



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

André Rafael Teixeira Santiago

REABILITAR O PATRIMÓNIO HOSPITALAR
REUSO DO EX-HOSPITAL PEDIÁTRICO COMO
SERVIÇO DE CONSULTAS EXTERNAS

Dissertação no âmbito do Mestrado Integrado em Arquitetura,
orientada pelo Professor Doutor João Paulo Mendes Seíça da Providência Santarém
e coorientada pelo Arquiteto João Branco, e apresentada ao Departamento de Arquitetura
da Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra.

Setembro de 2020

Reabilitar o Património Hospitalar
Reuso do Ex-Hospital Pediátrico como Serviço de Consultas Externas

André Rafael Teixeira Santiago

Orientador João Paulo Providência

Co-Orientador João Branco

Tese especialmente elaborada para obtenção do Grau de
Mestre em Arquitectura

SETEMBRO 2020

A presente tese elaborada para a obtenção do Grau de Mestre em Arquitectura integra os resultados do projecto de investigação: CuCa_RE: Cure and Care_the rehabilitation financiado pela FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia, I.P., no âmbito do projeto: PTDC/ATP-AQI/2577/2014

Investigadora Responsável: Ana Tostões, Instituto Superior Técnico, Universidade de Lisboa

FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia
MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR

Nota à edição:

O documento segue o novo Acordo Ortográfico;

Utiliza-se para citações, por decisão do autor, a Norma APA, edição 6th;

O símbolo “↪” indica que existe conteúdo na parte posterior da página;

Para a melhor compreensão do projeto, propõe-se o acompanhamento da leitura com os desenhos e imagens presentes em anexo.

Agradeço,

Ao professor e orientador Paulo Providência e ao professor João Branco, pelo acompanhamento e aprendizagem;

Aos amigos. À família construída nestes 6 anos de aprendizagens pessoais e profissionais.

Ao Renato, à Cláudia, ao Hugo e às “meninas”, em especial à Inês pela partilha de trabalho e inquietações deste processo;

À minha família, o apoio, incentivo e motivação incondicionais, especialmente aos meus tios.

À minha mãe, por tudo.

Abreviaturas

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

AVAC – Aquecimento, Ventilação e Ar Condicionado

CDBB – Centro de Documentação Bissaya Barreto

CHUC – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

PDM – Plano Diretor Municipal

ZEP – Zona Especial de Proteção

Resumo

Com o desenvolver da ciência, especificamente o ramo da saúde, e conseqüente direito à assistência a todos os cidadãos, nascem programas específicos que vão de encontro às necessidades exigidas pelos tempos.

A par disto, os equipamentos hospitalares apresentam necessidades também impostas pelos tempos, exigem atualizações e apropriações, que conduzem ao mote do trabalho desenvolvido. A conveniência de concentrar o serviço ambulatorial do CHUC autonomamente ao edifício central do hospital levanta a problemática da implementação do programa das consultas externas num outro espaço da cidade de Coimbra.

Imediatamente, o edifício do antigo Hospital Pediátrico de Coimbra apresenta-se com todas as condições reunidas para acolher este programa, tratando-se de um equipamento patrimonial hospitalar carregado de história, presente na memória da sociedade conimbricense, e que atualmente se encontra devoluto e descaracterizado.

O presente trabalho tem como objetivo ativar este edifício e toda a sua área envolvente, reabilitando-o e ampliando-o, concebendo-lhe condições para albergar o extenso programa das consultas externas.

Palavras-chave: Saúde, Antigo Hospital Pediátrico de Coimbra, Consultas externas, Património hospitalar, Reabilitação.

Abstract

The development of science, specifically the health field, and the consequent right to assistance to all citizens, has determined specific programs capable of responding to the needs demanded by the times.

According to this, the health care equipments has needs also imposed by the times, requires upgrades and appropriations, that lead to the main point of work developed. The convenience of concentrating the outpatient service of the CHUC autonomously to the central building raises the problematic of the implementation of the outpatient program in another area of Coimbra.

Immediately, the building previously occupied by Pediatric Hospital of Coimbra presents itself with all the conditions gathered to receive this program of outpatient services, being a hospital heritage equipment full of history, present in memory of Coimbra society and that currently is vacant and uncharacterized.

The present work aims at activating this building and all its surrounding area, rehabilitating and enlarging it, conceiving conditions to receive the extensive outpatient service program.

Keywords: Health, former Pediatric Hospital of Coimbra, Outpatient service, Hospital Heritage, Rehabilitation

Índice

| | |
|--|-----|
| Introdução | 15 |
| 1. Contextualização | |
| 1.1. Evolução de Celas e do Edifício: | 19 |
| O Mosteiro de Celas e o Dormitório Novo | |
| Asilo de Cegos e Aleijados | |
| Sanatório Feminino de Celas | |
| Antigo Hospital Pediátrico | |
| 1.2. Restrições e Condicionantes | 35 |
| Plano Diretor Municipal | |
| Regulamentos Administração Central do Sistema de Saúde | |
| 2. Objetivos e Programas | |
| 2.1. Património/Reconstrução | 45 |
| 2.2. A saúde e sua expressão nos CHUC | 51 |
| 2.3. O programa das Consultas Externas | 57 |
| 3. O projeto | |
| 3.1. Casos de estudo | 65 |
| 3.1.1. Ampliação e remodelação do | |
| Hospital de Sant Joan de Déu | 67 |
| 3.1.2. Centro de Saúde de Vila do Conde | 71 |
| 3.2. O edifício que pertence à cidade | 75 |
| 3.3. Reabilitação/Ampliação | 83 |
| 3.4. O Hospital de Consultas Externas | 93 |
| 3.5. Materialização/Construção | 97 |
| Considerações Finais | 105 |
| Referências Bibliográficas | 107 |
| Fontes de Imagens | 115 |
| Anexos | 127 |



