população idosa, porque na maioria dos casos, estes tipos de residências ficam localizadas a alguma distância dos aglomerados, acabando por o

edifício estar isolado, o que dá uma sensação de afastamento, de abandono. Este aspeto de isolamento evita-se, nesta proposta, ao interligar todos os equipamentos, juntando desta maneira as diferentes gerações, o que resulta no reforço da inclusão. Nos meios mais pequenos como aldeias, esta interligação de idosos e crianças acontece de forma mais natural e na maioria dos casos no mesmo edifício, isto é, temos um edifício com as duas vertentes, como por exemplo, no Centro de dia e Creche de Pascoal em Abraveses, Viseu. Este centro é gerido pelo presidente da Associação de Pascoal, é um edifício público, pertencente à câmara. É uma construção com dois pisos, o primeiro tem uma zona para teatros, atividades com palco, refeitórios e uma zona de restauração. O piso superior acolhe, de um lado a creche com salas distintas para as diferentes idades e com a zona de higiene. Do outro lado, temos a zona de idosos com uma sala ampla e instalações sanitárias. Ou seja, o piso superior separa os dois programas, no entanto, realizam atividades em comum na zona dos idosos ou no piso inferior. Esta “mistura” saudável torna-se uma ótima solução para a interação social e o reintegrar os idosos na sociedade, sendo, em muitos casos, a única solução.

Voltando ao exemplo de um dos casos de estudo analisados, o Lar Casa de Magalhães de Carvalho Araújo, que, como vimos, teve em atenção a envolvente em que se encontrava, reaproveitando os edifícios existentes para o Centro de Dia e, a uma distância de 25 metros do complexo principal, contruíram de raiz uma creche. Tanto a creche como o Lar de idosos partilham algumas das funcionalidades como o acesso ao público, a zona de preparação das refeições, o estacionamento, e alguns serviços como a lavandaria, por exemplo. Com esta proximidade de edifícios de vertente geriátrica e infantil, existe uma maior facilidade em criar convívios e atividades para ambos, de forma a integrar estas gerações e a incentivar o convívio social. Seguindo esta linha de pensamento, propomos uma creche e infantário no antigo Sanatório Infantil Dr. Manuel Taipa, que além de já ter uma estrutura infantil, fica próximo ao Lar de Idosos Monteiro de Carvalho e também ao antigo Sanatório Dr. Jerónimo Lacerda (Imagem 101). Esta creche e Infantário teria o espaço exterior com parque infantil, e ligação, também, a um jardim com uma vertente sensorial. No Sanatório

Dr. Jerónimo Lacerda, propomos as Residências Individuais para idosos, com apartamentos simples, para casais ou solteiros e com uma enfermaria. Tomando como exemplo a *Residential Home for the Elderly*, aproveitar-se-ia a galeria de cura para criar o corredor com envidraçados enormes. Devido à dimensão do antigo sanatório, poder-se-ia ter residências mais familiares, num dos blocos. Este edifício teria uma zona exterior como também um pátio mais privado na zona central (Imagem 101).



LEGENDA:

- Pátio das Residências para Idosos
- Parque Infantil pertencente à Creche e Infantilário

Figura 101 – Detalhe da proposta da Estância Multigeracional com vertente Geriátrica e Infantil, nos antigos sanatórios do caramulo que se encontram em ruínas

Próximo do Sanatório Dr. Jerónimo Lacerda já existe um parque, que é uma ótima zona para convívio. Pensando, ainda, nas Residências Individuais para idosos, proponho o mesmo programa no antigo Sanatório Central, que se situa junto ao Café Restaurante Marte. Estas residências têm também uma zona exterior (Imagem 102). Próximo destas Residências proponho outro parque (como o já existente junto às outras residências propostas).

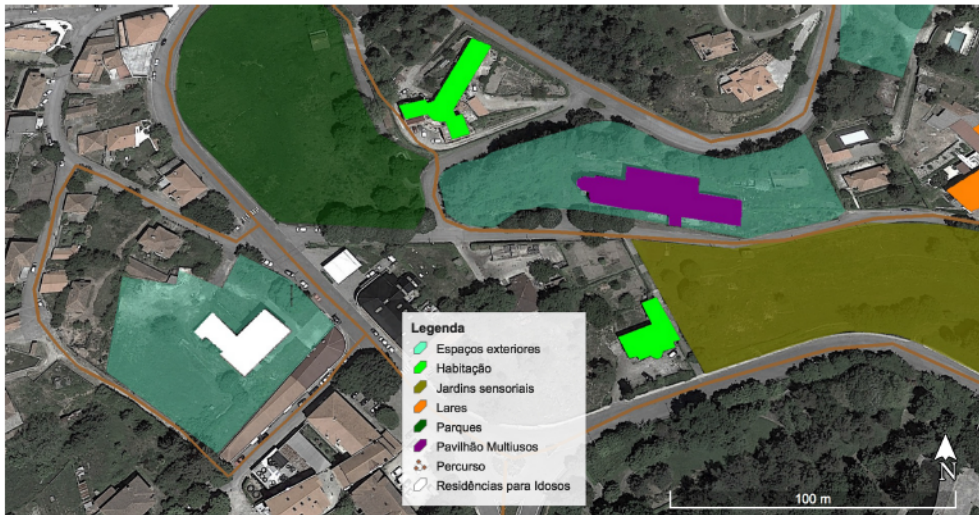


Figura 102 - Detalhe da proposta da Estância Multigeracional com vertente Geriátrica e Infantil, nos antigos sanatórios do caramulo que se encontram em ruínas

Desta forma, obtinha-se um parque natural entre estas residências e as habitações já elaboradas no antigo Sanatório dos Soldados. Próximo destas habitações, no antigo Sanatório Santa Maria, seria o Centro Multiusos, com um grande espaço exterior, para se pode realizar todo o tipo de atividades, sejam elas no interior ou no exterior. Optei por este local pelo fácil acesso vindo de qualquer um dos outros equipamentos. O terreno do antigo Sanatório Montanha serviria para um jardim com vertente sensorial com ligação também à Creche e ao Infantário. No antigo Pavilhão Cirúrgico ficaria o Centro de Reabilitação de Crianças e Jovens, situando-se entre este o Jardim sensorial mencionado (terreno do antigo sanatório Montanha) e o outro jardim sensorial pertencente às Residências de idosos com Demência, no antigo Sanatório Bela Vista (Figura 103).

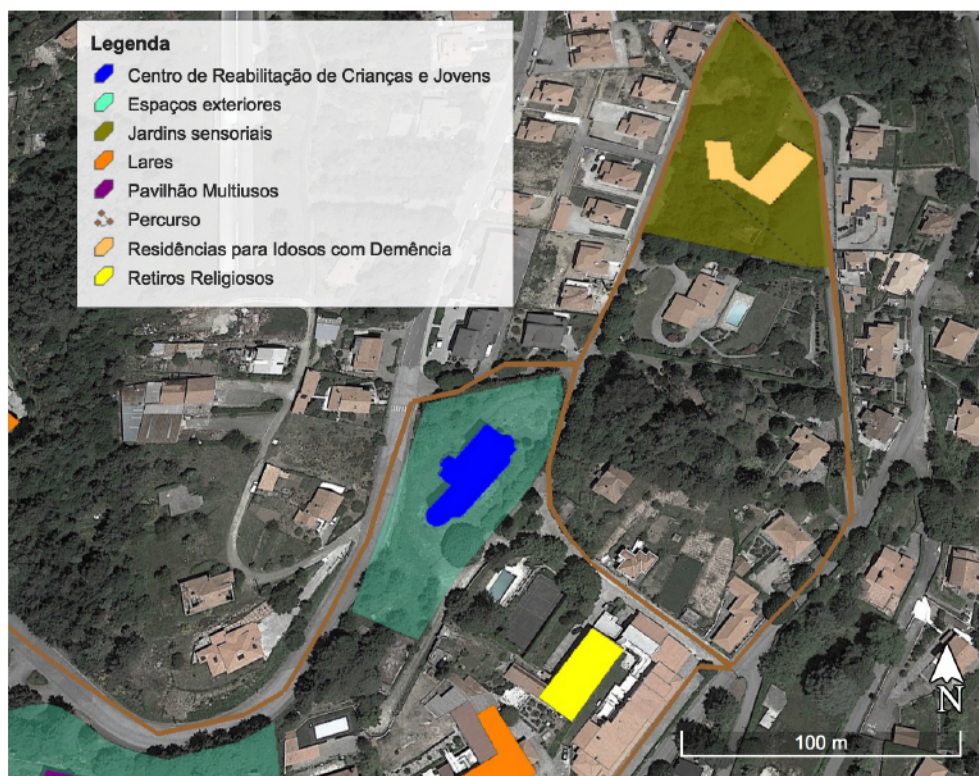


Figura 103 - Detalhe da proposta da Estância Multigeracional com vertente Geriátrica e Infantil, nos antigos sanatórios do caramulo que se encontram em ruínas

Deste modo, este centro da faixa etária mais nova situar-se-ia entre dois edifícios da faixa etária mais idosa, nomeadamente as residências e o Lar Monteiro de Carvalho. O centro teria um espaço exterior como um parque infantil e zonas de convívio. Este Centro de Reabilitação para Crianças e Jovens e as Residências para idosos com Demência possuiriam uma tipologia idêntica aos lares de idosos, ou seja, quartos individuais nos pisos superiores, zonas comuns e de tratamentos medicinais (enfermarias, gabinetes médicos) no primeiro piso, como analisamos no Lar de Alcácer do Sal. No caso no antigo Sanatório Palma, propomos o reaproveitamento do mesmo para Centro de Saúde ou Centro Médico-Hospitalar de apoio a esta estância intergeracional. Situado junto ao atual hotel, poder-se-ia especializar em geriatria, para assim em parceria com o hotel, poder receber também turismo de saúde e devolver à estância do Caramulo o seu carácter original de terapêutica. Este centro seria pensado com o propósito de abranger um pouco as diferentes patologias, com salas de tratamento, de raio-x, tudo o que é necessário para evitar o deslocar dos

possíveis doentes para um hospital, a não ser em casos de operações ou situações mais complexas. A adaptabilidade dos programas de sanatório para estes novos programas é praticável, como podemos ver pelos sanatórios internacionais que passaram a ser centros de Reabilitação de Centros e Jovens. Um programa, que ficaria entre este e os lares de idosos, seria as residências para idosos com Demência, sendo que os lares de idosos estão já presentes no reaproveitamento de quatro sanatórios, para além dos previstos para residências autónomas. Demonstramos a possibilidade de converter um sanatório num programa que inclua apartamentos, como o caso das residências para idosos, assemelhando-se a *Residential Home for the Elderly*, já analisada anteriormente. A Creche e Infantário é um programa que se interliga facilmente com os lares de idosos, e como se encaixa no antigo sanatório infantil, também é exequível a sua realização.

Em todas estas novas tipologias, devemos ter em conta as mobilidades reduzidas, propondo rampas e elevadores, para além do sistema de escadas operacionais, para facilitar o acesso de todos as pessoas a qualquer local. Os pavimentos interiores e exteriores devem ser elaborados sem grandes “acidentes”, principalmente nas zonas dos parques e jardins. No interior, o uso de materiais cerâmicos, nas zonas de águas, e de linóleo nos restantes espaços, pode ser uma das soluções, tal como no Lar Casa de Magalhães. O aproveitar das antigas galerias de cura para corredores e grandes entradas de luz, à semelhança também do Lar Casa de Magalhães, como também da *Residential Home for the Elderly*, ou ainda, os jogos que se criam com os avanços e recuos do Lar Alcácer do Sal são, indubitavelmente, algo de muito positivo e enriquecedor nestas adaptações. A iluminação natural é de extrema importância, logo grandes vãos envidraçados seriam de manter, servindo também para o apreciar da paisagem exterior. Desta forma, mantinha-se semelhança também com os sanatórios, reaproveitando a sua estrutura e adaptando-os a estes novos programas.

Resumidamente, a tipologia sanatorial como tem a dualidade médico-hospitalar e residência, tanto no programa como na função, é de fácil adaptabilidade a qualquer um dos novos equipamentos nomeados. Com

esta proposta iríamos ter mais valias, pois manter-se-ia na estância a dualidade de conceito existente nos sanatórios e nas residências, nomeadamente, o carácter médico-hospitalar e residencial a interligar as diferentes faixas etárias, incentivando a união da sociedade e a mudança de pensamento da mesma. Desta forma, poder-se-ia provocar, de forma positiva, a mudança e a coesão social local, mostrando que o idoso não é um ser isolado, um dia, também nós seremos idosos e iremos necessitar de apoio, de acompanhamento e de carinho, as carências serão praticamente as mesmas e certamente que não gostaríamos de nos sentirmos à parte da sociedade. Uma das vantagens seria também o reaproveitar de edifícios que tiveram grande importância no passado, evitando-se o seu degradamento e a ocupação do local de maneira incorreta. Isto é, neste momento, temos seis edifícios ao abandono sem razão e com o seu reaproveitamento melhorar-se-ia, a curto e médio prazo, não só a comunidade local, como a sociedade como um todo, sem esquecer que o reaproveitamento destas estruturas contribuirá para um renovado espaço urbano.

Como arquitetos conseguimos um maior equilíbrio, damos uso ao existente, não necessitando de construir do zero e demonstrando a flexibilidade de adaptação de uma tipologia a outras distintas. Nesta proposta temos um plano que recupera o existente com o objetivo de reinventar o conceito das residências para idosos, incluindo de forma ativa os idosos na comunidade local.

6) A ARQUITETURA COMO FATOR DE INCLUSÃO NA SOCIEDADE: UMA CONCLUSÃO

O envelhecimento na sociedade tem sido bastante nítido, pelos inúmeros fatores que já foram referenciados, mas no dia-a-dia também conseguimos perceber o quanto a sociedade é composta por idosos cada vez em maior número. Num simples passeio pelas ruas, cruzamo-nos com inúmeras pessoas idosas que são esquecidas e abandonadas pela nossa sociedade. A comunicação social menciona constantemente casos de “choque”, casos em que se encontram pessoas idosas falecidas¹⁷⁶ nas suas próprias casas há vários dias ou mesmo semanas, sem se dar pela falta das mesmas. Ninguém se apercebeu destas ocorrências fatídicas por falta de convívio destas pessoas com os outros, e por abandono da própria família. Chocantes e decepcionantes, estas situações extremas continuam a acontecer na nossa realidade atual. É desmotivador para um idoso (mas também para uma jovem arquiteta como eu) não haver uma residência adequada às suas necessidades e completamente incompreensível isto tudo acontecer pela falta de cuidado e de interesse geral da sociedade! Todavia, esta situação pode e deve alterar-se, o nosso futuro dependerá disso, e a arquitetura é uma das disciplinas que pode fazer isto acontecer. Se tomarmos como exemplo os casos de estudo, das residências de idosos nacionais e internacionais, com as suas preocupações geriátricas, podemos afirmar que a vida diária de um idoso pode ser consideravelmente melhorada. A proposta da Estância Multigeracional com vertente Geriátrica e Infantil, num plano urbano coeso e consistente, é outro exemplo que comprova que muito se pode ainda fazer para transformar positivamente a vida dos mais idosos. Poder-se-á, não só reaproveitar edifícios abandonados, como também criar formas para aproximar o idoso à restante vida comunitária, às pessoas de diferentes faixas etárias e à própria família. O Centro Multiusos proposto para a Estância do Caramulo, assim como a escolha da implantação dos programas residenciais, dos parques e dos jardins sensoriais são possibilidades de melhorar o quotidiano dos nossos idosos.

Este é um tema bastante complexo, com muitas nuances, subtemas, muitas situações específicas que necessitam de cuidados e atenção. Mas a realidade é que a arquitetura tem obrigação em ter esses cuidados, ela

¹⁷⁶ Anexo na página 315.

tem que ser feita para todos, e ter em conta do que é que “esses todos” precisam. Um idoso tem direito à vida, sendo esta vida segura, confortável e acima de tudo saudável. Tal como os sanatórios foram feitos para o tratamento da tuberculose, as residências para idosos devem ser pensadas e edificadas para a promoção de uma vida saudável. Obviamente que o apoio da família é algo que não pode ser substituído por uma simples residência, mas ter pessoas especializadas para os ajudar a não sentir tanta saudade da vida que deixaram, para conviver e proporcionar-lhes o conforto de que tanto necessitam é de importância máxima. Uma residência para idosos, seja ela de que tipo for, se tiver sido bem projetada arquitetonicamente, tendo em conta as acessibilidades para as mobilidades reduzidas, a atenção nos materiais para facilitar o viver no seu interior, espaços bem iluminados, ligação ao exterior, ao ar livre, quartos confortáveis que suscitem o repouso mas também o convívio social na vida diária dos idosos, seja no interior ou no exterior, torna possível a vivência da segunda metade da vida de forma confortável, eficaz, saudável e feliz. Para um melhor funcionamento, é fundamental também um bom plano urbano, ou seja, este ou estes edifícios não devem estar isolados ou afastados do resto da comunidade, muito pelo contrário, devem interligar-se com outros tipos de equipamentos que promovam uma vida ativa, que promovam a interação social. Estes equipamentos podem ser Creches e Infantários, Centros Multiusos, Habitações familiares, Escolas, e muitos outros complementares nesta vertente intergeracional proposta. O ideal seria a promoção de uma vida intergeracional, a ligação com pessoas de outras faixas etárias fazendo-os sentir incluídos, pois não se sentiriam abandonados, nem isolados, mas sim integrados e acarinhados. Isto seria uma forma de os próprios idosos quererem e gostarem da opção de ir para uma instituição especializada e não se sentirem descartados e abandonados numa espécie de asilo, que, na atualidade, é o pensamento da maioria. Infelizmente, ainda existe muito a condenação da sociedade por ‘não quererem ficar com o idoso e os abandonarem num lar’, o que não é correto. Em muitos casos, os familiares são obrigados a coloca-los em lares ou outras instituições, não por não se interessarem por eles, ou por serem o dito peso na vida deles, mas sim por não terem mesmo outra solução, devido à sua vida familiar e

profissional. Esses idosos necessitam de um apoio que estes familiares não são capazes de lhes proporcionar por diversos motivos, sendo a única solução este tipo de instituições. O nosso pensamento tem que mudar, a nossa sociedade tem que mudar e o próprio idoso não deve ver estas residências como um asilo. Um dos passos é precisamente a inclusão dos idosos na cidade através da arquitetura. Estes edifícios têm de ter uma vertente residencial e não só médico-hospitalar, a ligação à medicina surge pelo apoio dado a saúde no interior do edifício, com as salas de enfermagem, os gabinetes médicos ou outros, e não por ter um aspeto médico-hospitalar. Ou seja, devemos ter edifícios com quartos ou módulos habitacionais completos, com zonas comuns de convívio e depois, ter também uma zona específica com as ditas salas de apoio médico-hospitalar. No caso da estância do Caramulo, como observamos, os sanatórios têm uma tipologia de fácil adaptação a equipamentos turísticos (hotel) e residências (lares). Os programas baseavam-se em quartos, com instalações sanitárias e zonas técnicas, sendo possível a sua conversão em equipamentos distintos e complementares.