Fig. 1 - Fachada Sul do Antigo Hospital Pediátrico de Coimbra

Introdução

O objeto de investigação aqui apresentado é o espaço definidor do Antigo Hospital Pediátrico de Coimbra, edifício marcante e estrutural de uma zona específica da cidade de Coimbra, Celas, que marca a sua história e as suas gentes. A narrativa do edifício inicia-se no século XIII com o Mosteiro de Celas, implantado a cerca de 1km a norte da cidade muralhada, rodeado de quintas e olivais. Do Mosteiro nasce o Burgo de Celas, um povoado que foi crescendo até dar lugar ao que se encontra hoje. Do Mosteiro germina também o corpo independente do dormitório, que se vai transmutando até dar lugar ao Hospital Pediátrico de Coimbra, última ocupação deste espaço, em função até 2011. No período decorrente entre a origem e a última ocupação, o edificado e sua envolvente passam por várias reformas e adaptações.

Sendo hoje um espaço abandonado e esquecido na cidade, este projeto pretende responder à questão:

Como reativar este equipamento com o programa estrategicamente definido, fazendo-o pertencer à cidade?

O facto da área atual destinada ao serviço de Consultas Externas, no CHUC, se organizar por múltiplos pisos, com as especialidades dispersas e de acesso débil, onde a partilha de meios de diagnóstico e exames não é realizada, levanta a questão da pertinência do realojamento destes serviços num novo edifício. O objetivo da dissertação será, então, redesenhar e reabilitar o Antigo Hospital Pediátrico de Coimbra para albergar o programa das Consultas Externas.

Conhecendo o problema do estado atual do Antigo Hospital Pediátrico, devoluto, que se reflete em toda a área da propriedade do edifício (propriedade pertencente ao Centro Hospitalar e Câmara Municipal de Coimbra) a proposta pretende trabalhar toda esta área, fazendo com que se encaixe na envolvente e na cidade e se torne um espaço vivido. Com isto, um objetivo específico será estabelecer toda a zona como um espaço público e pedonal, fazendo desta 'máquina de curar' parte integrante da cidade e que se ligue à população.

Reabilitar a par da identificação do valor patrimonial e arquitetónico do edificado existente, assim como a consolidação da nova construção, é um objetivo que tem como premissa o programa funcional e as respetivas áreas a ocupar. Com um programa rigoroso onde se estipulam 6030m² de área bruta para o serviço de consultas externas, aos 3370m² ocupados no edifício existente do antigo dormitório acrescentam-se 3504m² num edifício novo. Ao programa de consultas externas conectam-se áreas adicionais de carácter mais público, como associação de utentes, quiosque, cafetaria, sala de conferências e auditório, áreas para serviços de imagiologia, estacionamento coberto e administração hospitalar.

“A complexidade cada vez mais acentuada de toda a problemática de uma arquitectura hospitalar- assente na multiplicidade de sectores especiais que a compõem- torna esta disciplina fruto de um trabalho de equipa. Já não é humana e tecnicamente viável a um homem só o domínio da extensa e complicadíssima matéria que intervém num projeto de um edifício hospitalar.” (Sanchez, 1968, p.37)



LEGENDA:

- 1. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
- 2. Antigo Hospital Pediátrico
- 3. Maternidade Bissaya Barreto

Fig. 2 - Axonometria com fotomontagem de Celas

Tendo em consideração a exigência e dificuldade imposta por este programa, a metodologia da investigação parte de um trabalho de grupo principiado na disciplina de Atelier de Projeto II, que estuda e analisa o edifício e trabalha o programa e sua possível forma de implementação, executando, inicialmente, o levantamento do local a intervir, sucedido por estudos com diagramas, desenhos rigorosos ou maquetes.

Estabelecido o contexto social e histórico-espacial, o trabalho conjunto inicial divide-se em duas dissertações, esta aqui apresentada e a da Inês Massano, que, com pressupostos espaciais e programáticos comuns, apresentam interpretações e intervenções distintas.

A estrutura da presente dissertação é marcada por três momentos, com intenções distantes mas complementares. Num primeiro capítulo é feita uma abordagem contextual do objeto de investigação, onde é apresentado desde a sua origem justificada de construção até aos dias de hoje. É ainda, num segundo ponto, referido o contexto conjetural, através das restrições e condicionantes impostas à partida ao projeto pelo Plano Diretor Municipal de Coimbra e pelos regulamentos da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS).