Ao longo de toda a pesquisa, da análise dos distintos casos de estudo, observei que o fator negativo era a falta do convívio com outras gerações, do convívio multigeracional. Tomando como exemplo a *Residential home for the Elderly*, esta tem edifícios próximos, mas também adequados aos idosos, como se criasse uma espécie de uma minizona para idosos. Não afirmo que é um fator negativo, apenas reforço a ideia que deveria haver algo mais que apresentasse uma ligação real com as diferentes idades. Isto não implica que os casos de estudo analisados não sejam boas residências, umas mais conseguidas que outras, apenas indica que a arquitetura pode ainda fazer mais e melhor, que tem realmente um papel de destaque na vida. Se observarmos outro dos exemplos analisados, o Lar Casa de Magalhães, como também referimos, tem a vinte e cinco metros uma creche, criando ali um complexo com vertente geriátrica e infantil, podendo incentivar a concretização de atividades em conjunto, incluindo assim os idosos no resto da comunidade local.

Durante toda a existência, o ser humano foi evoluindo, novas tecnologias apareceram, pensamentos mudaram, a sociedade evoluiu, tudo muda com

o passar do tempo, e a arquitetura não é exceção. Nós procuramos sempre evoluir, ser melhores, garantir uma boa vida e um bom futuro, estamos sempre a viver o presente, mas a pensar no amanhã, logo temos que pensar que, no amanhã, seremos nós os idosos, seremos nós a usufruir do que é feito hoje, iremos 'colher o que plantamos'. Os sanatórios foram o resultado de uma epidemia do passado que teve um final feliz, com a descoberta da cura, o que levou ao abandono daquela tipologia médica-hospitalar. No entanto, esta tipologia foi adaptada e reaproveitada para diferentes programas mostrando que a arquitetura tem flexibilidade e é de fácil adaptabilidade a outros programas, demonstrando a constante evolução da arquitetura, mas sem nunca esquecer o passado. O passado mostra as conquistas e as derrotas, e com tudo isso resultaram os estabelecimentos que temos hoje, que podem e devem ainda ser melhorados. A arquitetura reflete os conceitos atuais, os pensamentos, os materiais e as formas de construir modernas que influenciarão o futuro, tal como o passado influenciou o presente.

O urbanismo e a arquitetura têm o dever de pensar nestas situações, o dever de saber que um único edifício pode condicionar toda a evolução de uma zona da cidade ou mesmo a cidade como um todo. Como tal, o primeiro passo pode ser do arquiteto, ao elaborar projetos de residências para idosos com dualidade residencial e médico-hospitalar, com uma componente intergeracional, como analisado no capítulo anterior. Para além de demonstrar o reaproveitamento da Estância Sanatorial do Caramulo, tentamos com esta proposta, ainda que apenas a nível estratégico, demonstrar tudo que foi referido ao longo do presente trabalho: o idoso influencia a arquitetura da mesma forma que a arquitetura participa na inclusão dos idosos na sociedade. Pensando nos idosos como um fator importante na evolução futura da arquitetura, demonstramos a constante evolução da sociedade. A proposta apresentada, além de promover uma saúde ativa, nomeadamente na ligação diária com outras gerações, no recurso a uma arquitetura com um programa funcional adaptado à vida diária e com espaços exteriores complementares, incentiva o idoso a ganhar mais autonomia, e a inclui-lo na sociedade. O querer ir ao exterior, ver as paisagens, conviver com o resto da população,

com facilidade de movimento e vontade de ser mais independente, é incentivado pela forma como se planeia um projeto. Uma melhor segunda metade da vida, parte primeiramente de um conforto que se encontra na residência que ocupamos, no sentirmo-nos seguros e com bem-estar, aspetos fundamentais a que o arquiteto deve responder e contribuir quando elabora um projeto deste tipo.

A satisfação com que termino esta prova final resulta no facto de compreender que há sempre possibilidade de melhorar, basta perceber onde é que essa evolução é necessária e de que forma pode ser levada a cabo.

No âmbito da análise deste grupo etário específico dos idosos e problemáticas associadas, percebemos que o problema se centra na perceção destas residências para idosos e no que elas representam para a sociedade, acabando por excluir o idoso erradamente. No entanto, na perceção do problema surge uma solução, ou seja, a criação das residências para idosos não como um edifício isolado, mas sim como um ou vários edifícios que criem uma realidade de cariz multigeracional integrada, seja ela urbana ou não.

A análise das projeções demográficas mostra uma futura sociedade envelhecida, que necessita de soluções para responder às necessidades presentes e futuras. Desta forma, entendemos a importância da arquitetura na sociedade, pois todos temos direito a uma vida estável e confortável, todos temos direito a uma arquitetura pensada e bem projetada, pois “o lar deve ser o tesouro da vida”¹⁷⁷.

O arquiteto que realmente projeta para seres humanos precisa conhecer muito mais do que apenas os cinco cânones de Vitruvius.¹⁷⁸

¹⁷⁷ KASHIVAQUII, Roberta. *Frase Le Corbusier*. 5 de Junho de 2015 <<http://sakumaarquitectura.blogspot.pt/2015/06/frase-le-corbusier.html>>

¹⁷⁸ DELAQUA, Victor. *Frases: Richard Neutra e uma arquitetura humana*. 28 de Julho de 2016 <<http://www.archdaily.com.br/br/792248/frases-richard-neutra-e-uma-arquitetura-humana>>

BIBLIOGRAFIA

ANDERZHON, JEFFREY; HUGHES, DAVID; JUDD, STEPHEN; KIYOTA, EMI AND WIJNTIES, MONIQUE. *DESIGN FOR AGING: INTERNATIONAL CASE STUDIES OF BUILDING AND PROGRAM*, NOVA JERSEY: JOHN WILEY E FILHOS, INC., HOBOKEN, 2012

AUTORES VÁRIOS, *NOTAS SOBRE PORTUGAL*. 1908: LISBOA. EXPOSIÇÃO NACIONAL DO RIO DE JANEIRO, SECÇÃO PORTUGUESA. VOLUME 1: IMPRENSA NACIONAL.

BADALOTTI, CLAUDINE MACHADO E BARBISAN, ALISON OLDAIR. *UMA BREVE HISTÓRIA DO EDIFÍCIO HOSPITALAR - DA ANTIGUIDADE AO HOSPITAL TECNOLÓGICO*. 2015: UCEFF FACULDADE.

BENEVOLO, LEONARDO. *HISTÓRIA DA ARQUITETURA MODERNA*. 1998: 3.ED. SÃO PAULO: PERSPECTIVA.

BESTETTI, MARIA LUISA TRINDADE. *HABITAÇÃO PARA IDOSOS. O TRABALHO DO ARQUITETO, ARQUITETURA E CIDADE*. FACULDADE DE ARQUITETURA E URBANISMO. SÃO PAULO, JUNHO, 2006.

BRAWLEY, ELIZABETH C. *DESIGN INNOVATIONS FOR AGING AND ALZHEIMER'S*. NOVA JERSEY: JOHN WILEY E FILHOS, INC., HOBOKEN, 2006

CABRITA, ANTÓNIO REIS; E COELHO, ANTÓNIO BAPTISTA. *HABITAÇÃO EVOLUTIVA E ADAPTÁVEL*. LABORATÓRIO NACIONAL DE ENGENHARIA CIVIL. INFORMAÇÃO TÉCNICA ARQUITETURA ITA 9, LISBOA, 2007.

CARDOSO, FLÁVIO VALÉRIO PINTO. *HABITAR E ENVELHECER NO SÉCULO XXI, INTERIOR/EXTERIOR - VIVÊNCIAS SOCIAIS*. DISSERTAÇÃO APRESENTADA À UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM ARQUITETURA. DEZEMBRO, 2011.

CARVALHO, ANTÓNIO. *HABITAÇÃO PARA IDOSOS EM LISBOA: DE COLETIVA A ASSISTIDA. O CASO DE ALVALADE*. LISBOA: TESE DE DOUTORAMENTO. UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA, INSTITUTO SUPERIOR TÉCNICO, 2013

CASTRO, MARISA. *ESTÂNCIA SANATORIAL DO CARAMULO DA GÉNESE AO PLANO DE URBANIZAÇÃO DE JANUÁRIO GODINHO*. PORTO: PROVA FINAL LICENCIATURA EM ARQUITETURA. FACULDADE DE ARQUITETURA DA UNIVERSIDADE DO PORTO, 2007

CHICHORRO, ANA MARIA (COORD.). *RESPOSTAS SOCIAIS – NOMENCLATURAS/CONCEITOS*. LISBOA: DGSSFC – DIREÇÃO-GERAL DA SEGURANÇA SOCIAL, DA FAMÍLIA E DA CRIANÇA, 2006.

COIMBRA, CATARINA ANTUNES. *DINÂMICAS DE UMA ARQUITETURA*

HELIOTRÓPICA. REABILITAÇÃO E RECONVERSÃO DO SANATÓRIO DR. JERÓNIMO LACERDA EM CASA D'ARTES DO CARAMULO. LISBOA: DISSERTAÇÃO E PROJETO FINAL DE MESTRADO INTEGRADO EM ARQUITETURA, 2014

COSTA, LUÍS MANUEL NEVES E NOGUEIRA, CRISTINA LUÍSA TAVARES. *SANATÓRIO DAS PENHAS DE SAÚDE: ENTRE A HISTÓRIA E A MEMÓRIA (1913-1969).* IMPRENSA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA, 2017

COSTA, RUI MANUEL PINTO. *O PODER MÉDICO NO ESTADO NOVO (1945-1974): AFIRMAÇÃO, LEGITIMAÇÃO E ORDENAMENTO PROFISSIONAL.* PORTO: U.PORTO EDITORIAL, PRIMEIRA EDIÇÃO, OUTUBRO DE 2009

CURTIS, WILLIAM J. R. TRADUÇÃO ALEXANDRE SALVATERRA. *ARQUITETURA MODERNA DESDE 1900.* 2008: 3.ED. PORTO ALEGRE: BOOKMAN.

DUIKER. DE BACK, AIMEE, AND S. BERNDSEN AND C. BERNS. *A SPACE OF THEIR OWN: THE SERVANTS' HOUSE BY J. DUIKER AT ZONNESTRAAL SANATORIUM.* ROTTERDAM, 1996

EASTMAN, PERKINS. *BUILDING TYPE BASICS FOR SENIOR LIVING.* SEGUNDA EDIÇÃO, CANADA: JOHN WILEY E FILHOS, 2013

FEDDERSEN, ECKHARD, E LUDTKE, INAS. *A DESIGN MANUAL LIVING FOR THE ELDERLY.* BASEL, SUIÇA: BIRKHAUSER VERLAG AG, 2009

FERREIRA, NUNO PAULO SOARES. *A "CASA PORTUGUESA" NA ARQUITETURA HABITACIONAL DO PORTO NA PRIMEIRA METADE DO SÉCULO XX.* 5ª JORNADA DE HISTÓRIA DA ARQUITETURA PORTUGUESA. DOUTORADO EM HISTÓRIA DA ARTE PORTUGUESA, FACULDADE DE LETRAS DA UNIVERSIDADE DO PORTO; FUNDAÇÃO PARA A CIÊNCIA E TECNOLOGIA. CENTRO DE INVESTIGAÇÃO TRANSDISCIPLINAR "CULTURA, ESPAÇO E MEMÓRIA".

FERREIRA, RUI PEDRO LOURENÇO. *ACESSIBILIDADE E ENVELHECIMENTO: DIFERENTES PERCEÇÕES DE ESPAÇOS E USOS.* DISSERTAÇÃO APRESENTADA À UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM ARQUITETURA. OUTUBRO, 2013.

FONSECA, MARIA JOÃO B. C. PEREIRA. *HABITAR E ENVELHECER NO SÉCULO XXI, HABITAÇÃO ASSISTIDA.* DISSERTAÇÃO APRESENTADA À UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM ARQUITETURA. ABRIL, 2012.

GOMES, BÁRBARA. *HABITAR E ENVELHECER NO SÉC. XXI: FLEXIBILIDADE E ADAPTABILIDADE NA HABITAÇÃO MULTIGERACIONAL.* VISEU: UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA, CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS, DEPARTAMENTO DE

ARQUITETURA E CIÊNCIAS. TESE DE Mestrado Integrado em Arquitetura, 2012.

HUBER, ANDREAS. *NEW APPROACHES TO HOUSING FOR THE SECOND HALF OF LIFE*. BASEL, SUIÇA: BIRKHAUSER VERLAG AG. 2008

JORGE, LIZIANE DE OLIVERIA. *ESTRATÉGIAS DE FLEXIBILIDADE NA ARQUITETURA RESIDENCIAL MULTIFAMILIAR*. SÃO PAULO: TESE DE DOUTORAMENTO, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, FACULDADE DE ARQUITETURA E URBANISMO. 2012

MARTINS, ANA; **MENDES**, JOSÉ; **PINTO**, MIGUEL; **BEATO**, CLÁUDIA E **SAMPAYO**, MAFALDA. *O SANATÓRIO DOS FERROVIÁRIOS: VIDA E MORTE NAS PENHAS DE SAÚDE*. REVISTA LUSÍADA

MENDES, VANESSA. *ARQUITETURA PORTUGUESA CONTEMPORÂNEA: ARX PORTUGAL E AIRES MATEUS*. LISBOA: UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA, FACULDADE DE ARQUITETURA E DAS ARTES, Mestrado Integrado em Arquitetura. 2016

MONTEIRO, ANA HELENA. *O SANATÓRIO DA COVILHÃ. ARQUITETURA, TURISMO E SAÚDE*. COIMBRA: DISSERTAÇÃO DE Mestrado em Arquitetura. FACULDADE DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA, 2009

MONTOYA, ALBERTO (ARQUITETO), *HABITAR NA VELHICE: EVOLUÇÃO DOS DISPOSITIVOS ARQUITETÓNICOS*. NOVEMBRO DE 2011.

NAVARRETE, JORGE. *HABITAÇÃO MULTIFAMILIAR CONTEMPORÂNEA: LOTES AÉREOS PARA MORADIAS FLEXÍVEIS*. SÃO PAULO: UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA, FACULDADE DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA, CAMPUS DE PRESIDENTE PRUDENTE. CURSO DE ARQUITETURA E URBANISMO, 2011

PEREIRA, JOANA. *HUMANIZAR O HABITAR NA TERCEIRA IDADE. LAR CASA DE MAGALHÃES*. PORTO: UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA, FACULDADE DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA, ARQUITETURA E URBANISMO. 2015

PEREIRA, MARIANA CONSCIÊNCIA. *DISPENSÁRIOS: A ARQUITETURA DA LUTA ANTITUBERCULOSE*. PORTO: Mestrado Integrado em Arquitetura. UNIVERSIDADE DO PORTO, FACULDADE DE ARQUITETURA, 2012

PROPRIETÁRIOS, ASSOCIAÇÃO LISBOENSE DE. *RETRATO DA HABITAÇÃO EM PORTUGAL: CARACTERÍSTICAS E RECOMENDAÇÕES*. 2011: OBSERVATÓRIO DE LISBOA

RAMOS, RUI JORGE GARCIA. *CASA PORTUGUESA*. DICIONÁRIO DE HISTÓRIA DA 1ª REPÚBLICA E DO REPUBLICANISMO. FERNANDA ROLLO (DIR.), MARIA

FERNANDA ROLLO, ERNESTRO CASTRO LEAL, MANUEL LOFF, PAULO FONTES, VITOR NETO, DAVID LUNA DE CARVALHO, HELDER FONSECA (COORD.), EDIÇÃO DA ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA (ENTREGUE 2011).

RAMOS, TIAGO FILIPE NOVAIS. *HABITAR/ENVELHER CER NO SÉCULO XXI, MOBILIDADE E PROXIMIDADE*. DISSERTAÇÃO APRESENTADA À UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM ARQUITECTURA. SETEMBRO, 2011.

REGNIER, VICTOR. *ASSITED LIVING HOUSING FOR THE ELDERLY. DESIGN INNOVATIONS FROM THE UNITED STATES AND EUROPE*. NOVA IORQUE: VAN NOSTRAND REINHOLD, 1994

REGNIER, VICTOR. *DESIGN DOR ASSITED LIVING, GUIDELINES FOR HOUSING THE PHYSICALLY AND MENTALLY FRAIL*. NOVA IORQUE: JOHN WILEY E FILHOS, 2002

REGNIER, VICTOR; HAMILTON, JENNIFER; AND YARABE, SUZIE. *ASSISTED LIVING FOR THE AGED AND FRAIL*. NOVA IORQUE: COLUMBIA UNIVERSITY PRESS, 1995

REGO, DANIEL. *A ARQUITETURA COMO INSTRUMENTO MEDICINAL: O PAPEL TERAPÊUTICO DOS ESPAÇOS DE SAÚDE NA SUA MISSÃO DE CURAR E CUIDAR*. LISBOA: DISSERTAÇÃO PARA MESTRADO EM ARQUITETURA, INSTITUTO SUPERIOR TÉCNICO DE LISBOA, 2012.