Com os pressupostos espaciais, sociais, temporais e condicionantes estabelecidos, surge o segundo capítulo, onde se faz a aproximação ao projeto e intenções da intervenção, apresentando os objetivos e o programa do trabalho. Primeiramente, estabelecem-se os princípios a adotar no que à reabilitação e conservação do edificado existente diz respeito e, concomitantemente, à definição da valorização patrimonial e arquitetónica. A definição e justificação da escolha do programa surge num segundo ponto, onde se expõem o tema da saúde paralelamente ao Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, que serve de mote para o terceiro e último ponto deste capítulo, a apresentação do programa das consultas externas.

Por fim, o último capítulo dedica-se à apresentação do projeto desenvolvido, precedido pelos casos de estudo, encontrando-se a descrição do projeto dividida pela sucessiva aproximação à escala de pormenor. Assim, numa primeira fase expõem-se os casos de estudo: o projeto de ampliação e remodelação do Hospital de Sant Joan de Déu de Manresa, do atelier PSP Arquitetura e o Centro de Saúde de Vila do Conde, do professor e arquiteto Paulo Providência.

Num segundo ponto, são expostas as articulações urbanas e a intervenção numa ótica geral do quarteirão do edifício. Numa terceira parte é apresentada a área edificada e a sua distribuição espacial por níveis, tendo em conta o programa, as relações interiores e escolhas de organização espacial. O quarto ponto, foca a centralidade no utente e a perceção que se pretende que este tenha ao frequentar o serviço de consultas, não descartando o conforto de utilização do pessoal médico. Por fim, a caracterização construtiva e material apresentam-se com base numa lógica regrada assente numa métrica espacial e estrutural, no novo edificado, e a manutenção do sistema construtivo do edifício existente.



Fig. 3 - Excerto da planta de Coimbra, último quartel do séc. XVIII (autoria provavelmente atribuída a Carlos Magni)



Fig. 4 - Fotografia aérea de Celas, Coimbra, 2004

1. Contextualização

1.1. Evolução de Celas e do Edifício

A cidade de Coimbra destaca-se desde longa data como ponto de referência no que à saúde diz respeito, com vigorosa ligação à sua histórica universidade onde a medicina ocupa um papel fundamental no panorama nacional. O campus da saúde, onde há maior concentração de serviços e investigação, localiza-se no bairro de Celas.

Celas, que não é uma freguesia própria, concentra a maioria do seu território na freguesia de Santo António dos Olivais. Apresenta-se nos dias de hoje como um aglomerado habitacional densamente edificado, “é o ponto nodal onde o crescimento urbano encontrou uma referência estável. Nem sempre esse encontro foi pacífico, quase sempre foi desequilibradamente resolvido. É um território de confrontação de escalas, de épocas e de funções.” (Bandeirinha, 2004, p.58). Aqui, o grande pólo da saúde de Coimbra, outrossim da região centro, onde figura o complexo Hospitalar e Universitário, apoia o ensino da saúde que se encontra também nesta zona, no polo III da Universidade de Coimbra, com a faculdade de medicina e a de farmácia.

Mas nem sempre assim o foi.

A origem desta *microcidade*¹, remete-nos para o Mosteiro de Celas (localizado no Largo de Celas, na atual freguesia de Santo António dos Olivais) peça fundamental para o desencadear desta zona urbana assim como para o desenvolvimento do edifício apresentado.

O Mosteiro de Celas e o Dormitório Novo

Como fecundador desta zona, o Mosteiro de Celas germina como anseio da infanta D. Sancha (1180-1229) em edificar um templo feminino para a ordem de Cister, no princípio do século XIII (Correia, Gonçalves; 1947; p.62). A data da obra não é certa, sendo apontadas várias datas ao longo do tempo, no entanto José Manuel Azevedo e Silva assegura “ter sido anterior a 1213, pois existiam documentos com esta data no Cartório do Mosteiro, permitindo concluir que a instituição se encontrava lançada e procurava então desenvolver-se, adquirindo propriedades confinantes com o Mosteiro.” (Silva, 1981, p.25).

Nos arredores de Coimbra, precisamente no vale de Vimaranes, D. Sancha funda então o Mosteiro Santa Maria de Celas, que segundo Maria do Rosário Morujão, sendo um edifício pequeno e de “dimensões modestas” não teve a “pujança e desenvolvimento” que ocorreram noutros mosteiros, assim como ao que ao património de Celas diz respeito. A autora defende que isto deve-se ao facto de se implantar cerca de um local onde a “organização socio-espacial” já se encontrava definida, “onde imperavam senhores poderosos, como a Sé de Coimbra e o mosteiro de Santa Cruz, com os quais Celas não podia concorrer” (Morujão, 1992, p.586).

¹ Entenda-se microcidade como local composto de todos os serviços e comércio necessários ao seu desenvolvimento e autossustento, independente do centro, ou outras periferias, da cidade de Coimbra.



Fig. 5 - Excerto da planta Topográfica da Cidade de Coimbra, 1932/34, Engº Geógrafo José Baptista Lopes



Fig. 6 - O “Arrabal de Celas” e o seu Convento (à esquerda) no início do séc. XX

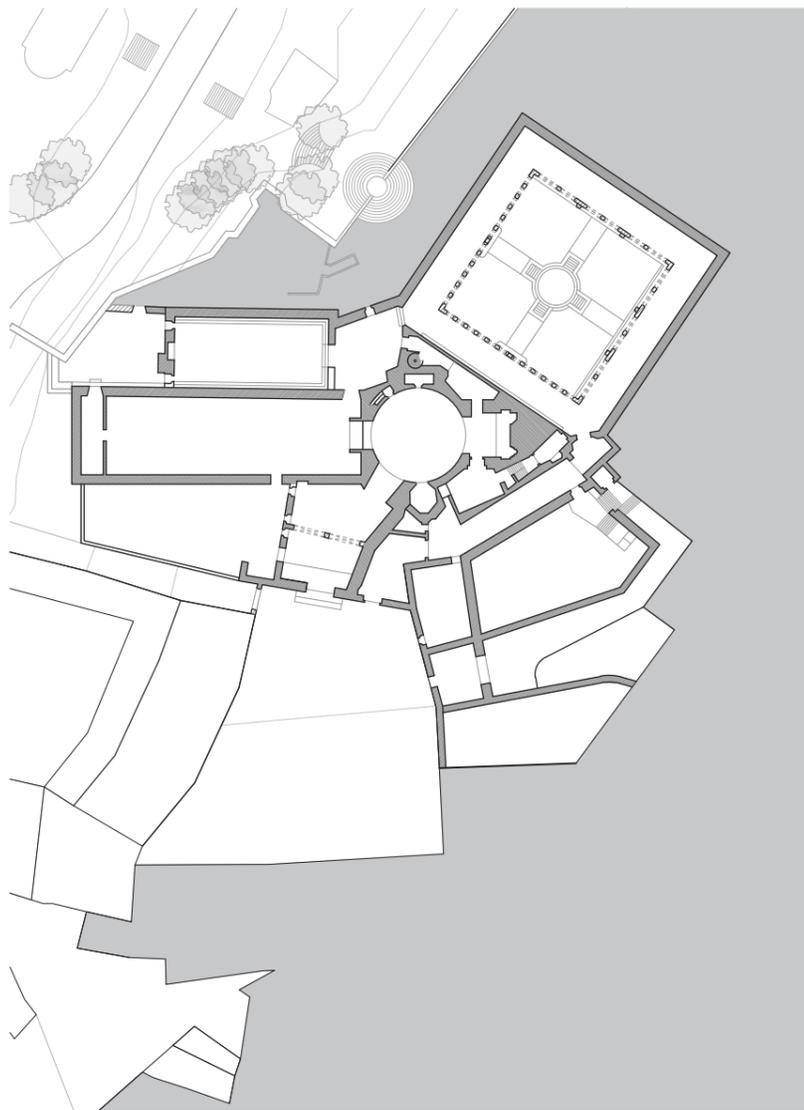


Fig. 7 - Planta atual do Mosteiro de Celas, cota 121. Esc. 1/750

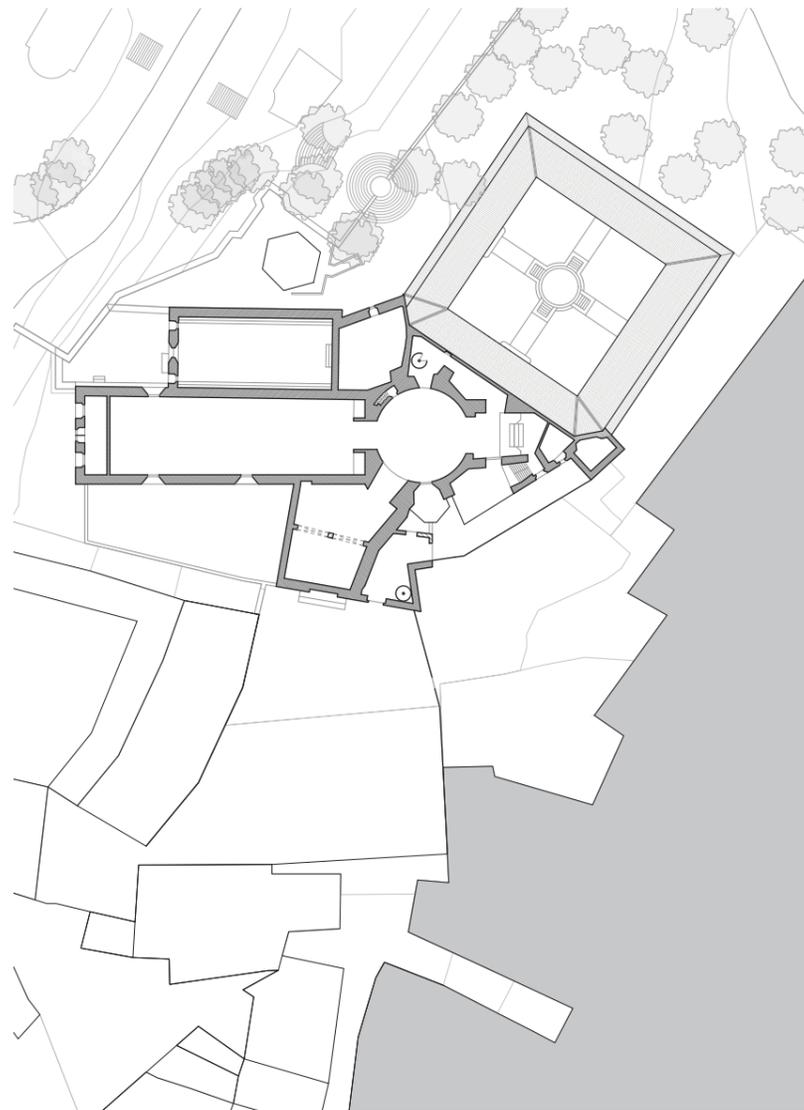


Fig. 8 - Planta atual do Mosteiro de Celas, cota 125. Esc. 1/750

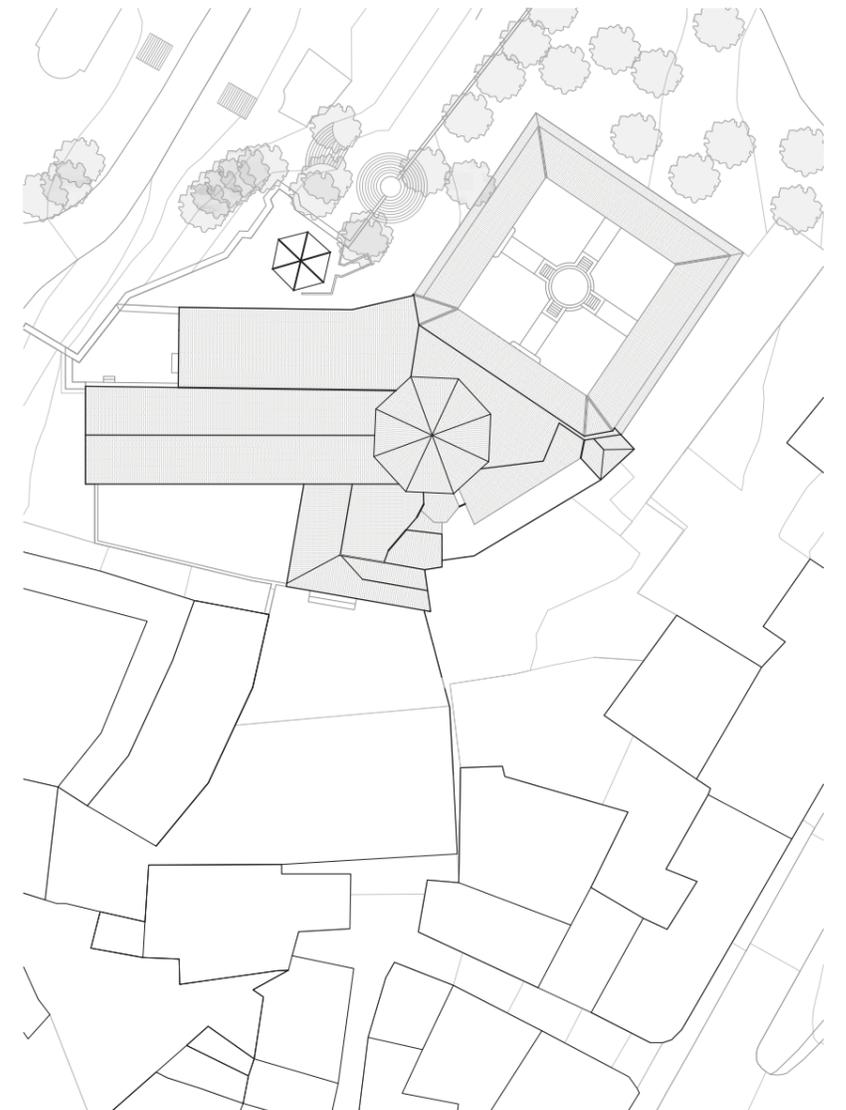


Fig. 9 - Planta atual do Mosteiro de Celas, cobertura. Esc. 1/750



A escolha do local de implantação do Mosteiro de Santa Maria de Celas, o vale de Vimaranes, deveu-se, além de ser a cerca de 1km da cidade, ao facto de ser um local “airoso, calmo e saudável, ao cimo do Valmeão e ao fundo da encosta da Cumeada, permitindo a captação fácil de águas para uso doméstico e rega” (Silva, 1981b, p.22). Segundo ainda J. M. Azevedo Silva não é surpreendente que pela excelência deste local, já formado pelo Mosteiro e densos olivais, se tenha prosperado o Burgo de Celas.²

Estas características e condições fazem deste um local propício ao tratamento e monitorização de doenças, sendo portanto, e também por isso, mais tarde implantado na área circunstante programas relacionados com a saúde, como se revelará mais à frente.

Relativamente ao claustro do mosteiro, que atualmente é composto por um piso e vários estilos de colunas, com uma fonte a ocupar o centro, Walter Rossa e Paulo Varela Gomes, afirmam que tinha anteriormente “dois pisos a toda a volta, como mostram claramente o processo e as fotografias das obras efetuadas pela Direção-Geral dos Edifícios e Monumentos Nacionais entre 1934 e 1937” (Rossa, Gomes; 1996; p. 59).³

Estes autores alegam que “existe uma descrição das obras no convento entre o início do século XVI e os anos 50 do século XVII, escrita por Frei Bernardo d’Assumpção entre 1648 e 1654, na qual se têm baseado todas as discussões da história artística de Celas”.