SANTOS, ANTÓNIO. *O COMBATE À TUBERCULOSE: UMA ABORDAGEM DEMOGRÁFICO-EPIDEMIOLÓGICA, O HOSPITAL DE REPOUDO DE LISBOA (1882-1975)*. LISBOA: MESTRADO EM HISTÓRIA REGIONAL E LOCAL; UNIVERSIDADE DE LISBOA, FACULDADE DAS LETRAS, DEPARTAMENTO DE HISTÓRIA, 2010.

SANTOS, JOSÉ MANUEL LOPES PEREIRA. *HABITAÇÃO COLETIVA PARA IDOSOS E CRECHE, VILA CHÁ DE SÁ - VISEU*. RELATÓRIO DE ESTÁGIO APRESENTADO À UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM ARQUITECTURA. SETEMBRO, 2014.

SANTOS, MÓNICA MONTEIRO. *FLEXIBILIDADE NA HABITAÇÃO MULTIGERACIONAL*. RELATÓRIO DE DISSERTAÇÃO APRESENTADA À UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM ARQUITETURA. JANEIRO, 2012.

SILVA, MÁRIO. *ARQUITETURA GERIÁTRICA*. COIMBRA: DEPARTAMENTO DE ARQUITETURA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA. 2009

SILVA, MIGUEL ÂNGELO SOARES PINTO DA. *RECUPERAR O MODERNO – CONTRADIÇÃO OU PEDAGOGIA?*. REVISTA ARQUITECTURA LUSÍADA, N. 3 (2.º SEMESTRE 2011): P. 21-29.

SOARES, LÚCIO. *HABITAR/ENVELHECER NO SÉC. XXI: MEMÓRIAS E AMBIENTES NA ARQUITETURA*. VISEU: UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA, CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS. DISSERTAÇÃO DE MESTRADO INTEGRADO EM ARQUITETURA, 2012

VELOSO, ANTÓNIO JOSÉ DE BARROS, *CARAMULO: ASCENSÃO E QUEDA DE UMA ESTÂNCIA DE TUBERCULOSOS*. LISBOA: BY THE BOOK, SEGUNDA EDIÇÃO, 2010

*

SITES ELETRÓNICOS

AGUIAR, EURICO DE. *MEDICINA: UMA VIAGEM AO LONGO DO TEMPO*. 2010
<[HTTP://LIVROS01.LIVROSGRATIS.COM.BR/EA000722.PDF](http://livros01.livrosgratis.com.br/EA000722.pdf)>

ALVES, JORGE. *RESIDÊNCIAS EM ALCÁCER DO SAL / AIRES MATEUS*. 19 DE FEVEREIRO DE 2013 [HTTP://WWW.ARCHDAILY.COM.BR/BR/01-98258/RESIDENCIAS-EM-ALCACER-DO-SAL-SLASH-AIRES-MATEUS](http://www.archdaily.com.br/br/01-98258/residencias-em-alcacer-do-sal-slash-aires-mateus)

ARCHINFROM. *SANATORIUM “NAZORGKOLONIE ZONNESTRAAL”*.
<[HTTPS://DEU.ARCHINFORM.NET/PROJEKTE/1716.HTM](https://deu.archinform.net/projekte/1716.htm)>

BARTSCH, CHRISTINE, TRADUÇÃO ISMAR JUNIOR. <[HTTP://WWW.EHOW.COM.BR/ATIVIDADES-INTERGERACIONAIS-IDOSOS-CRIANCAS-INFO_198972/](http://www.ehow.com.br/atividades-intergeracionais-idosos-criancas-info_198972/)>

BASOLINO, EDUARDO. MAIO 2012
<[HTTPS://WWW.FLICKR.COM/PHOTOS/EDUARDOBASSOLINO/8523137999](https://www.flickr.com/photos/eduardobassolino/8523137999/)>

BI-B4VRM-JANDUIKER. *ANALYSE ZONNESTRAAL*. 24 DE MAIO DE 2012
<[HTTP://BI-B4VRM-JANDUIKER.BLOGSPOT.PT/2012/05/ANALYSE-ZONNESTRAAL.HTML](http://bi-b4vrm-janduiker.blogspot.pt/2012/05/analyse-zonnestraal.html)>

BONTEMPO. *A EVOLUÇÃO DA ARQUITETURA ATRAVÉS DOS TEMPOS*. 13 DE DEZEMBRO DE 2013
<[HTTP://WWW.BONTEMPO.COM.BR/ARQUITETURA/INFOGRAFICO-EVOLUCAO-ARQUITETURA/](http://www.bontempo.com.br/arquitetura/infografico-evolucao-arquitetura/)>

CARVALHO, MARIA MANUELA. *A MEDICINA EM HISTÓRIA: A MEDICINA HIPOCRÁTICA*. VOLUME IV, Nº1, 2002 < [HTTP://WWW.SAUDE-MENTAL.NET/PDF/VOL4_REV1_LEITURAS2.PDF](http://www.saude-mental.net/pdf/vol4_rev1_leituras2.pdf)>

CRIATIVOS, ALUNOS. BREVE HISTÓRIA DA ARQUITETURA. 2 DE NOVEMBRO, 2015

<[HTTP://WWW.ALUNOSCRIATIVOS.NET/HISTORIA_DA_ARQUITETURA.HTML](http://www.alunoscriativos.net/historia_da_arquitetura.html)>

LIBRARY, DIGITAL. *HOME FOR SENIOR CITIZENS, CHUR, SWITZERLAND.* <*HOME FOR SENIOR CITIZENS, CHUR, SWITZERLAND*>

GALINSKY. APARTAMENTOS WOZOCO, AMSTERDÃO. <[HTTP://WWW.GALINSKY.COM/BUILDINGS/WOZOCO/](http://www.galinsky.com/buildings/wozoco/)>

GALINSKY. *HOME FOR SENIOR CITIZENS, CHUR, SWITZERLAND. PETER ZUMTHOR, 1993.* <[HTTP://WWW.GALINSKY.COM/BUILDINGS/ELDERLY/](http://www.galinsky.com/buildings/elderly/)>

GALLEGANI, MARINA. *WOZOCO: CONJUNTO HABITACIONAL EM AMSTERDA É UM DOS PRÉDIOS MAIS ORIGINAIS DA ARQUITETURA CONTEMPORÂNEA.* MARÇO, 2017 <[HTTP://FOLLOWTHECOLOURS.COM.BR/FOLLOW-DECORA/WOZOCO-CONJUNTO-HABITACIONAL-EM-AMSTERDA-E-UM-DOS-PREDIOS-MAIS-ORIGINAIS-DA-ARQUITETURA-CONTEMPORANEA/](http://followthecolours.com.br/follow-decora/wozoco-conjunto-habitacional-em-amsterda-e-um-dos-predios-mais-originais-da-arquitetura-contemporanea/)>

GUERRA, FERNANDO & MATEUS, AIRES MATEUS / RESIDÊNCIAS ASSISTIDAS EM ALCÁCER, ALCÁCER DO SAL, PT. POR AIRES MATEUS, ÚLTIMAS REPORTAGENS <[HTTP://ULTIMASREPORTAGENS.COM/ALCACER/](http://ultimasreportagens.com/alcacer/)>

GRACE, THE ARK OF. *PAIMIO SANATORIUM.* <[HTTPS://THEARKOFGRACE.COM/2014/09/15/PAIMIO-SANATORIUM/](https://thearkofgrace.com/2014/09/15/paimio-sanatorium/)>

HEIKINHEIMO, MARIANNA. SANATÓRIO DE PAIMIO. 2014 <[HTTP://PAIMIOSANATORIUM.FI/](http://paimiosanatorium.fi/)>

HISTORIAZINE, 2015 <[HTTPS://HISTORIAZINE.COM/A-APAVORANTE-MEDICINA-NA-IDADE-MÉDIA-636D81D17AE0](https://historiazine.com/a-apavorante-medicina-na-idade-media-636d81d17ae0)>

JESUS, PAULO. COVILHÃ, CIDADE FÁBRICA, CIDADE GRANJA. 2010 <[HTTP://CIDADEDACOVILHA.BLOGS.SAPO.PT/14158.HTML](http://cidadeDACOVILHA.BLOGS.SAPO.PT/14158.HTML)>

JORNAL “I”, SERRA DA ESTRELA. DE SANATÓRIO A POUSADA DE PORTUGAL, 2014 <[HTTPS://IONLINE.SAPO.PT/315952](https://ionline.sapo.pt/315952)>

JÚLIA, MEDICINA RENASCENTISTA. 15 MAIO 2014 <[HTTP://RENASCIEMENTOGRUPO9.BLOGSPOT.PT/2014/05/MEDICINA-RENASCENTISTA.HTML](http://renascimentogrupo9.blogspot.pt/2014/05/medicina-renascentista.html)>

LUCHESE, CECILIA. *THE URBAN EARTH. REFLEXÕES PARA UM MUNDO URBANIZADO.* 22 DE NOVEMBRO DE 2010 <[HTTPS://THEURBANEARTH.WORDPRESS.COM/2010/11/22/SANATORIO-ZONNESTRAAL-HILVERSUM-HOLANDA/](https://theurbanearth.wordpress.com/2010/11/22/sanatorio-zonnestraal-hilversum-holanda/)>

MIGUEL, JORGE MARÃO CARNEIRO. *CASA E LAR: A ESSÊNCIA DA*

ARQUITETURA. VITRUVIUS. 3 DE OUTUBRO DE 2002
 <[HTTP://WWW.VITRUVIUS.COM.BR/REVISTAS/READ/ARQUITEXTOS/03.029/746](http://www.vitruvius.com.br/revistas/read/arquitextos/03.029/746)>

OLIVEIRA, BRUNA; **FERRARI**, RAQUEL; **CALÓ**, THAMIRES & **LIMA**, THAYS. **WOZOCO**. 2015 < [HTTPS://PT.SLIDESHARE.NET/WILLIANDESA35/WOZOCO-MRVDV](https://pt.slideshare.net/williandesa35/wozoco-mrvdv)>

QUECEDO, CECILIA RUILOBA. EL SANATORIO DE ZONNESTRAAL: ORIGEN Y DESARROLLO DEL PROYECTO. CADERNOS DE NOTAS 15-2014 < [HTTP://POLIRED.UPM.ES/INDEX.PHP/CUADERNODENOTAS/ARTICLE/VIEW/2954](http://polired.upm.es/index.php/cuadernodenotas/article/view/2954)>

REZENDE, JOFFRE MARCONDES DE. À SOMBRA DO PLÁTANO: CRÔNICAS DE HISTÓRIA DA MEDICINA. SÃO PAULO: EDITORA UNIFESP, 2009. DOS QUATRO HUMORES ÀS QUATRO BASES. PP. 49-53 < [HTTP://BOOKS.SCIELO.ORG/ID/8KF92/PDF/REZENDE-9788561673635-05.PDF](http://books.scielo.org/id/8KF92/pdf/rezende-9788561673635-05.pdf)>

SAÚDE, DIREÇÃO-GERAL DA. PROGRAMA NACIONAL PARA A SAÚDE DAS PESSOAS IDOSAS. (DIVISÃO DE DOENÇAS GENÉTICAS, CRÔNICAS E GERIÁTRICAS. LISBOA, 2006 < [HTTPS://WWW.DGS.PT/DOCUMENTOS-E-PUBLICACOES/PROGRAMA-NACIONAL-PARA-A-SAUDE-DAS-PESSOAS-IDOSAS.ASPX](https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas.aspx)>),

STEFAN. *THA PAIMIO SANATORIUM*. 15 DE SETEMBRO DE 2014 <[HTTP://WWW.DOCHITECT.COM/CATEGORY/EVIDENCE-BASED-DESIGN/](http://www.dochoitect.com/category/evidence-based-design/)>

TVI24. RELAÇÃO / PP, 2011, MULHER ESTEVE MORTA EM CASA NOVE ANOS. < [HTTP://WWW.TVI24.IOL.PT/SOCIEDADE/VIDEOS/MULHER-ESTEVE-MORTA-EM-CASA-NOVE-ANOS](http://www.tvi24.iol.pt/sociedade/videos/mulher-esteve-morta-em-casa-nove-anos)>

UNIVALI, GERONTOGERIATRIA, *CONCEITO DE IDOSOS*. <[HTTPS://GERONTOUNIVALI.WORDPRESS.COM/CONCEITO-DE-IDOSO/](https://gerontounivali.wordpress.com/conceito-de-idoso/)>

WAGNER, THOMAS. *THE BOSS SAT AT THE BACK*. 10 DE FEVEREIRO DE 2015 <[HTTPS://WWW.STYLEPARK.COM/EN/NEWS/THE-BOSS-SAT-AT-THE-BACK](https://www.stylepark.com/en/news/the-boss-sat-at-the-back)>

ZAMBONATO, BÁRBARA. *HISTÓRIA E EVOLUÇÃO DA MEDICINA*. 2013 < [HTTPS://PREZI.COM/7SWNCZTT4I4R/HISTORIA-E-EVOLUCAO-DA-MEDICINA/](https://prezi.com/7swncztt4i4r/historia-e-evolucao-da-medicina/)>

*

FONTE DE FIGURAS

FIGURA 1 – NÚMERO TOTAL DE PESSOAS COM 65 ANOS OU MAIS NOS EUA, POR FAIXA ETÁRIA, 1900 A 2050 (EM MILHÕES). DEPARTAMENTO DE CENSOS DOS EUA, DADOS DO RECNSEAMENTO DECENAL E PROJEÇÕES POPULACIONAIS. (FONTE: PERKINS EASTMAN. BUILDING TYPE BASICS FOR SENIOR LIVING. SEGUNDA EDIÇÃO, CANADA: JOHN WILEY E FILHOS, 2013, 2) **58**

FIGURA 2 – POPULAÇÃO DE RESIDENTES PERMANENTES DO ANO 2000 MAIS A TENDÊNCIA FUTURA DO CENÁRIO. DADOS: INSTITUTO FEDERAL DE ESTATÍSTICA, CENÁRIOS PARA O DESENVOLVIMENTO DA POPULAÇÃO 2005-2050 NEUCHATEL: 2006. (FONTE: ANDREAS HUBER. NEW APPROACHES TO HOUSING FOR THE SECOND HALF OF LIFE. (BASEL, SUÍÇA: BIRKHAUSER VERLAG AG. 2008), 49) **60**

FIGURA 3 – GRUPOS ETÁRIOS POR GÊNERO EM PERCENTAGEM. DADOS: INSTITUTO FEDERAL DE ESTATÍSTICA, ESTATÍSTICAS DO ESTADO DA POPULAÇÃO ANUAL (ESPOP) 2006, RESULTADOS DEFINITIVOS. (FONTE: ANDREAS HUBER. NEW APPROACHES TO HOUSING FOR THE SECOND HALF OF LIFE. (BASEL, SUÍÇA: BIRKHAUSER VERLAG AG. 2008), 52) **61**

FIGURA 4 – POPULAÇÃO JOVEM (0 A 14 ANOS DE IDADE) (%), UNIÃO EUROPEIA 28, 2003 E 2013 (FONTE: INE, I.P., ESTIMATIVAS ANUAIS DA POPULAÇÃO RESIDENTE E EUROSTAT) **62**

FIGURA 5 – POPULAÇÃO IDOSA (65 ANOS DE IDADE OU MAIS) (%), UNIÃO EUROPEIA 28, 2003 E 2013 (FONTE: INE, I.P., ESTIMATIVAS ANUAIS DA POPULAÇÃO RESIDENTE E EUROSTAT) **63**

FIGURA 6– ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO, UNIÃO EUROPEIA 28, 2003 E 2013 (FONTE: INE, I.P., ESTIMATIVAS ANUAIS DA POPULAÇÃO RESIDENTE E EUROSTAT) **63**

FIGURA 7– IDADE MEDIANA DA POPULAÇÃO (EM ANOS), UNIÃO EUROPEIA 28, 2003 E 2013 (FONTE: INE, I.P., ESTIMATIVAS ANUAIS DA POPULAÇÃO RESIDENTE E EUROSTAT) **64**

FIGURA 8– ÍNDICE DE RENOVAÇÃO DA POPULAÇÃO EM IDADE ATIVA, UNIÃO EUROPEIA 28, 2003 E 2013 (FONTE: INE, I.P., ESTIMATIVAS ANUAIS DA POPULAÇÃO RESIDENTE E EUROSTAT) **64**

FIGURA 9– ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO, PORTUGAL, 1991-2080 (ESTIMATIVAS E PROJEÇÕES) (FONTE: INE) **65**

- FIGURA 10** – POPULAÇÃO RESIDENTE EM IDADE ATIVA (15 AOS 64 ANOS), PORTUGAL, 1991-2080 (ESTIMATIVAS E PROJEÇÕES) (FONTE: INE) **65**
- FIGURA 11** – IDADE DE DEPENDÊNCIA DE IDOSOS, UNIÃO EUROPEIA 28, 2003 E 2013 (FONTE: INE, I.P., ESTIMATIVAS ANUAIS DA POPULAÇÃO RESIDENTE E EUROSTAT) **66**
- FIGURA 12** – POPULAÇÃO RESIDENTE, PORTUGAL, 1991-2080 (ESTIMATIVAS E PROJEÇÕES) (FONTE: INE) **66**
- FIGURA 13** – POPULAÇÃO RESIDENTE DOS 0 ANOS 14 ANOS, PORTUGAL, 1991-2080 (ESTIMATIVAS E PROJEÇÕES) (FONTE: INE) **67**
- FIGURA 14** – POPULAÇÃO RESIDENTE COM 65 ANOS OU MAIS, PORTUGAL, 1991-2080 (ESTIMATIVAS E PROJEÇÕES) (FONTE: INE) **67**
- FIGURA 15** – DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA, EM PORTUGAL CONTINENTAL, DOS DISPENSÁRIOS, SANATÓRIOS E PREVENTÓRIOS QUE CONSTITUEM OS MEIOS DE LUTA CONTRA A TUBERCULOSE DOS ANOS 1931 E 1934 (NÃO HÁ DADOS QUE COMPROVEM A SUA CONSTRUÇÃO, OU SEJA, SÃO PROPOSTAS), ISTO NA PUBLICAÇÃO DE “A LUTA CONTRA A TUBERCULOSE EM PORTUGAL”, PELO DR. LOPO DE CARVALHO NO ANO DE 1934 (FONTE: MARIANA CONSCIÊNCIA PEREIRA. DISPENSÁRIOS: A ARQUITETURA DA LUTA ANTITUBERCULOSE. (PORTO: MESTRADO INTEGRADO EM ARQUITETURA. UNIVERSIDADE DO PORTO, FACULDADE DE ARQUITETURA, 2012.),21) **116**
- FIGURA 16** – SANATÓRIO DE PENHAS DE SAÚDE (FONTE: <[HTTP://COMJEITOEARTE.BLOGSPOT.PT/2014/04/POUSADA-DA-SERRA-DA-ESTRELA-PROJECTO-DE.HTML](http://comjeitoearte.blogspot.pt/2014/04/pousada-da-serra-da-estrela-projecto-de.html)>) **119**
- FIGURA 17** – TABELA DOS MOVIMENTO DE DOENTES NO SANATÓRIO DE PENHAS DE SAÚDE DO ANO E 1944 ATÉ 1955 – ELABORADA POR LUÍS COSTA, TENDO COMO BASE OS DADOS DO ANUÁRIO ESTATÍSTICAS (INE) (FONTE: LUÍS MANUEL NEVES COSTA E CRISTINA LUÍSA TAVARES NOGUEIRA. SANATÓRIO DAS PENHAS DE SAÚDE: ENTRE A HISTÓRIA E A MEMÓRIA (1913-1969). (IMPENSA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA, 2017), 450) **121**
- FIGURA 18** – FOTO DO SANATÓRIO DE PENHAS DE SAÚDE DO ESTÚDIO MÁRIO NOVAIS, COM DATA PROVÁVEL DA PRODUÇÃO DE FOTOGRAFIA ORIGINAL DE 1940. (FONTE: <[HTTPS://WWW.FLICKR.COM/PHOTOS/BIBLARTE/2693245234/IN/PHOTOSTREAM](https://www.flickr.com/photos/biblarTE/2693245234/in/photostream/) />) **125**

FIGURA 19 – FOTO DO SANATÓRIO SHATZALP EM DAVOS (FONTE: ANA MARTINS; JOSÉ MENDES; MIGUEL PINTO; CLÁUDIA BEATO E MAFALDA SAMPAIO. O SANATÓRIO DOS FERROVIÁRIOS: VIDA E MORTE NAS PENHAS DE SAÚDE. (REVISTA LUSÍADA),7) **125**

FIGURA 20 - FOTO DO SANATÓRIO DE PENHAS DE SAÚDE DO ESTÚDIO MÁRIO NOVAIS, COM DATA PROVÁVEL DA PRODUÇÃO DE FOTOGRAFIA ORIGINAL DE 1940. (FONTE: <[HTTPS://WWW.FLICKR.COM/PHOTOS/BIBLARTE/2693245234/IN/PHOTOSTREAM](https://www.flickr.com/photos/biblarTE/2693245234/in/photostream/) />) **127**

FIGURA 21 – PLANTA DE FUNDAÇÃO / PISO TÉRREO DO SANATÓRIO DE PENHAS DE SAÚDE – SEM ESCALA (FONTE: <[HTTP://SANATORIODOSFERROVIARIOS.FREEHOSTIA.COM/ESQUEMAS.HTML](http://sanatoriodosferroviarios.freehostia.com/esquemas.html)>) **127**

FIGURA 22 – PLANTA DO PISO NOBRE / ANDAR PRINCIPAL DO SANATÓRIO DE PENHAS DE SAÚDE – SEM ESCALA (FONTE: <[HTTP://SANATORIODOSFERROVIARIOS.FREEHOSTIA.COM/ESQUEMAS.HTML](http://sanatoriodosferroviarios.freehostia.com/esquemas.html)>) **128**

FIGURA 23 - PLANTA DO PRIMEIRO ANDAR / PISO 3 DO SANATÓRIO DE PENHAS DE SAÚDE – SEM ESCALA (FONTE: <[HTTP://SANATORIODOSFERROVIARIOS.FREEHOSTIA.COM/ESQUEMAS.HTML](http://sanatoriodosferroviarios.freehostia.com/esquemas.html)>) **128**

FIGURA 24 - PLANTA DO SEGUNDO ANDAR DO SANATÓRIO DE PENHAS DE SAÚDE – SEM ESCALA (FONTE: <[HTTP://SANATORIODOSFERROVIARIOS.FREEHOSTIA.COM/ESQUEMAS.HTML](http://sanatoriodosferroviarios.freehostia.com/esquemas.html)>) **128**

FIGURA 25 - PLANTA DO TERCEIRO ANDAR DO SANATÓRIO DE PENHAS DE SAÚDE – SEM ESCALA (FONTE: <[HTTP://SANATORIODOSFERROVIARIOS.FREEHOSTIA.COM/ESQUEMAS.HTML](http://sanatoriodosferroviarios.freehostia.com/esquemas.html)>) **129**

FIGURA 26 – ALÇADO FRONTAL DO SANATÓRIO DE PENHAS DE SAÚDE – SEM ESCALA (FONTE: ANA HELENA MONTEIRO. O SANATÓRIO DA COVILHÃ. ARQUITETURA, TURISMO E SAÚDE. (COIMBRA: DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM ARQUITETURA. FACULDADE DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA, 2009), 67^A) **130**

- FIGURA 27** - ALÇADO FRONTAL DO SANATÓRIO DE PENHAS DE SAÚDE – SEM ESCALA (FONTE: ANA HELENA MONTEIRO. O SANATÓRIO DA COVILHÃ. ARQUITETURA, TURISMO E SAÚDE. (COIMBRA: DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM ARQUITETURA. FACULDADE DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA, 2009), 67A) **130**
- FIGURA 28** – PLANO DA ESTÂNCIA SANATORIAL DO CARAMULO, COM MARCAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS DE CURA, HOSPEDAGEM, EQUIPAMENTOS E OS ESPAÇOS E PERCURSOS DE RELAÇÃO COM OS MESMOS. (FONTE PRÓPRIA) **140**
- FIGURA 29** – FOTO DA PLANTA (?) DO SANATÓRIO DR. JERÓNIMO LACERDA – SEM ESCALA / PROVÁVEL EXPANSÃO) (FONTE: FOTO PRÓPRIA, DOCUMENTO CEDIDO PELO MUSEU DO CARAMULO) **142**
- FIGURA 30** – SANATÓRIO BOA ESPERANÇA, BILHETE POSTAL (FONTE: FOTO PRÓPRIA, DOCUMENTO CEDIDO PELO MUSEU DO CARAMULO) **143**
- FIGURA 31** – PAVILHÃO CIRÚRGICO, BILHETE POSTAL (FONTE: FOTO PRÓPRIA, DOCUMENTO CEDIDO PELO MUSEU DO CARAMULO) **143**
- FIGURA 32** – SANATÓRIO SAMEIRO, BILHETE POSTAL (FONTE: FOTO PRÓPRIA, DOCUMENTO CEDIDO PELO MUSEU DO CARAMULO) **144**
- FIGURA 33** – SANATÓRIO INFANTIL, BILHETE POSTAL (FONTE: FOTO PRÓPRIA, DOCUMENTO CEDIDO PELO MUSEU DO CARAMULO) **144**
- FIGURA 34** – FOTOGRAFIA DO SANATÓRIO DR. JERÓNIMO LACERDA / GRANDE SANATÓRIO DO CARAMULO (FONTE: CATARINA ANTUNES COIMBRA. DINÂMICAS DE UMA ARQUITETURA HELIOTRÓPICA. REABILITAÇÃO E RECONVERSÃO DO SANATÓRIO DR. JERÓNIMO LACERDA EM CASA D’ARTES DO CARAMULO. (LISBOA: DISSERTAÇÃO E PROJETO FINAL DE MESTRADO INTEGRADO EM ARQUITETURA, 2014), 38) **145**
- FIGURA 35** - FOTOGRAFIA DO SANATÓRIO DR. JERÓNIMO LACERDA / GRANDE SANATÓRIO DO CARAMULO (FONTE: CATARINA ANTUNES COIMBRA. DINÂMICAS DE UMA ARQUITETURA HELIOTRÓPICA. REABILITAÇÃO E RECONVERSÃO DO SANATÓRIO DR. JERÓNIMO LACERDA EM CASA D’ARTES DO CARAMULO. (LISBOA: DISSERTAÇÃO E PROJETO FINAL DE MESTRADO INTEGRADO EM ARQUITETURA, 2014), 38) **145**
- FIGURA 36** - FOTOGRAFIA DO SANATÓRIO DR. JERÓNIMO LACERDA / GRANDE SANATÓRIO DO CARAMULO (FONTE: CATARINA ANTUNES COIMBRA. DINÂMICAS DE UMA ARQUITETURA HELIOTRÓPICA. REABILITAÇÃO E

RECONVERSÃO DO SANATÓRIO DR. JERÓNIMO LACERDA EM CASA D'ARTES DO CARAMULO. (LISBOA: DISSERTAÇÃO E PROJETO FINAL DE MESTRADO INTEGRADO EM ARQUITETURA, 2014), 39) **146**

FIGURA 37 - FOTOGRAFIA DAS GALERIAS ORIGINAIS DO SANATÓRIO DR. JERÓNIMO LACERDA / GRANDE SANATÓRIO DO CARAMULO (FONTE: CATARINA ANTUNES COIMBRA. DINÂMICAS DE UMA ARQUITETURA HELIOTRÓPICA. REABILITAÇÃO E RECONVERSÃO DO SANATÓRIO DR. JERÓNIMO LACERDA EM CASA D'ARTES DO CARAMULO. (LISBOA: DISSERTAÇÃO E PROJETO FINAL DE MESTRADO INTEGRADO EM ARQUITETURA, 2014), 41) **147**

FIGURA 38 - FOTOGRAFIA DAS GALERIAS APÓS A PRIMEIRA FASE DE EXPANSÃO DO SANATÓRIO DR. JERÓNIMO LACERDA / GRANDE SANATÓRIO DO CARAMULO (FONTE: CATARINA ANTUNES COIMBRA. DINÂMICAS DE UMA ARQUITETURA HELIOTRÓPICA. REABILITAÇÃO E RECONVERSÃO DO SANATÓRIO DR. JERÓNIMO LACERDA EM CASA D'ARTES DO CARAMULO. (LISBOA: DISSERTAÇÃO E PROJETO FINAL DE MESTRADO INTEGRADO EM ARQUITETURA, 2014), 41) **148**

FIGURA 39 – FOTO DOS TRÊS EDIFÍCIOS DO SANATÓRIO ZONNESTRAAL (FONTE: < [HTTP://WWW.BDONLINE.CO.UK/MJ-LONGS-INSPIRATION-ZONNESTRAAL-SANATORIUM-BY-JAN-DUIKER-WITH-BERNARD-BIJVOET/5062877.ARTICLE](http://www.bdonline.co.uk/mj-longs-inspiration-zonnestraal-sanatorium-by-jan-duiker-with-bernard-bijvoet/5062877.article)>) **152**

FIGURA 40 – PLANTA PROPOSTA RÉS-DO-CHÃO DO COMPLEXO DO SANATÓRIO ZONNESTRAAL (FONTE: <[HTTPS://ENG.ARCHINFORM.NET/PROJEKTE/1716.HTM](https://eng.archinform.net/projekte/1716.htm)>) **154**

FIGURA 41 – PLANTA RÉS-DO-CHÃO DO EDIFÍCIO PRINCIPAL DO SANATÓRIO ZONNESTRAAL (FONTE: <[HTTPS://ENG.ARCHINFORM.NET/PROJEKTE/1716.HTM](https://eng.archinform.net/projekte/1716.htm)>) **155**

FIGURA 42 – FOTO DO SANATÓRIO ZONNESTRAAL, 1928 (FONTE: < [HTTPS://WWW.PINTEREST.PT/PIN/513340057501362231/](https://www.pinterest.pt/pin/513340057501362231/)>) **156**

FIGURA 43 – FOTO PRÓPRIA DA PLANTA DE UM PAVILHÃO DO SANATÓRIO ZONNESTRAAL (FONTE: DUIKER. DE BACK, AIMEE, AND S. BERNDSEN AND C. BERNS. A SPACE OF THEIR OWN: THE SERVANTS' HOUSE BY J. DUIKER AT ZONNESTRAAL SANATORIUM. (ROTTERDAM, 1996)) **157**

FIGURA 44 – FOTO DA VISTA DA ENTRADA DE DENTRO DE UM QUARTO PARA O EXTERIOR (FONTE: < [HTTP://WWW.BDONLINE.CO.UK/MJ-LONGS-INSPIRATION-ZONNESTRAAL-SANATORIUM-BY-JAN-DUIKER-WITH-BERNARD-BIJVOET/5062877.ARTICLE](http://www.bdonline.co.uk/mj-longs-inspiration-zonnestraal-sanatorium-by-jan-duiker-with-bernard-bijvoet/5062877.article)>) **158**

- FIGURA 45** – FOTO DO SANATÓRIO DE PAIMIO (FONTE: <[HTTPS://THEARKOFGRACE.COM/2014/09/15/PAIMIO-SANATORIUM/](https://thearkofgrace.com/2014/09/15/paimio-sanatorium/)>) **161**
- FIGURA 46** – FOTO DE MAQUETE DO SANATÓRIO DE PAIMIO (FONTE: <[HTTP://WWW.CMAJ.CA/CONTENT/182/11/E535/F5.LARGE.JPG](http://www.cmaj.ca/content/182/11/E535/F5.LARGE.JPG)>) **163**
- FIGURA 47** – PLANTA DE SITUAÇÃO DO SANATÓRIO DE PAIMIO (FONTE: <[HTTP://SOB-OLHARES.BLOGSPOT.PT/2007/07/SANATRIO-PARA-TUBERCULOSOS-ALVAR-AALTO.HTML](http://sob-olhares.blogspot.pt/2007/07/sanatrio-para-tuberculosos-alvar-aalto.html)>) **163**
- FIGURA 48** - PLANTA RÉS-DO-CHÃO DO SANATÓRIO PAIMIO (FONTE: <[HTTP://SOB-OLHARES.BLOGSPOT.PT/2007/07/SANATRIO-PARA-TUBERCULOSOS-ALVAR-AALTO.HTML](http://sob-olhares.blogspot.pt/2007/07/sanatrio-para-tuberculosos-alvar-aalto.html)>) **164**
- FIGURA 49** – FOTO DE CORREDOR DO SANATÓRIO DE PAIMIO (FONTE: <[HTTP://WWW.DOCHITECT.COM/CATEGORY/EVIDENCE-BASED-DESIGN/](http://www.dochoitect.com/category/evidence-based-design/)>) **165**
- FIGURA 50** - FOTO DE CORREDOR DO SANATÓRIO DE PAIMIO (FONTE: <[HTTPS://WWW.FLICKR.COM/PHOTOS/DOCTORCASINO/8033718868](https://www.flickr.com/photos/doctorcasino/8033718868/)>) **165**
- FIGURA 51** – FOTO DAS GALERIAS DE CURA DO SANATÓRIO DE PAIMIO (FONTE: <[HTTPS://WWW.STYLEPARK.COM/EN/NEWS/THE-BOSS-SAT-AT-THE-BACK](https://www.stylepark.com/en/news/the-boss-sat-at-the-back)>) **167**
- FIGURA 52** – FOTO DO SANATÓRIO PENHAS DE SAÚDE EM RUÍNA (FONTE: <[HTTP://CIDADEDACOVILHA.BLOGS.SAPO.PT/14158.HTML](http://cidadesacovilha.blogs.sapo.pt/14158.html)>) **168**
- FIGURA 53** – FOTO DA Pousada Serra da Estrela (antigo Sanatório Penhas de Saúde) (FONTE: <[HTTP://CIDADEDACOVILHA.BLOGS.SAPO.PT/14158.HTML](http://cidadesacovilha.blogs.sapo.pt/14158.html)>) **169**
- FIGURA 54** - FOTO DO SANATÓRIO ZONNESTRAAL EM RUÍNA (FONTE: <[HTTPS://THEURBANEARHTH.WORDPRESS.COM/2010/11/22/SANATORIO-ZONNESTRAAL-HILVERSUM-HOLANDA/](https://theurbanearth.wordpress.com/2010/11/22/sanatorio-zonnestraal-hilversum-holanda/)>) **170**
- FIGURA 55** – FOTO DO RESTAURO DO SANATÓRIO ZONNESTRAAL (FONTE: <[HTTP://DOCOMOMOVENEZUELA.BLOGSPOT.PT/2010/10/](http://docomomovenezuela.blogspot.pt/2010/10/)>) **171**
- FIGURA 56** – SANATÓRIO JERÓNIMO LACERDA, FOTO PRÓPRIA, 2016 **173**
- FIGURA 57** – SANATÓRIO INFANTIL (FONTE: PRÓPRIA, 2016) **173**
- FIGURA 58** – NOVO SANATÓRIO / PAVILHÃO CIRÚRGICO (FONTE:<[HTTPS://SITES.GOOGLE.COM/SITE/FACEOCULTADEPORTUGAL/CENTRO/SANATORIOS-DO-CARAMULO](https://sites.google.com/site/faceocultadeportugal/centro/sanatorios-do-caramulo)>) **174**
- FIGURA 59** – SANATÓRIO SANTA MARIA (FONTE: PRÓPRIA, 2016) **174**
- FIGURA 60** – FOTO DO LAR ALCÁCER DO SAL, 2013 (FONTE: VANESSA MENDES. ARQUITETURA PORTUGUESA CONTEMPORÂNEA: ARX PORTUGAL E AIRES MATEUS. (LISBOA: UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA, FACULDADE DE