Como ponto de partida para o estudo do edifício a restaurar/reabilitar, onde se centralizará o estudo apresentado, sabe-se que a origem deste edifício vem de 1612, data em que se terminou “o dormitório novo, o maior dos edifícios conventuais, hoje Hospital Pediátrico (perto de quatro dezenas de celas num dos pisos)” (Rossa, Gomes; 1996; p. 57). É através de publicações relacionadas com o edifício do antigo dormitório que se faz chegar o desencadear das várias adaptações e transformações e se revela a sua história social, física e política, com os seus vários intervenientes.

Segundo Joana Vaz, em "Arquitectura em Metamorfose. As adaptações do dormitório novo do Mosteiro de Celas", o dormitório novo, construído com matérias simples e tradicionais, maioritariamente de pedra, localiza-se a Norte do Mosteiro, num terreno com um desnível de 9 metros, orientado a Nascente/Poente e com aproximadamente 70 metros de comprimento. Ao redor do claustro do mosteiro existiriam volumes, desconhecendo-se a sua data de demolição, que fariam a possível ligação ao edifício do dormitório novo (Silva, 1981b). Atualmente, é visível no claustro do mosteiro, num dos cantos da ala norte, vestígios de um possível acesso ao dormitório, que se encontra encerrado. Quanto a esta ligação, “desconhece-se a tipologia do percurso, porém acredita-se que este fosse coberto, talvez com carácter de galeria” (Vaz, 2016, p. 37).

2 **Burgo-** Povoação que se desenvolveu junto a fortificação, castelo, mosteiro ou casa nobre rodeados por muralhas; Arrabalde de uma cidade ou vila.
“burgo”, in Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [em linha], 2008-2020, <https://dicionario.priberam.org/burgo> [consultado em 02-03-2020].

3 Para uma maior descrição de Celas do ponto de vista artístico, consultar o estudo de CORRERIA, Vergílio e GONÇALVES, A. Nogueira – inventário artístico de Portugal, vol. II: cidade de Coimbra, Lisboa, 1947, p.62-72.)

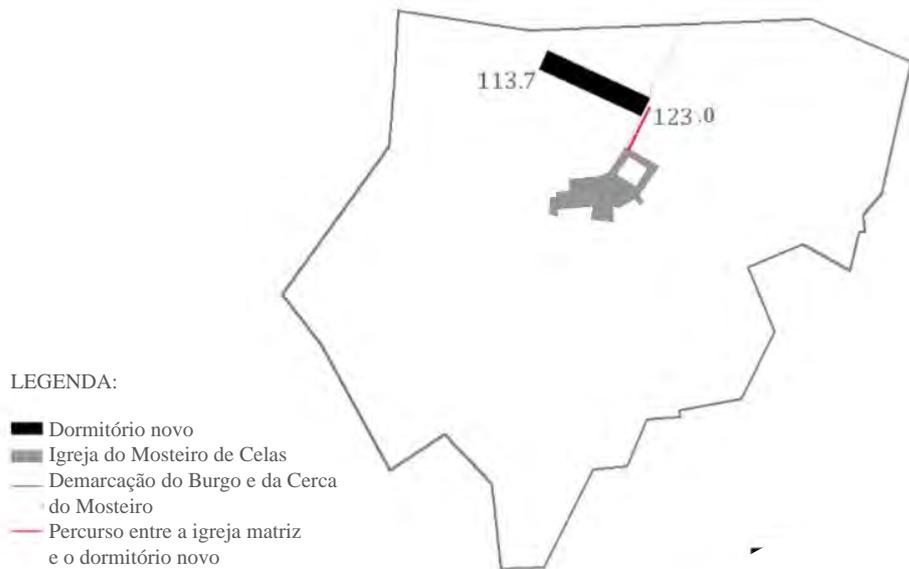


Fig. 10 - Representação da relação do Mosteiro de Celas com o dormitório novo.

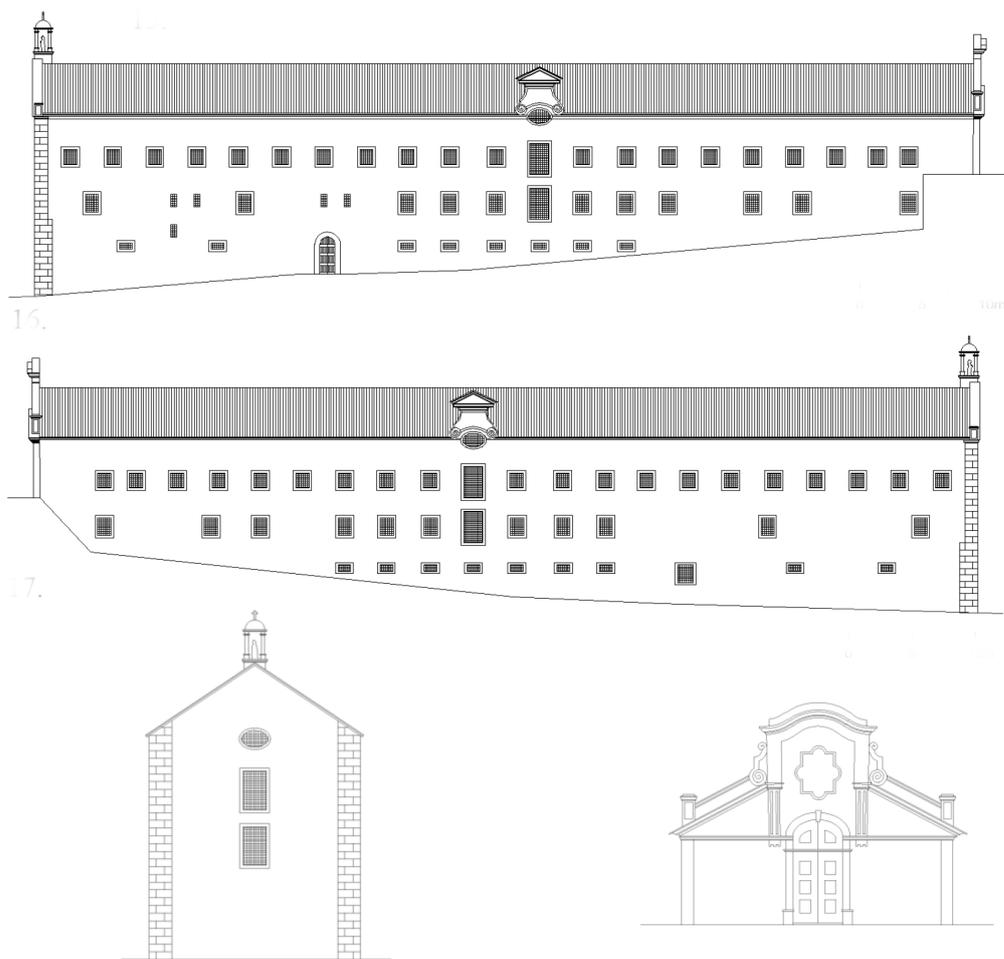


Fig. 11- De cima para baixo, da esquerda para a direita: Alçados sul, norte, poente e nascente do dormitório novo (hipótese de Joana Vaz)

O dormitório estava relacionado com a dimensão doméstica e laboral do mosteiro, composto por celas individuais que se separavam por um corredor central. “Permanecem dúvidas no que diz respeito à organização interna do programa original e à composição dos alçados” (Vaz, 2016, p. 39), porém, a autora destaca que, no edifício composto por três pisos, o piso térreo seria utilizado como dependências utilitárias da instituição. Este piso era composto por diferentes cotas e um limite irregular a nascente, que possivelmente derivariam das minas de água subterrâneas que existiriam no local. Já o primeiro piso, seria ocupado com um programa doméstico, como refeitório, cozinha, capela ou oficinas de trabalhos manuais. Somente o segundo piso seria ocupado com as celas individuais, distribuídas por um longo corredor abobadado (Vaz, 2016, p. 43).

Exteriormente, o volume do dormitório era composto por um frontão nas fachadas norte e sul, a eixo destas, que marcaria o transepto existente nos vários pisos, e que é possível identificar ainda nos dias de hoje. Já no topo da fachada poente, constava um baldaquino com desenho clássico onde figurava S. Bernardo de Claraval, fundador da Ordem de Cister, peça que se conserva até aos dias de hoje.

O edifício passa por várias adaptações programáticas e funcionais, com as quais sofre acrescentos e transmutações. A primeira apropriação espacial ocorre em 1892 e é aqui que se dá a sua primeira ocupação relacionada com a saúde, de uma forma subjacente, como asilo de cegos e aleijados.