ARQUITETURA E DAS ARTES, MESTRADO INTEGRADO EM ARQUITETURA. 2016), 77	192
FIGURA 61 – PLANTA DE IMPLANTAÇÃO DO LAR DE IDOSOS DE ALCÁCER DO SAL (FONTE: MATERIAL FORNECIDO PELO ATELIER AIRES MATEUS)	193
FIGURA 62 – ALÇADOS DO LAR ALCÁCER DO SAL (FONTE: MATERIAL FORNECIDO PELO ATELIER AIRES MATEUS)	194
FIGURA 63 - FOTO DO LAR ALCÁCER DO SAL, 2013 (FONTE: VANESSA MENDES. ARQUITETURA PORTUGUESA CONTEMPORÂNEA: ARX PORTUGAL E AIRES MATEUS. (LISBOA: UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA, FACULDADE DE ARQUITETURA E DAS ARTES, MESTRADO INTEGRADO EM ARQUITETURA. 2016), 77	195
FIGURA 64 - FOTO DO LAR ALCÁCER DO SAL, 2013 (FONTE: VANESSA MENDES. ARQUITETURA PORTUGUESA CONTEMPORÂNEA: ARX PORTUGAL E AIRES MATEUS. (LISBOA: UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA, FACULDADE DE ARQUITETURA E DAS ARTES, MESTRADO INTEGRADO EM ARQUITETURA. 2016), 77	196
FIGURA 65 – FOTO DO CORREDOR DO LAR ALCÁCER DO SAL (FONTE: HTTP://IMG.ARCHILOVERS.COM/PROJECTS/C_383_EB9F4302-0880-42FD- BA3D-893A3F9E39DE.JPG)	197
FIGURA 66 – PLANTA PISO 0 DO LAR ALCÁCER DO SAL (FONTE: MATERIAL FORNECIDO PELO ATELIER AIRES MATEUS)	197
FIGURA 67 - PLANTA PISO 1 DO LAR ALCÁCER DO SAL (FONTE: MATERIAL FORNECIDO PELO ATELIER AIRES MATEUS)	198
FIGURA 68 - PLANTA PISO 2 DO LAR ALCÁCER DO SAL (FONTE: MATERIAL FORNECIDO PELO ATELIER AIRES MATEUS)	198
FIGURA 69 – FOTO DE QUARTO DO LAR ALCÁCER DO SAL (FONTE: < HTTP://WWW.NOTICIASARQUITECTURA.INFO/ESPECIALES/HOUSE-ELDERLY- PEOPLE-MATEUS/16G.JPG >)	199
FIGURA 70 – ALÇADO NORTE DO LAR CADA DE MAGALHÃES (FONTE: MATERIAL FORNECIDO PELO ATELIER DE CARVALHO ARAÚJO)	203
FIGURA 71 - ALÇADO SUL DO LAR CADA DE MAGALHÃES (FONTE: MATERIAL FORNECIDO PELO ATELIER DE CARVALHO ARAÚJO)	203
FIGURA 72 - ALÇADO OESTE DO LAR CADA DE MAGALHÃES (FONTE: MATERIAL FORNECIDO PELO ATELIER DE CARVALHO ARAÚJO)	203

FIGURA 73 – PLANTA DE COBERTURA DO LAR CASA DE MAGALHÃES (FONTE: MATERIAL FORNECIDO PELO ATELIER DE CARVALHO ARAÚJO, LEGENDAS PRÓPRIAS)	205
FIGURA 74 – FOTO DO LAR CASA DE MAGALHÃES (FONTE: MATERIAL FORNECIDO PELO ATELIER DE CARVALHO ARAÚJO)	206
FIGURA 75 – FOTO DO PÁTIO COM VISTA PARA O CORREDOR DO LAR CASA DE MAGALHÃES (FONTE: MATERIAL FORNECIDO PELO ATELIER DE CARVALHO ARAÚJO)	207
FIGURA 76 – FOTOS DO CORREDOR DO LAR CASA DE MAGALHÃES (FONTE: MATERIAL FORNECIDO PELO ATELIER DE CARVALHO ARAÚJO)	207
FIGURA 77 – FOTOS DO CORREDOR DO LAR CASA DE MAGALHÃES (FONTE: MATERIAL FORNECIDO PELO ATELIER DE CARVALHO ARAÚJO)	207
FIGURA 78 – FOTO DA COBERTURA COM AS CLARABOIAS DO LAR CASA DE MAGALHÃES (FONTE: MATERIAL FORNECIDO PELO ATELIER DE CARVALHO ARAÚJO)	208
FIGURA 79 - PLANTA DO PISO 0 DO LAR CASA DE MAGALHÃES E CENTRO DE DIA, SEM ESCALA (FONTE: MATERIAL FORNECIDO PELO ATELIER DE CARVALHO ARAÚJO, LEGENDAS PRÓPRIAS)	210
FIGURA 80 – IMPLANTAÇÃO DA RESIDENTIAL HOME FOR THE ELDERLY, SEM ESCALA (FONTE: MÁRIO SILVA. ARQUITETURA GERIÁTRICA. (COIMBRA: DEPARTAMENTO DE ARQUITETURA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA. 2009), 32)	213
FIGURA 81 – CORTE DA RESIDENTIAL HOME FOR THE ELDERLY, SEM ESCALA (FONTE: MÁRIO SILVA. ARQUITETURA GERIÁTRICA. (COIMBRA: DEPARTAMENTO DE ARQUITETURA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA. 2009), 32)	214
FIGURA 82 – FOTO DO ALÇADO ESTE DA RESIDENTIAL HOME FOR THE ELDERLY (FONTE: MÁRIO SILVA. ARQUITETURA GERIÁTRICA. (COIMBRA: DEPARTAMENTO DE ARQUITETURA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA. 2009), 34)	215
FIGURA 83 – FOTO DO ALÇADO ESTE DA RESIDENTIAL HOME FOR THE ELDERLY (FONTE: MÁRIO SILVA. ARQUITETURA GERIÁTRICA. (COIMBRA: DEPARTAMENTO DE ARQUITETURA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA. 2009), 34)	215

FIGURA 84 – PLANTA DOS MÓDULOS HABITACIONAIS DE RESIDENTIAL HOME FOR THE ELDERLY, SEM ESCALA (FONTE: MÁRIO SILVA. ARQUITETURA GERIÁTRICA. (COIMBRA: DEPARTAMENTO DE ARQUITETURA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA. 2009), 32) **217**

FIGURA 85 - PLANTA DE UM MÓDULO DE APARTAMENTO DE RESIDENTIAL HOME FOR THE ELDERLY, SEM ESCALA (FONTE: MÁRIO SILVA. ARQUITETURA GERIÁTRICA. (COIMBRA: DEPARTAMENTO DE ARQUITETURA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA. 2009), 38) **219**

FIGURA 86 – IMPLANTAÇÃO APARTAMENTOS WOZOCO'S (FONTE: MÁRIO SILVA. ARQUITETURA GERIÁTRICA. (COIMBRA: DEPARTAMENTO DE ARQUITETURA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA. 2009), 42) **223**

FIGURA 87 – ESTRUTURA DE CONSOLAS DOS APARTAMENTOS WOZOCO'S (FONTE: JORGE NAVARRETE. HABITAÇÃO MULTIFAMILIAR CONTEMPORÂNEA: LOTES AÉREOS PARA MORADIAS FLEXÍVEIS. (SÃO PAULO: UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA, FACULDADE DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA, CAMPUS DE PRESIDENTE PRUDENTE. CURSO DE ARQUITETURA E URBANISMO, 2011), 49) **225**

FIGURA 88 – ESTRUTURA DE CONSOLAS DOS APARTAMENTOS WOZOCO'S (FONTE: JORGE NAVARRETE. HABITAÇÃO MULTIFAMILIAR CONTEMPORÂNEA: LOTES AÉREOS PARA MORADIAS FLEXÍVEIS. (SÃO PAULO: UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA, FACULDADE DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA, CAMPUS DE PRESIDENTE PRUDENTE. CURSO DE ARQUITETURA E URBANISMO, 2011), 49) **225**

FIGURA 89 – FOTO DA FACHADA NORTE DOS APARTAMENTOS WOZOCO'S (FONTE: APARTAMENTOS WOZOCO'S, AMSTERDÃO. <[HTTP://WWW.GALINSKY.COM/BUILDINGS/WOZOCO/](http://www.galinsky.com/buildings/wozoco/)>) **227**

FIGURA 90 – FOTO FACHADA SUL DOS APARTAMENTOS WOZOCO'S (FONTE: MARINA GALLEGANI, WOZOCO'S: CONJUNTO HABITACIONAL EM AMSTERDÃO É UM DOS PRÉDIOS MAIS ORIGINAIS DA ARQUITETURA CONTEMPORÂNEA. MARÇO, 2017 <[HTTP://FOLLOWTHECOLOURS.COM.BR/FOLLOW-DECORA/WOZOCO-CONJUNTO-HABITACIONAL-EM-AMSTERDA-E-UM-DOS-PREDIOS-MAIS-ORIGINAIS-DA-ARQUITETURA-CONTEMPORANEA/](http://followthecolours.com.br/follow-decora/wozoco-conjunto-habitacional-em-amsterda-e-um-dos-predios-mais-originais-da-arquitetura-contemporanea/)>) **227**

FIGURA 91 – FOTO DA ENVOLVENTE MAIS A FACHADA SUL DOS APARTAMENTOS WOZOCO'S (FONTE: BRUNA OLIVEIRA, RAQUEL FERRARI, THAMIRES CALÓ E

THAYS	LIMA.	WoZoCo's.	2015	<	
					HTTPS://PT.SLIDESHARE.NET/WILLIANDESA35/WOZOCO-MRVDV)
					229
FIGURA 92	– PLANTA PISO 0 DOS APARTAMENTOS WOZOCO'S (FONTE:				
	< HTTPS://WWW.PINTEREST.PT/CHUEYEN/100-WOZOCO-APARTMENTS/?LP=TRUE >)				
					230
FIGURA 93	– PLANTA PISO 1 DOS APARTAMENTOS WOZOCO'S (FONTE:				
	< HTTPS://WWW.PINTEREST.PT/CHUEYEN/100-WOZOCO-APARTMENTS/?LP=TRUE >)				
					230
FIGURA 94	– PLANTA PISO 4 DOS APARTAMENTOS WOZOCO'S (FONTE:				
	< HTTPS://WWW.PINTEREST.PT/CHUEYEN/100-WOZOCO-APARTMENTS/?LP=TRUE >)				
					230
FIGURA 95	– PLANTA PISO 5 DOS APARTAMENTOS WOZOCO'S (FONTE:				
	< HTTPS://WWW.PINTEREST.PT/CHUEYEN/100-WOZOCO-APARTMENTS/?LP=TRUE >)				
					230
FIGURA 96	– FOTO DO SISTEMA DE PILOTIS, ZONA DE ENTRADA DOS APARTAMENTOS WOZOCO'S (FONTE: EDUARDO BASOLINO, MAIO 2012 <				
	HTTPS://WWW.FLICKR.COM/PHOTOS/EDUARDOBASSOLINO/8523137999 >)				
					232
FIGURA 97	– DOIS DOS MÓDULOS DOS APARTAMENTOS WOZOCO'S (FONTE: MÁRIO SILVA. ARQUITETURA GERIÁTRICA. (COIMBRA: DEPARTAMENTO DE ARQUITETURA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA. 2009), 48)				
					233
FIGURA 98	– PLANTA DOS APARTAMENTOS TIPOS DIFERENCIADOS POR CORES E A, B,C E D DOS APARTAMENTOS WOZOCO'S (FONTE: BÁRBARA GOMES. HABITAR E ENVELHECER NO SÉC. XXI: FLEXIBILIDADE E ADAPTABILIDADE NA HABITAÇÃO MULTIGERACIONAL. (VISEU: UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA, CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS, DEPARTAMENTO DE ARQUITETURA E CIÊNCIAS. TESE DE MESTRADO INTEGRADO EM ARQUITETURA, 2012), 23)				
					234
FIGURA 99	– MAPA DOS SANATÓRIOS DO CARAMULO ATUALMENTE (FONTE: PRÓPRIA)				
					242
FIGURA 100	– PROPOSTA DA ESTÂNCIA MULTIGERACIONAL COM VERTENTE GERIÁTRICA E INFANTIL, NOS ANTIGOS SANATÓRIOS DO CARAMULO (FONTE: PRÓPRIA)				
					245

FIGURA 101 – DETALHE DA PROPOSTA DA ESTÂNCIA MULTIGERACIONAL COM VERTENTE GERIÁTRICA E INFANTIL, NOS ANTIGOS SANATÓRIOS DO CARAMULO QUE SE ENCONTRAM EM RUÍNAS (FONTE: PRÓPRIA)	247
FIGURA 102 - DETALHE DA PROPOSTA DA ESTÂNCIA MULTIGERACIONAL COM VERTENTE GERIÁTRICA E INFANTIL, NOS ANTIGOS SANATÓRIOS DO CARAMULO QUE SE ENCONTRAM EM RUÍNAS (FONTE: PRÓPRIA)	248
FIGURA 103 - DETALHE DA PROPOSTA DA ESTÂNCIA MULTIGERACIONAL COM VERTENTE GERIÁTRICA E INFANTIL, NOS ANTIGOS SANATÓRIOS DO CARAMULO QUE SE ENCONTRAM EM RUÍNAS (FONTE: PRÓPRIA)	249
FIGURA 104 – RUÍNAS DO SANATÓRIO PENHAS DE SAÚDE (FONTE: PAULO JESUS, COVILHÃ, CIDADE FÁBRICA, CIDADE GRANJA. 2010 < HTTP://CIDADEDACOVILHA.BLOGS.SAPO.PT/14158.HTML >)	297
FIGURA 105 - SANATÓRIO PENHAS DE SAÚDE (FONTE: PAULO JESUS, COVILHÃ, CIDADE FÁBRICA, CIDADE GRANJA. 2010 < HTTP://CIDADEDACOVILHA.BLOGS.SAPO.PT/14158.HTML >)	297
FIGURA 106 - SANATÓRIO PENHAS DE SAÚDE (FONTE: PAULO JESUS, COVILHÃ, CIDADE FÁBRICA, CIDADE GRANJA. 2010 < HTTP://CIDADEDACOVILHA.BLOGS.SAPO.PT/14158.HTML >)	298
FIGURA 107 - SANATÓRIO PENHAS DE SAÚDE (FONTE: PAULO JESUS, COVILHÃ, CIDADE FÁBRICA, CIDADE GRANJA. 2010 < HTTP://CIDADEDACOVILHA.BLOGS.SAPO.PT/14158.HTML >)	298
FIGURA 108 – Pousada Serra da Estrela Antigo Sanatório Penhas de Saúde (FONTE: PAULO JESUS, COVILHÃ, CIDADE FÁBRICA, CIDADE GRANJA. 2010 < HTTP://CIDADEDACOVILHA.BLOGS.SAPO.PT/14158.HTML >)	299
FIGURA 109 - Pousada Serra da Estrela Antigo Sanatório Penhas de Saúde (FONTE: PAULO JESUS, COVILHÃ, CIDADE FÁBRICA, CIDADE GRANJA. 2010 < HTTP://CIDADEDACOVILHA.BLOGS.SAPO.PT/14158.HTML >)	299
FIGURA 110 – ALÇADO DA Pousada Serra da Estrela Antigo Sanatório Penhas de Saúde (FONTE: FORNECIDA PELO ATELIER DO ARQUITETO SOUTO MOURA>)	300
FIGURA 111 - ALÇADO DA Pousada Serra da Estrela Antigo Sanatório Penhas de Saúde (FONTE: FORNECIDA PELO ATELIER DO ARQUITETO SOUTO MOURA>)	300

- FIGURA 112** - ALÇADO DA POUSADA SERRA DA ESTRELA ANTIGO SANATÓRIO PENHAS DE SAÚDE (FONTE: FORNECIDA PELO ATELIER DO ARQUITETO SOUTO MOURA>) **300**
- FIGURA 113** - CORTE LONGITUDINAL DA POUSADA SERRA DA ESTRELA ANTIGO SANATÓRIO PENHAS DE SAÚDE (FONTE: FORNECIDA PELO ATELIER DO ARQUITETO SOUTO MOURA>) **301**
- FIGURA 114** – PLANTA PISO 0 DA POUSADA SERRA DA ESTRELA ANTIGO SANATÓRIO PENHAS DE SAÚDE (FONTE: FORNECIDA PELO ATELIER DO ARQUITETO SOUTO MOURA>) **301**
- FIGURA 115** – CORTE CONSTRUTIVO GERAL DA POUSADA SERRA DA ESTRELA ANTIGO SANATÓRIO PENHAS DE SAÚDE (FONTE: FORNECIDA PELO ATELIER DO ARQUITETO SOUTO MOURA>) **302**
- FIGURA 116** – CORTES TRANSVERSAIS DA POUSADA SERRA DA ESTRELA ANTIGO SANATÓRIO PENHAS DE SAÚDE (FONTE: FORNECIDA PELO ATELIER DO ARQUITETO SOUTO MOURA>) **303**
- FIGURA 117** – CORTES TRANSVERSAIS DA POUSADA SERRA DA ESTRELA ANTIGO SANATÓRIO PENHAS DE SAÚDE (FONTE: FORNECIDA PELO ATELIER DO ARQUITETO SOUTO MOURA>) **303**
- FIGURA 118** – MONTAGEM DE FOTOS DA ESTÂNCIA SANATORIAL DO CARAMULO ATUALMENTE (FONTE: PRÓPRIA) **305**
- FIGURA 119** – RUÍNAS DO SANATÓRIO ZONNESTRAAL (FONTE: 'CECILIA LUCCHESI. THE URBAN EARTH. REFLEXÕES PARA UM MUNDO URBANIZADO. 22 DE NOVEMBRO DE 2010 [HTTPS://THEURBANEARTH.WORDPRESS.COM/2010/11/22/SANATORIO-ZONNESTRAAL-HILVERSUM-HOLANDA/](https://theurbanearth.wordpress.com/2010/11/22/sanatorio-zonnestraal-hilversum-holanda/)) **305**
- FIGURA 120** - RUÍNAS DO SANATÓRIO ZONNESTRAAL (FONTE: 'CECILIA LUCCHESI. THE URBAN EARTH. REFLEXÕES PARA UM MUNDO URBANIZADO. 22 DE NOVEMBRO DE 2010 [HTTPS://THEURBANEARTH.WORDPRESS.COM/2010/11/22/SANATORIO-ZONNESTRAAL-HILVERSUM-HOLANDA/](https://theurbanearth.wordpress.com/2010/11/22/sanatorio-zonnestraal-hilversum-holanda/)) **305**
- FIGURA 121** – CENTRO DE REABILITAÇÃO DE CRIANÇAS E JOVENS, ANTIGO SANATÓRIO ZONNESTRAAL (FONTE: 'CECILIA LUCCHESI. THE URBAN EARTH. REFLEXÕES PARA UM MUNDO URBANIZADO. 22 DE NOVEMBRO DE 2010 [HTTPS://THEURBANEARTH.WORDPRESS.COM/2010/11/22/SANATORIO-ZONNESTRAAL-HILVERSUM-HOLANDA/](https://theurbanearth.wordpress.com/2010/11/22/sanatorio-zonnestraal-hilversum-holanda/)) **306**

- FIGURA 122** – CENTRO DE REABILITAÇÃO DE CRIANÇAS E JOVENS, ANTIGO SANATÓRIO ZONNESTRAAL (FONTE: 'CECILIA LUCCHESI. THE URBAN EARTH. REFLEXÕES PARA UM MUNDO URBANIZADO. 22 DE NOVEMBRO DE 2010 [HTTPS://THEURBANEARTH.WORDPRESS.COM/2010/11/22/SANATORIO-ZONNESTRAAL-HILVERSUM-HOLANDA/](https://theurbanearth.wordpress.com/2010/11/22/sanatorio-zonnestraal-hilversum-holanda/)) **306**
- FIGURA 123** – CENTRO DE REABILITAÇÃO DE CRIANÇAS E JOVENS, ANTIGO SANATÓRIO ZONNESTRAAL (FONTE: 'CECILIA LUCCHESI. THE URBAN EARTH. REFLEXÕES PARA UM MUNDO URBANIZADO. 22 DE NOVEMBRO DE 2010 [HTTPS://THEURBANEARTH.WORDPRESS.COM/2010/11/22/SANATORIO-ZONNESTRAAL-HILVERSUM-HOLANDA/](https://theurbanearth.wordpress.com/2010/11/22/sanatorio-zonnestraal-hilversum-holanda/)) **306**
- FIGURA 124** - FOTO DO SANATÓRIO DE PAIMIO (FONTE: <[HTTPS://THEARKOFGRACE.COM/2014/09/15/PAIMIO-SANATORIUM/](https://thearkofgrace.com/2014/09/15/paimio-sanatorium/)>) **307**
- FIGURA 125** - FOTO DO SANATÓRIO DE PAIMIO (FONTE: <[HTTPS://THEARKOFGRACE.COM/2014/09/15/PAIMIO-SANATORIUM/](https://thearkofgrace.com/2014/09/15/paimio-sanatorium/)>) **307**
- FIGURA 126** - FOTO DO SANATÓRIO DE PAIMIO (FONTE: <[HTTPS://THEARKOFGRACE.COM/2014/09/15/PAIMIO-SANATORIUM/](https://thearkofgrace.com/2014/09/15/paimio-sanatorium/)>) **308**
- FIGURA 127** - FOTO DO SANATÓRIO DE PAIMIO (FONTE: <[HTTPS://THEARKOFGRACE.COM/2014/09/15/PAIMIO-SANATORIUM/](https://thearkofgrace.com/2014/09/15/paimio-sanatorium/)>) **308**
- FIGURA 128** - FOTO DO SANATÓRIO DE PAIMIO (FONTE: <[HTTPS://THEARKOFGRACE.COM/2014/09/15/PAIMIO-SANATORIUM/](https://thearkofgrace.com/2014/09/15/paimio-sanatorium/)>) **308**
- FIGURA 129** – FOTO DO LAR ALCÁCER DO SAL (FONTE: JORGE ALVES. RESIDÊNCIAS EM ALCÁCER DO SAL / AIRES MATEUS. 19 DE FEVEREIRO DE 2013 [HTTP://WWW.ARCHDAILY.COM.BR/BR/01-98258/RESIDENCIAS-EM-ALCACER-DO-SAL-SLASH-AIRES-MATEUS](http://www.archdaily.com.br/br/01-98258/residencias-em-alcacer-do-sal-slash-aires-mateus)) **309**
- FIGURA 130** - FOTO DO LAR ALCÁCER DO SAL (FONTE: JORGE ALVES. RESIDÊNCIAS EM ALCÁCER DO SAL / AIRES MATEUS. 19 DE FEVEREIRO DE 2013 [HTTP://WWW.ARCHDAILY.COM.BR/BR/01-98258/RESIDENCIAS-EM-ALCACER-DO-SAL-SLASH-AIRES-MATEUS](http://www.archdaily.com.br/br/01-98258/residencias-em-alcacer-do-sal-slash-aires-mateus)) **309**
- FIGURA 131** - FOTO DO LAR CASA DE MAGALHÃES (FONTE: MATERIAL FORNECIDO PELO ATELIER DE CARVALHO ARAÚJO) **310**
- FIGURA 132** - FOTO DO LAR CASA DE MAGALHÃES (FONTE: MATERIAL FORNECIDO PELO ATELIER DE CARVALHO ARAÚJO) **310**

- FIGURA 133** – FOTO DO INTERIOR DA RESIDENTIAL HOME FOR THE ELDERLY (FONTE: GALINSKY, HOME FOR SENIOR CITIZENS, CHUR, SWITZERLAND. PETER ZUMTHOR, 1993. <HTTP://WWW.GALINSKY.COM/BUILDINGS/ELDERLY/>) **311**
- FIGURA 134** – FOTO DO EXTERIOR DA RESIDENTIAL HOME FOR THE ELDERLY (FONTE: DIGITAL LIBRARY. HOME FOR SENIOR CITIZENS, CHUR, SWITZERLAND. <HOME FOR SENIOR CITIZENS, CHUR, SWITZERLAND> **311**
- FIGURA 135 E FIGURA 136** – FOTOS DOS APARTAMENTOS WOZOCo'S (FONTE: MÁRIO SILVA. ARQUITETURA GERIÁTRICA. (COIMBRA: DEPARTAMENTO DE ARQUITETURA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA. 2009), 44) **312**
- FIGURA 137 E FIGURA 138** - FOTOS DOS APARTAMENTOS WOZOCo'S (FONTE: MÁRIO SILVA. ARQUITETURA GERIÁTRICA. (COIMBRA: DEPARTAMENTO DE ARQUITETURA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA. 2009), 44) **312**
- FIGURA 139** - FOTOS DOS APARTAMENTOS WOZOCo'S (FONTE: MÁRIO SILVA. ARQUITETURA GERIÁTRICA. (COIMBRA: DEPARTAMENTO DE ARQUITETURA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA. 2009), 44) **312**
- FIGURA 140** – IDENTIFICAÇÃO DOS ESPAÇOS DOS APARTAMENTOS WOZOCo'S (FONTE: MÁRIO SILVA. ARQUITETURA GERIÁTRICA. (COIMBRA: DEPARTAMENTO DE ARQUITETURA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA. 2009), 46) **313**

*

FONTE DE TABELAS

- TABELA 1** – SEIS PRINCIPAIS MOMENTOS DA EVOLUÇÃO HISTÓRICA DOS EDIFÍCIOS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO OCIDENTE (FONTE: ADAPTADO DE - DANIEL REGO. A ARQUITETURA COMO INSTRUMENTO MEDICINAL: O PAPEL TERAPÊUTICO DOS ESPAÇOS DE SAÚDE NA SUA MISSÃO DE CURAR E CUIDAR. (LISBOA: DISSERTAÇÃO PARA MESTRADO EM ARQUITETURA, INSTITUTO SUPERIOR TÉCNICO DE LISBOA, 2012.), 16) **88**

TABELA 2 - QUADRO DE ESPECIFICAÇÕES DO SANATÓRIO DE PENHAS DE SAÚDE (FONTE: PRÓPRIA)	118
TABELA 3 - QUADRO DE ESPECIFICAÇÕES DA ESTÂNCIA SANATORIAL DO CARAMULO (FONTE: PRÓPRIA)	132
TABELA 4 - QUADRO DE ESPECIFICAÇÕES DO SANATÓRIO ZONNESTRAAL (FONTE: PRÓPRIA)	150
TABELA 5 - QUADRO DE ESPECIFICAÇÕES DO SANATÓRIO DE PAIMIO (FONTE: PRÓPRIA)	160
TABELA 6 - QUADRO DE ESPECIFICAÇÕES DO LAR ALCÁCER DO SAL, AIRES MATEUS (FONTE: PRÓPRIA)	191
TABELA 7 - QUADRO DE ESPECIFICAÇÕES DO LAR CASA DE MAGALHÃES, CARVALHO ARAÚJO (FONTE: PRÓPRIA)	201
TABELA 8 - QUADRO DE ESPECIFICAÇÕES DA RESIDENTIAL HOME FOR THE ELDERLY, PETER ZUMTHOR (FONTE: PRÓPRIA)	212
TABELA 9 - QUADRO DE ESPECIFICAÇÕES DOS APARTAMENTOS WOZOCo'S, MVRDV (FONTE: PRÓPRIA)	222

ANEXOS

2) ESTADO DE ARTE: DOS SANATÓRIOS À RESIDÊNCIA PARA IDOSOS: UM PENSAMENTO EVOLUTIVO

Envelhecimento biológico

Apesar de não sermos todos iguais e cada um ter necessidades diferentes, algo comum a todos é o envelhecimento do corpo, a diferença está em quando e como acontece, mas todos nós envelhecemos de uma forma ou de outra. O corpo começa a deteriorar-se começam a sentir-se falhas, apesar de muitas vezes não nos apercebermos logo, mas com o piorar as pessoas começam a sentir o “peso” da idade. Para percebermos a habitação de idosos temos que perceber os idosos primeiramente, como tal, pensando no envelhecimento do organismo humano começaremos pelos sistemas sensoriais.

A visão é o sistema sensorial com maiores implicações diretas no habitat e na perceção que o idoso tem do espaço físico que o envolve e, por isso mesmo, com maiores implicações para a arquitetura.¹⁷⁹

A visão sendo um aspeto de importância começa a reduzir, isto é, o acumular de gorduras no sangue, juntamente com a diminuição da pupila e a formação do arco senil¹⁸⁰, faz com haja uma diminuição do campo visual e da visão periférica, pois temos a redução dos níveis de adaptação ao escuro e da entrada de luz no olho, reduzindo, por conseguinte, a sensibilidade e intensidade visual. Isto faz com que os idosos se movimentem mais lentamente, pois não conseguem ver de forma tão nítida. A vista cansada e as cataratas também provocam a dificuldade da visão para com objetos próximos e distantes.

A audição capta os sons e vibrações do que nos rodeia, porém com a idade essa tarefa também começa a ser dificultada, pois começa-se a obter umas espécies de zumbidos constantes, que incapacita a perceção de ruídos exteriores, como sons da natureza, as palavras, ou qualquer

¹⁷⁹ António Carvalho, Habitação para idosos em Lisboa: De coletiva a assistida. O caso de Alvalade. (Lisboa: Tese de Doutoramento. Universidade Técnica de Lisboa, Instituto Superior Técnico, 2013), 37

¹⁸⁰ É um anel opaco esbranquiçado que surge ao redor da íris na fronteira da córnea.

outro som, e com isto acaba-se por se sentir também um pouco desorientado, pois como mal os ouvem não os conseguem localizar.

O paladar-olfato é aquele que ajuda a perceber os cheiros, as texturas, os sabores, dos alimentos, dos odores da natureza, de tudo que nos rodeia, mas com a velhice também a sensibilidade destes vai diminuindo, o que pode causar também alguns acidentes como não se perceber cheiros estranhos como de fugas de gás.¹⁸¹

O tato sendo também conhecido como o sistema háptico, é “a pele, as articulações e os músculos são os recetores responsáveis pela percepção da forma, consistência, temperatura do ambiente e dos objetos, ressentindo-se da diminuição da circulação sanguínea periférica e da perda de recetores cutâneos que influenciam a percepção da temperatura ambiente e sensibilidade tátil”¹⁸².

Todo o corpo sofre alterações, o sistema endócrino¹⁸³ é o que trata da manutenção da temperatura do corpo, ou alterar a função de reagir aos estímulos de forma correta, tornando a pessoa em questão mais vulnerável. Juntamente com o sistema nervoso coordena todas as funções do corpo, e com a degradação os tempos de reação começam a diminuir, o armazenar e recuperar informação, também é algo que se perde, ou seja, a perda de memória que pode ser a dita normal, de coisas banais ou a mais acentuada e considerada já uma doença, o Alzheimer.¹⁸⁴

O sistema muscular também perde a força e o volume, e mais se nota numa pessoa que praticava exercício, exercitava os músculos e de repente deixa de o fazer, esta perda tem tendência a fazer com que haja cada vez menos movimento, levando as atrofia muscular. Tal como, o sistema esquelético perde o cálcio, e mais se nota nas mulheres que durante toda a sua vida tem muitas alterações hormonais que levam o cálcio, por exemplo, as menstruações, as gravidezes e as amamentações; esta perda de cálcio começa-se a notar na fragilidade dos ossos, mais dores e mais sujeitos a fraturas e acidentes. Todos os sistemas juntos fazem com que

¹⁸¹ António Carvalho, *Habitação para idosos em Lisboa: De coletiva a assistida. O caso de Alvalade.* (Lisboa: Tese de Doutoramento. Universidade Técnica de Lisboa, Instituto Superior Técnico, 2013),38

¹⁸² *Ibid.*, 38

¹⁸³ Sistema endócrino é o conjunto de glândulas que são responsáveis pela produção dos hormônios, que percorrem o corpo até aos órgãos através do sangue.

< <https://www.todamateria.com.br/sistema-endocrino/> >

¹⁸⁴ Perkins Eastman. *Building Type Basics for Senior living.* (Segunda Edição, Canada: John Wiley e filhos, 2013), 6

haja até dificuldade, no simples caminhar, com passos desajeitados podendo provocar quedas. E uma queda nesta idade com todas as fragilidades e sensibilidades, pode se tornar um problema bastante grave.

Temos ainda o sistema digestivo que se tornou mais preguiçoso, isto é, maiores dificuldades a fazer digestão devido ao funcionamento mais lento, o controlo reduzido da bexiga ou a falta de controlo mesmo e em muitos casos também a desnutrição devido a uma má alimentação. Outro sistema que não poderemos deixar de referir é o cardiovascular, que tal como os outros também diminui que faz com que o fornecimento de sangue diminua, mesmo para o cérebro, causando tonturas, desmaios e visão turva, e em situações mais graves teremos mesmo AVC (acidente vascular cerebral). O sistema respiratório também começa a ter dificuldades na oxigenação e juntamente com a dificuldade de circulação do sangue, começa-se a ter energias reduzidas, e dificuldades também em atividades físicas, que diminui o ritmo de corpo e começamos a ter um ciclo, tudo que acontece num sistema influencia outro, que vai influenciar outro, depois outro, tornando-se num ciclo vicioso.

Todas estas situações no passado eram muito difíceis de contornar pois os conhecimentos eram poucos, mas com o passar do tempo os conhecimentos foram aumentando, evoluindo tendo ajuda da medicina e dos avanços tecnológicos.

3) CAPÍTULO I: ESTÂNCIAS SANATORIAIS: O ABANDONO DE UMA TIPOLOGIA MÉDICO-HOSPITALAR

Testemunho de um utente do Sanatório de Penhas de Saúde

24 de Dezembro de 1940

É noite de consoada, mais uma longe da família, uma família que, mal vim para aqui, quase se esqueceu da minha existência. Podia ir à aldeia, mas não me apetece. Sempre lhes foi difícil conviver com a memória de alguém enterrado numa floresta de ar rarefeito. Por isso, nunca tentaram visitar-me... Tinha mulher e quatro filhos quando a maldita doença me enclausurou neste sanatório, sem esperança e como um condenado à morte.

Quase vim inaugurá-lo, ocupando a ala dos pobres. É o que eu sou, um pobre, embora, nas partes luxuosas, também haja ricos. Mas a segregação é pouca entre uns e outros. A doença irmana-nos, não há diferenças, somos iguais. Sempre soubemos que o destino era o fundo de uma cova, depois de cuspirmos pela última vez o sangue da morte.

É um edifício bonito, da década passada, construído expressamente na montanha para curar a tísica pulmonar. Mas, tenho sérias apreensões quanto à sua sorte... No futuro, dele restará apenas o esqueleto, um moribundo que morrerá, dia após dia, de pé como uma árvore velha e sem serventia para boa sombra. Todos nós temos o nosso destino e o dele advinha-se triste...

Permanecerei aqui para sempre. Não quero sair da prisão a que a amaldiçoada tísica me condenou. Farei desta casa a minha morada, tal como muitos dos meus amigos que aqui tombaram, vergados ao peso desta peste cinzenta que nos maltratou sem dó nem piedade.

Agora até podemos privar com os vivos, com a liberdade que antes não tínhamos. Vamos a todo o lado, atravessamos paredes, deslizamos pelos corrimões, penduramo-nos nos plátanos da entrada e espreitamos para os claustros junto às janelas, de onde eu gostava de ver tremeluzir o sol por entre as árvores. Estou aqui com muitos desafortunados, uma legião de fantasmas de que faço parte, quando o corpo já não é limite. Tenho, porém, memórias eternas da desgraçada tuberculose...

O Joaquim foi à terra, ao Douro, passar o Natal com a família. Apresenta melhoras e os médicos deixaram-no ir. Ficámos ambos doentes, depois de carregarmos centenas de sacos de mercadorias, dos comboios para a estação do Tua e desta para os comboios. Éramos os dois ferroviários.

Quantas vezes, com fome e enregelados até à alma, não forçamos o corpo, até ele nos atraiçoar!?

A seguir, juntamo-nos aqui, onde compartilhámos mágoas. Mas eu tinha de morrer primeiro...

Fui a casa, uma única vez, antes de a minha mulher se esquecer de mim, nos braços de outro homem, um dos meus amigos da taberna, onde íamos beber os copos para esquecer a miséria dos tempos... Mas, ficar tuberculoso é uma maldição ainda maior do que a pobreza... É pior do que matar a família inteira, ir para à prisão e ser, depois, forçado ao degredo.

Depois, decidi nunca mais por os pés na aldeia. Nem quando morri... Para quê voltar e apodrecer, ainda mais, no cemitério, sem ter ninguém que me pusesse umas flores na campa de terra em dias de finados?!...

Soube com antecedência que morreria a 15 de Agosto de 1938. O António Norte, um dos meus companheiros, falecido cerca de um ano antes, veio lá do outro mundo com o cão, o Nestor, sentar-se aos pés da minha cama... Trazia ordens de me levar... Disse-me, entretanto, que tinha saudades dos nossos jogos de cartas, quando, junto com o Zé da Moura e o Raul, jogávamos a sueca debaixo das árvores, mal podíamos sair do interior da nossa prisão para o exterior, na nossa evasão...

Mal soube do fim próximo, tratei de doar o meu corpo à Universidade de Coimbra. Tive a esperança de andar, depois de morto, onde nunca pude ir em vida. Os tuberculosos não passavam de " os pobres os malditos" que conspiravam o ar com inimigos invisíveis, tornando-se indesejáveis em todo o lado.

Agora, levito por aqui e fumo cigarros Definitivos, encostado às colunas dos claustros, espreito por cima dos ombros dos vivos os filmes que passam no cinematógrafo, vou às salas de desinfeção mexer naqueles aparelhos de raio x com que nos radiografavam, e até espio as raparigas... Quantas vezes eu não senti falta de sexo, com a mulher que já não tinha...

Alguns doentes já notaram presenças etéreas aqui. Já nos sentiram mas não têm medo. São os condenados a quem a família acha um estorvo, querendo-os ver longe da vista...

Pobre de quem aqui vive, trabalha e morre. Pobres dos médicos e das irmãs enfermeiras, todos os dias a lidarem com tanta miséria.

Às vezes sopramos-lhes para longe o ar que se preparavam para inspirar. É quando o sentimos carregado com a bactéria maldita. É também uma forma de agradecimento. Apesar de termos morrido, fecharam-nos os olhos com compaixão...

Gostava de vos contar muito mais, só que 5000 caracteres não chegam.

Vou num pulo ver o meu corpo mumificado a Coimbra e peço-lhes que voltem no futuro, no ano de 2009, quando o Sanatório das Penhas da Saúde for uma ruína. Apontem a máquina fotográfica para a entrada principal e vejam o espírito de António Augusto, aqui a vaguear para sempre. Mas não se assustem. Respeitem-me, apenas. E, sobretudo, nunca duvidem da existência de fantasmas... Afinal, eu sou um deles...¹⁸⁵

Dieta de tuberculose em Falkenstein instituída por Dettweiler

De manhã entre as 7 e 8 horas – Café, chá ou cacau com bolos, bolacha ou pão com manteiga, e a seguir um copo de leite tomado por pequenos golos.

Às 10 horas - dois copos de leite ou uma garrafa de Koumis com pão e manteiga.

Em casos especiais caldo com ovos ou carne assada fria com pão e manteiga e sempre que possível um copo de leite.

Jantar às 13 horas - Assado, legumes e sobremesa, vinho com água de Seltz ou Kronthaler.

Às 16 horas - Um copo de leite mugido ou Koumis e um pequeno pão quente com manteiga, que pode ser tomado com um pouco de vinho ou cognac.

Das 19 às 19.30 - Carne quente com batatas, arroz, nouilles, carne fria, chouriço especial ou ave com salada e compota. Vinho.

¹⁸⁵ A Vida e a Morte no Sanatório
<<http://sanatoriodosferroviarios.freehostia.com/vidaemorte.html>>

Pelas 22 horas - Copo de leite com cinco colheres de cognac. Esta ração representa mais de 3000 calorias e adverte Ewald que, exagerada em álcool, muitos doentes de Falkenstein tiveram de ser tratados de alcoolismo crónico.

A esta dieta contrapropomos a seguinte:

Das 7 às 8 horas - dois ovos quentes, 350 gramas de leite e açúcar, bolachas ou pão com manteiga.

Às 10 horas - Uma chávena de caldo com uma gema de ovo e 40 gramas de carne de carneiro crua, raspada e 15 gramas de cognac, ou 60 gramas de vinho generoso (Porto ou Madeira).

Às 13 horas – Puré de um legume seco, 100 a 200 gramas de carne quente ou fria (vaca, ave ou peixe), um legume fresco cozido, compota, queijo, fruta 200 gramas de vinho tinto. Pão.

Às 16 horas – Chávena de caldo com uma gema de ovo e 40 gramas de carne de carneiro crua, 15 gramas de cognac ou 60 de vinho generoso.

Às 19.30 horas - 100 a 120 gramas de carne, parte vaca, vitela, carneiro ou galinha e parte presunto de fiambre, batatas, arroz, compota, pão e 200 gramas de vinho tinto.

Às 23 horas - 350gr de leite e açúcar com 40 gramas de cacau e biscoitos secos.¹⁸⁶

Estabelecimentos de Luta Contra a Tuberculose:

1. Sanatórios pertencentes à ANT

a) Zona Centro:

- Sanatório Sousa Martins (Guarda) altitude: 1000 metros inicial - 89 camas
ampliado - 160 camas

- Sanatório Dr. Rodrigues Gusmão (Portalegre) altitude: 500 m inicial - 28
camas

ampliado - 70 camas

b) Zona Sul:

¹⁸⁶ António Santos. *O combate à Tuberculose: uma abordagem demográfico-epidemiológica, o Hospital de repouso de Lisboa (1882-1975)*. (Lisboa: Mestrado em História Regional e Local; Universidade de Lisboa, Faculdade das Letras, Departamento de História, 2010.), 20

- Sanatório Popular de Lisboa ou de D. Carlos I – sanatório de planície
inicial - 64 camas
ampliado - 120 camas
- Sanatório da Ajuda (1928) - 100 camas
- Sanatório Dr. João de Almada (Funchal)- 130 camas (aguardando inauguração).

2. Sanatórios Marítimos (para tuberculosas ósseas)

- Sanatório Marítimo do Outão (Setúbal) – 40 camas
- Sanatório Dr. José de Almeida (Carcavelos)
inicial - 26 camas
ampliado (1905) - 10 camas
- Sanatório marítimo da Gelfa (Vila Praia de Ancora, Caminha - 1929)
inicial - 60 camas
ampliado - 100 camas

3. Dispensários pertencentes à ANT

a) Dispensários centrais

Lisboa: 2 - central ou de D. Amélia

- Dr. Lopo de Carvalho

(Dispensário Escola ligado à FML)

Porto: 1 central e 2-3 do tipo A

b) Dispensários distritais:

Aveiro, Beja, Braga, Castelo Branco, Coimbra, Évora, Faro, Funchal, Guarda, Leiria, Lisboa (Ajuda, Lumiar), Portalegre, Porto, Santarém, Setúbal, Viana do Castelo, Vila Real, Viseu.

c) Dispensários concelhios, tipo A (38)

Abrantes, Águeda, Alcanena, Alcobaça, Amarante, Anadia, Barcelos, Barreiro, Caldas da Rainha, Campo Maior, Cartaxo, Cascais, Chaves, Covilhã, Crato, Elvas, Estremoz, Ferreira do Alentejo, Figueira da Foz, Gouveia, Idanha-a-Nova, Lamego, Macedo de Cavaleiros, Marinha Grande, Matosinhos, Monchique, Moura, Nazaré, Póvoa de Varzim, Seia,

Sabóia, Seixal, Sintra, Tomar, Trancoso, Vidigueira, Vila do Conde e Vila Real de Sto. António.

d) **Dispensários tipo B (3)**

Tortosendo, Barquinha, Sangalhos.

4. Enfermarias-Abrigo

Em geral tinham capacidade para cerca de 30 doentes.

Covilhã, Marinha Grande, Alcabideche (pertencente à Armada, 23 camas).

5. Preventórios

Parede (Cascais), Santa Isabel (Funchal Madeira).

6. Dispensários não pertencentes à ANT

Coimbra (Dispensário da Universidade de Coimbra, Dispensário do Pátio da Inquisição), Porto (Cedofeita: Dispensário da Associação dos Tuberculosos do Norte de Portugal).

7. Sanatórios não pertencentes à ANT

Sanatório da Covilhã (nas Penhas da Saúde) propriedade dos Caminhos-de-Ferro Portugueses, altitude 1200 m, fachada de 170 metros, 3 pisos, 180 camas. A sua fachada exterior era muito semelhante à do célebre Sanatório de Davos (Suíça).

Sanatório General Carmona (Paredes de Coura: pertencente aos empregados dos Caminhos de Ferro, 750 m de altitude, 2 andares, 40 doentes).

Estância Sanatorial do Caramulo (600 m de altitude, composto por vários estabelecimentos: Grande Hotel e Sanatórios anexos, com a lotação de 500 doentes).

Corpo Clínico da Estância Sanatorial do Caramulo

Hospital Sanatório de Celas (Coimbra): pertencente à administração do distrito, destinado exclusivamente a doentes do sexo feminino.

Hospital Sanatório dos Covões (Coimbra): estabelecimento de planície destinado a doentes do sexo masculino. Construído com dádivas dos portugueses residentes no Brasil, era conhecido por Sanatório da Colónia Portuguesa do Brasil, tendo sido inicialmente destinado a receber órfãos de soldados mortos na I Grande Guerra.

Hospital Sanatório de Semide (Porto): pertencente à Misericórdia da cidade, com 2 pavilhões, enfermarias, uma para homens, outra para mulheres, no total de 98 camas.

Sanatório Vasconcelos Porto (S. Brás de Alportel): fundado pelos empregados dos Caminhos de Ferro, tinha capacidade para 20 camas.

Sanatório Marítimo do Norte (Valadares, Porto): pertencente à Associação do Sanatório Marítimo do Norte, tinha capacidade para 100 doentes.

Sanatório Marítimo de Sant'Ana (Parede, Cascais): construído e instalado pela Sra. D. Freitas Chamaço, foi doado mais tarde à Misericórdia de Lisboa. Exclusivamente para mulheres e crianças, possuía 126 camas.

8. Preventórios não pertencentes à ANT

Preventório de Penacova (Coimbra): pertencente à Administração do Distrito de Coimbra.

Capacidade: 40 crianças.

Ninho dos Pequenitos (Coimbra): como o anterior, pertencia à Administração do distrito.

Preventório de Colares (Sintra): pertencente à Associação Preventiva da Tuberculose na Infância. Capacidade: 30 crianças.

Colónias de Férias à beira-mar: colónia balnear de “O Século” (S. João do Estoril), patrocinada pelo jornal do mesmo nome e colónia das Juntas

de Freguesia de Lisboa (Cruz Quebrada, Costa do Sol), com capacidade para 120 crianças em sistema rotativo, de 15 em 15 dias, durante os meses de Junho a Setembro.¹⁸⁷

¹⁸⁷ António Santos. *O combate à Tuberculose: uma abordagem demográfico-epidemiológica, o Hospital de repouso de Lisboa (1882-1975)*. (Lisboa: Mestrado em História Regional e Local; Universidade de Lisboa, Faculdade das Letras, Departamento de História, 2010.), 50-53

SANATÓRIO PENHAS DE SAÚDE



Figura 104 – Ruínas do Sanatório Penhas de Saúde



Figura 105 - Sanatório Penhas de Saúde



Figura 106 - Sanatório Penhas de Saúde



Figura 107 - Sanatório Penhas de Saúde



Figura 108 – Pousada Serra da Estrela antigo Sanatório Penhas de Saúde



Figura 109 - Pousada Serra da Estrela antigo Sanatório Penhas de Saúde

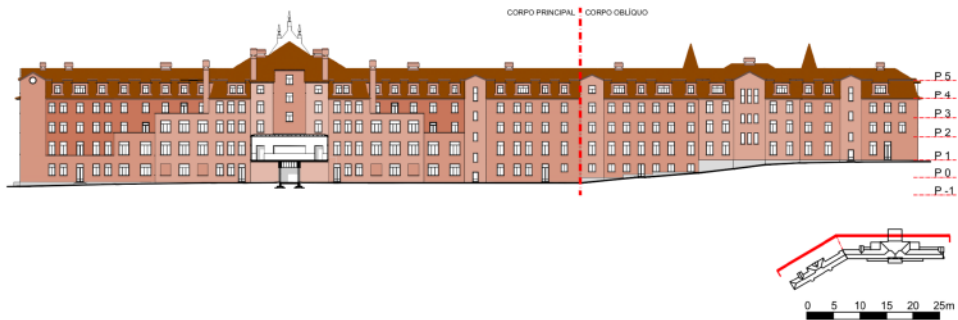


Figura 110 – Alçado da Pousada Serra da Estrela antigo Sanatório Penhas de Saúde

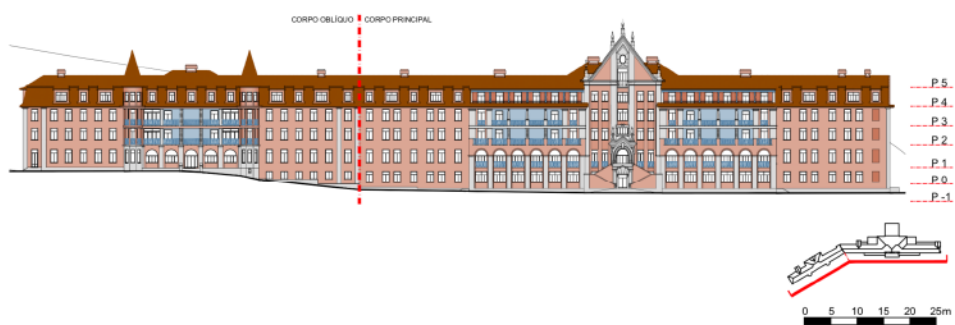


Figura 111 - Alçado da Pousada Serra da Estrela antigo Sanatório Penhas de Saúde

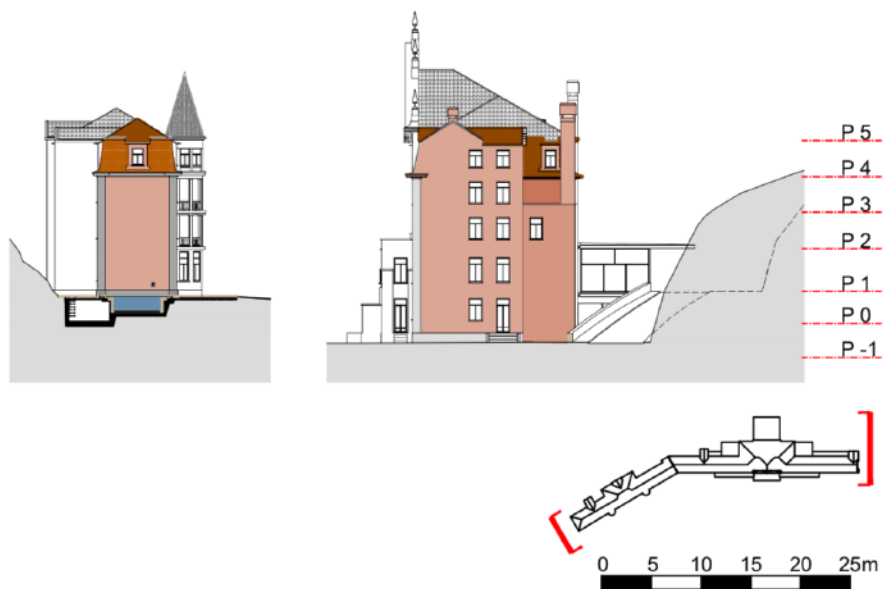


Figura 112 - Alçado da Pousada Serra da Estrela antigo Sanatório Penhas de Saúde

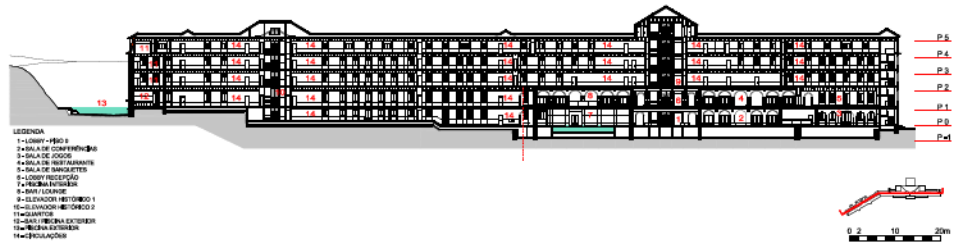
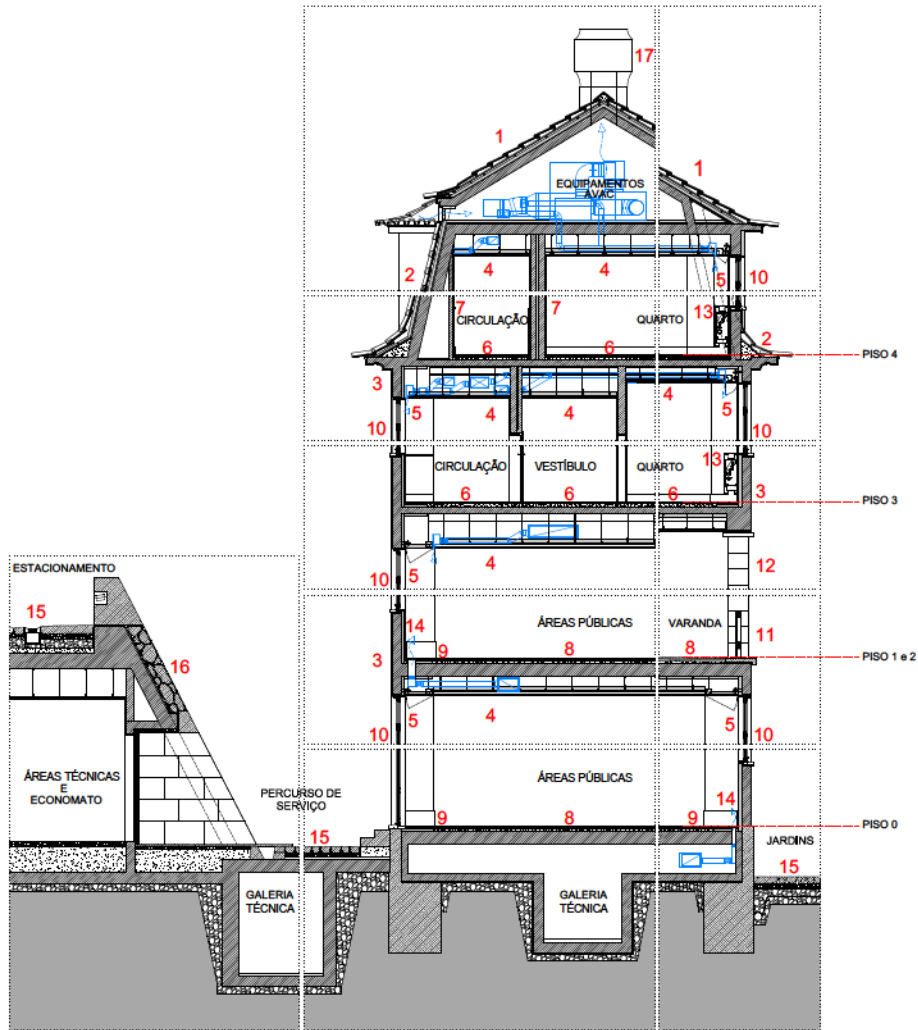


Figura 113 - Corte Longitudinal da Pousada Serra da Estrela antigo Sanatório Penhas de Saúde



Figura 114 – Planta Piso 0 da Pousada Serra da Estrela antigo Sanatório Penhas de Saúde



- 1 - TELHA CERÁMICA MARSELHA SOBRE SUB-TELHA, ISOLAMENTO TÉRMICO E LAJE DE BETÃO
- 2 - MANSARDA EM TELHA DE CANUDO COM FIXAÇÃO MECÂNICA SOBRE ISOLAMENTO TÉRMICO
- 3 - REDECO AREADO FINO SOBRE BETÃO E ISOLAMENTO TÉRMICO PELO INTERIOR
- 4 - TECTO FALSO SUSPENSO EM GESSO CARTONADO COM PAINÉIS DE Lã MINERAL
- 5 - TAMPAS DE INSPEÇÃO COM INSUFLAÇÃO DE AR
- 6 - PAVIMENTO EM TACO DE RIGA NOVA
- 7 - LAMBRIM EM MDF COM RODAPÉ E RODAPAREDE EM MADEIRA DE TOLA/PAREDES ESTANHADAS
- 8 - PAVIMENTO COM PLACAS DE GRANITO ALPALHÃO CINZA
- 9 - RODAPÉ EM GRANITO ALPALHÃO CINZA
- 10 - CAIXILHARIA DE MADEIRA DE TAKULA COM VIDRO DUPLDO E PETTORIL EM GRANITO
- 11 - GUARDES EM BETÃO COM ACABAMENTO A PINTURA
- 12 - COLLUNAS EXISTENTES EM GRANITO
- 13 - ARMÁRIOS COM EQUIPAMENTO DE CLIMATIZAÇÃO
- 14 - GRELHAS DE CLIMATIZAÇÃO
- 15 - CALÇADA IRREGULAR DE GRANITO AMARELO
- 16 - REMONTE DE MUROS DE CONTEIRO EXISTENTE COM MOLDURAS EM PEÇAS MACIÇAS DE GRANITO AMARELO
- 17 - CHAMINÉS DE VENTILAÇÃO - AVAC

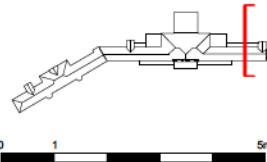
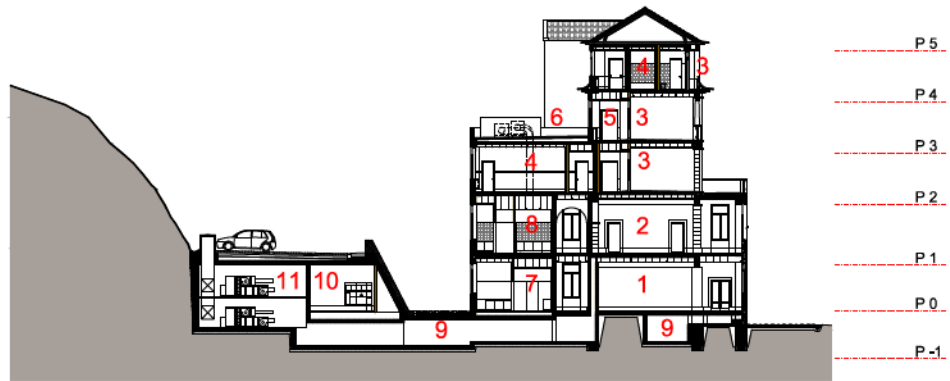
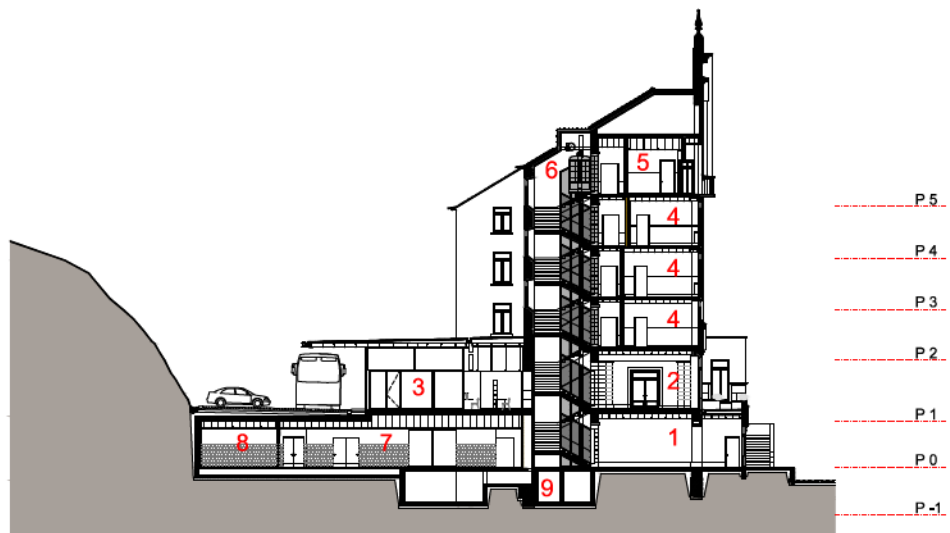


Figura 115 – Corte construtivo Geral da Pousada Serra da Estrela antigo Sanatório Penhas de Saúde



LEGENDA

- 1 - SALA DE CONFERÊNCIAS
- 2 - SALA DE REFEIÇÕES
- 3 - VARANDA
- 4 - QUARTOS
- 5 - CIRCULAÇÃO
- 6 - TERRAÇO TÉCNICO
- 7 - COZINHA / PREPARAÇÃO
- 8 - COZINHA / CONFECÇÃO
- 9 - GALERIA TÉCNICA
- 10 - POSTO DE TRANSFORMAÇÃO
- 11 - INSTALAÇÕES MECÂNICAS



LEGENDA

- 1 - LOBBY
- 2 - LOBBY RECEPÇÃO
- 3 - RECEPÇÃO
- 4 - QUARTOS
- 5 - SUITE PRINCIPAL
- 6 - ELEVADOR HISTÓRICO
- 7 - CORREDOR DE SERVIÇO
- 8 - LAVANDARIA
- 9 - ÁREA TÉCNICA

Figura 116 e Figura 117 – Cortes Transversais da Pousada Serra da Estrela antigo Sanatório Penhas de Saúde

ESTÂNCIA SANATORIAL DO CARAMULO



Figura 118 – Montagem de Fotos da Estância Sanatorial do Caramulo atualmente

SANATÓRIO ZONNESTRAAL



Figura 119 – Ruínas do Sanatório Zonnestraal



Figura 120 - Ruínas do Sanatório Zonnestraal



Figura 121 – Centro de Reabilitação de Crianças e Jovens, antigo Sanatório Zonnestraal



Figura 122 - Figura 123 – Centro de Reabilitação de Crianças e Jovens, antigo Sanatório Zonnestraal

SANATÓRIO ZONNESTRAAL



Figura 124 - Foto do Sanatório de Paimio



Figura 125 - Foto do Sanatório de Paimio

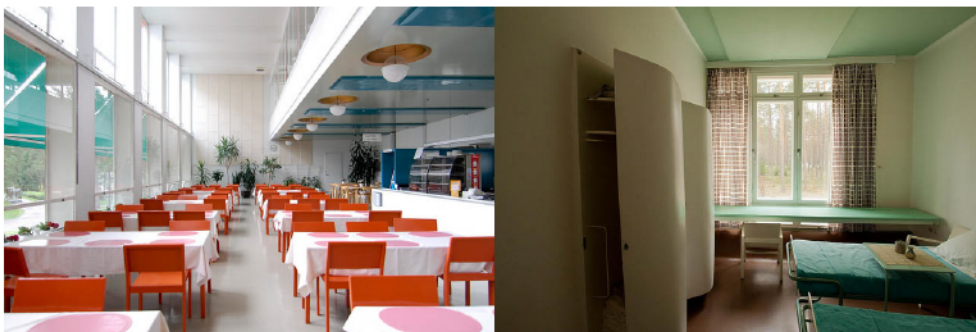


Figura 126 e Figura 127 - Foto do Sanatório de Paimio

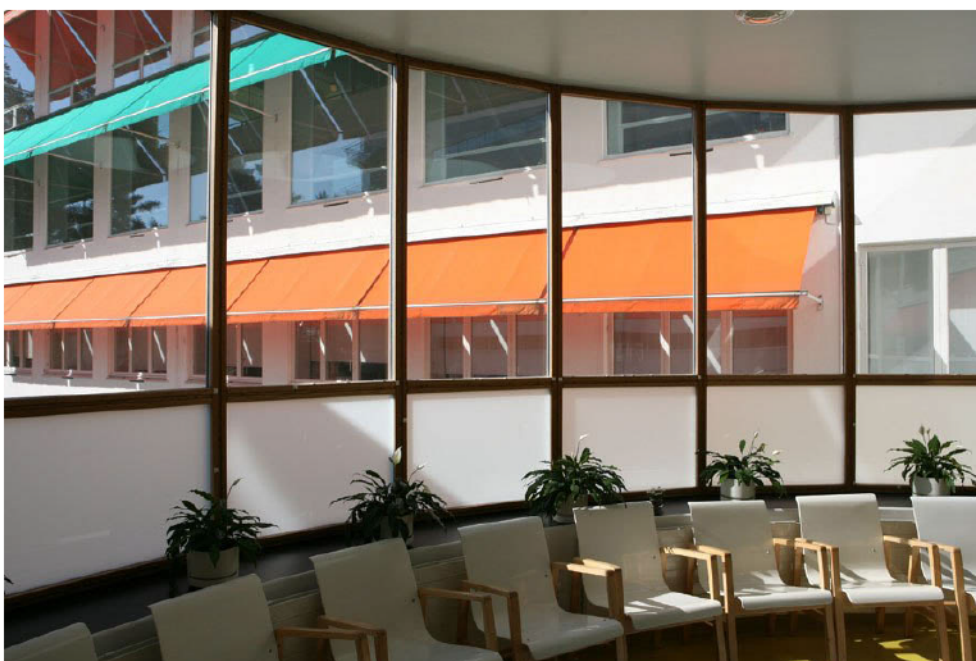


Figura 128 - Foto do Sanatório de Paimio

4) RESIDÊNCIA PARA IDOSOS: DA INFORMALIDADE DA CASA FAMILIAR À FORMALIDADE DA RESIDÊNCIA DE IDOSOS

LAR ALCÁCER DO SAL



Figura 129 – Foto do Lar Alcácer do Sal



Figura 130 - Foto do Lar Alcácer do Sal

LAR CASA DE MAGALHÃES



Figura 131 - Foto do Lar Casa de Magalhães



Figura 132 - Foto do Lar Casa de Magalhães

RESIDENTIAL HOME FOR THE ELDERLY



Figura 133 – Foto do Interior da Residential Home for the Elderly



Figura 134 – Foto do exterior da Residential Home for the Elderly



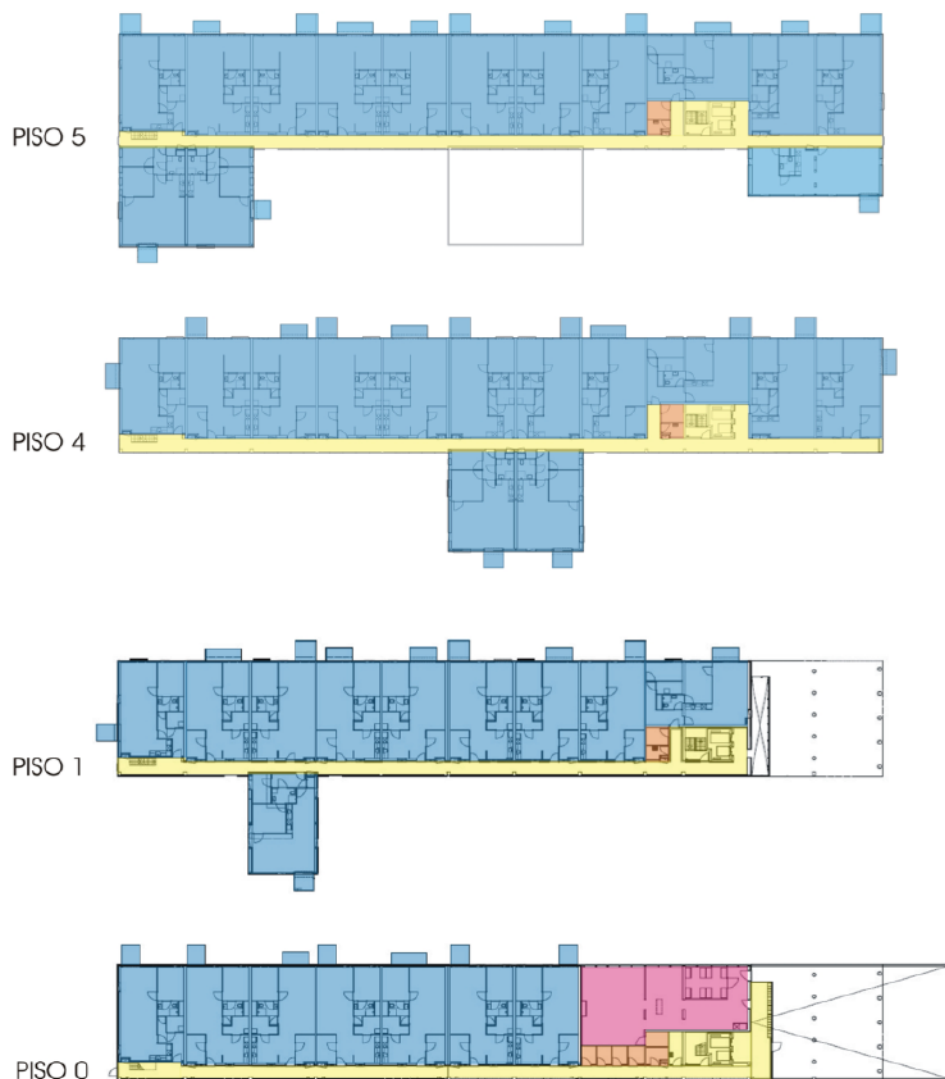
Figura 135 e Figura 136 – Fotos dos apartamentos WoZoCo's



Figura 137 e Figura 138 - Fotos dos apartamentos WoZoCo's



Figura 139 - Fotos dos apartamentos WoZoCo's



Legenda:

- Espaço "privado"
- Espaço "público"/convívio/lazer
- Serviços/equip. Técnicos
- Circulação
- Espaço Verde

Figura 140 – Identificação dos espaços dos apartamentos WoZoCo's

6) A ARQUITETURA COMO FATOR DE INCLUSÃO NA SOCIEDADE: UMA CONCLUSÃO

Mulher esteve morta em casa nove anos

Uma mulher esteve nove anos morta em casa. Vivia sozinha em Rinchoa, Sintra e, se estivesse viva, faria 96 anos na próxima semana. Apesar dos alertas dados por uma vizinha, a PSP só encontrou o corpo, dentro do apartamento, esta terça-feira, após este ter sido vendido num leilão pelas Finanças.

O cadáver esteve nove anos no chão da cozinha da casa onde vivia sozinha há 30 anos, na companhia de um cão. Nestes últimos nove anos uma vizinha, Aida Martins, tentou por diversas vezes alertar as autoridades para a situação e pediu mesmo para abrirem a porta do apartamento, o quarto andar direito.

Aida Martins deu por falta de Augusta Martinho em Agosto de 2002. A idosa de 87 anos deixou de ser vista e as cartas começaram a transbordar na caixa de correio. Na GNR disseram-lhe que não podiam abrir a porta. Foi preciso o apartamento ter sido vendido num leilão das Finanças, por causa das dívidas, para que tal acontecesse. Quem comprou não tinha chave e houve ordem de arrombar a porta. Até ao momento as autoridades não se mostraram disponíveis para falar sobre este caso. Augusta Martinho faria 96 anos no próximo sábado. Tal como a dona, o seu cão de companhia foi encontrado morto na varanda. Sem «mau cheiro»

Os vizinhos da idosa, afirmaram à Lusa que nunca sentiram maus cheiros que denunciassem a morte da octogenária.

«Nunca cheirou mal porque a varanda da cozinha estava aberta. E nunca ouvimos barulhos do cão que foi encontrado morto perto dela», disse Aida Martins.

Outra vizinha, Lurdes Marques, confirmou que nunca detectou maus cheiros no prédio, embora também tenha dado pela falta da vizinha. Segundo afirmou à Lusa o comandante dos bombeiros de Agualva-Cacém, Luís Pimentel, o alerta para a retirada do corpo foi dado pela PSP às 15h50 de terça-feira.

Luís Pimentel adiantou que a idosa foi encontrada na cozinha, junto a um esqueleto de um cão: «O corpo estava deitado de bruços. Não havia maus cheiros e nunca ninguém disse nada».

Fonte da PSP disse que esta autoridade policial foi chamada ao local para abrir a porta do apartamento onde seria encontrada a idosa. «Fomos lá no âmbito de um processo de penhora das finanças. Isso permitiu o arrombamento da porta e deparámo-nos com um corpo em decomposição, quase em ossadas», disse.

Esta fonte adiantou que «numa primeira análise o corpo já estava há vários anos» na cozinha da habitação.¹⁸⁸

¹⁸⁸ TVI24. Relação / PP, 2011, mulher esteve morta em casa nove anos. <<http://www.tvi24.iol.pt/sociedade/videos/mulher-esteve-morta-em-casa-nove-anos>>