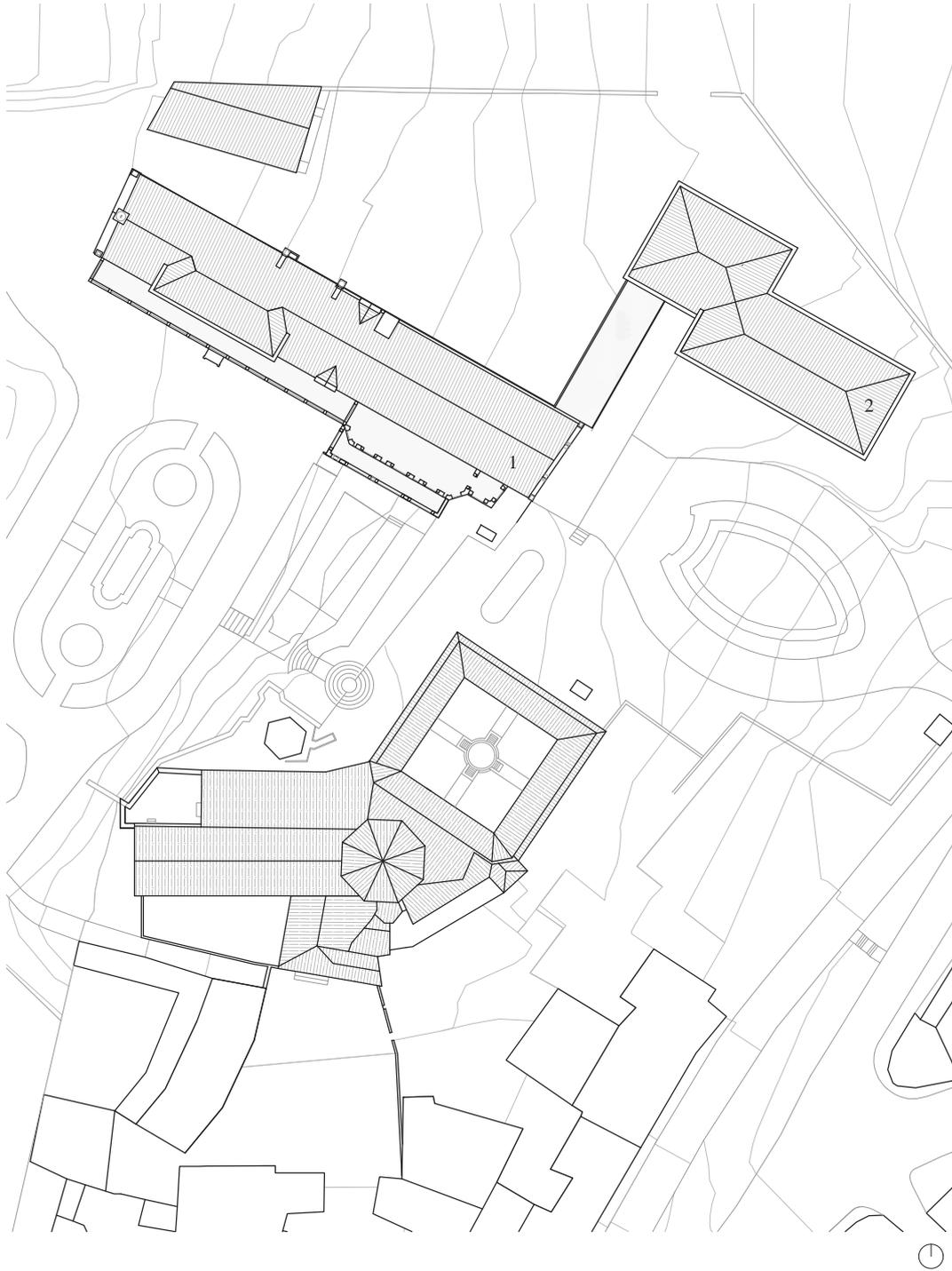


Fig. 12- Planta de cobertura do Sanatório Feminino (1) e Pavilhão das Crianças (2). Esc. 1/1000

Asilo de Cegos e Aleijados

Como asilo de Cegos e Aleijados, gerido pela Câmara Municipal de Coimbra desde 1892, o edifício mantém, regra geral, o desenho original. Segundo a pasta da Repartição de Obras da Câmara Municipal de Coimbra⁴ de 1904 a 1912, as únicas alterações feitas foram algumas aberturas exteriores, renovação de revestimentos de pavimentos, tetos e paredes, e aberturas para ventilação.

O asilo vê-se assim como base preparatória para a ocupação que se segue, como Sanatório, quer a nível de salubridade e ventilação, como higienização e preocupação com a saúde.

Sanatório Feminino de Celas

A fase mais marcante e definidora do edifício, foi a ocupação relacionada com a peste branca, a tuberculose, como Sanatório de Celas. A tuberculose caracterizava-se como uma doença infecciosa que se dividia em dois grupos fundamentais: extrapulmonar (óssea e cirúrgica) e pulmonar. O médico alemão Robert Koch (1843-1910) estuda a doença e descobre o bacilo da tuberculose, que dá origem aos sanatórios como espaços de cura. Os sanatórios eram edifícios concebidos para curar a tuberculose com tratamentos de assistência e repouso, e que tirariam proveito do espaço exterior, com elementos como varandas e galerias. Para os diferentes tipos de tuberculosos complementavam-se os tratamentos com a localização geográfica: marítima e montanhosa. Os doentes eram expostos à luz solar, no caso da tuberculose extrapulmonar e em locais isolados e em contacto com a natureza (para os doentes tirarem proveito do ar puro que poderiam respirar) na tuberculose pulmonar.

Estes sanatórios surgem pelo desejo de cura de alguns médicos, que seriam os seus promotores. Em Celas a adaptação de Asilo a Sanatório pulmonar feminino teve como promotor o médico Bissaya Barreto⁵ (1886-1974), que desenvolveu a campanha “Pelos Tuberculosos; Contra a Tuberculose” (Barreto, 1970, p.2).

É então, em 1929, transferido o edifício para posse da Junta Geral do Distrito de Coimbra⁶, presidida por Bissaya Barreto. Segundo Ricardo Jerónimo, Bissaya escolheu este edifício propositadamente, sabendo as características necessárias a um edifício para “implementar o esquema funcional pretendido (...) A orientação solar, a modularidade dos espaços, o ritmo dos vãos, a possibilidade de criação de galerias de cura, a distribuição interna, a separação entre zonas comuns, privadas e de serviço” (Silva, 2013, p.412) eram características favoráveis à eleição do antigo dormitório de Celas.

4 AHMC/Repartição de Obras Municipais/pasta5 – Asilo de Celas.

5 Fernando Baeta Bissaya Barreto Rosa (1886-1974), “Eminente catedrático de Medicina da Universidade de Coimbra, médico cirurgião, humanista e filantropo, foi uma das personalidades com maior poder de realização de que o centro do país pôde beneficiar, que certamente mais marcou os destinos da cidade de Coimbra afirmando-se, pela extraordinária e inovadora Obra Social que edificou, uma referência maior da história da assistência pública e da medicina social em Portugal.” Recuperado em 29 de maio de 2020, de <http://www.fbb.pt/a-fundacao/o-patrono/>

6 Acta da Sessão de 27 de Junho de 1929 da Junta Geral do Distrito de Coimbra.

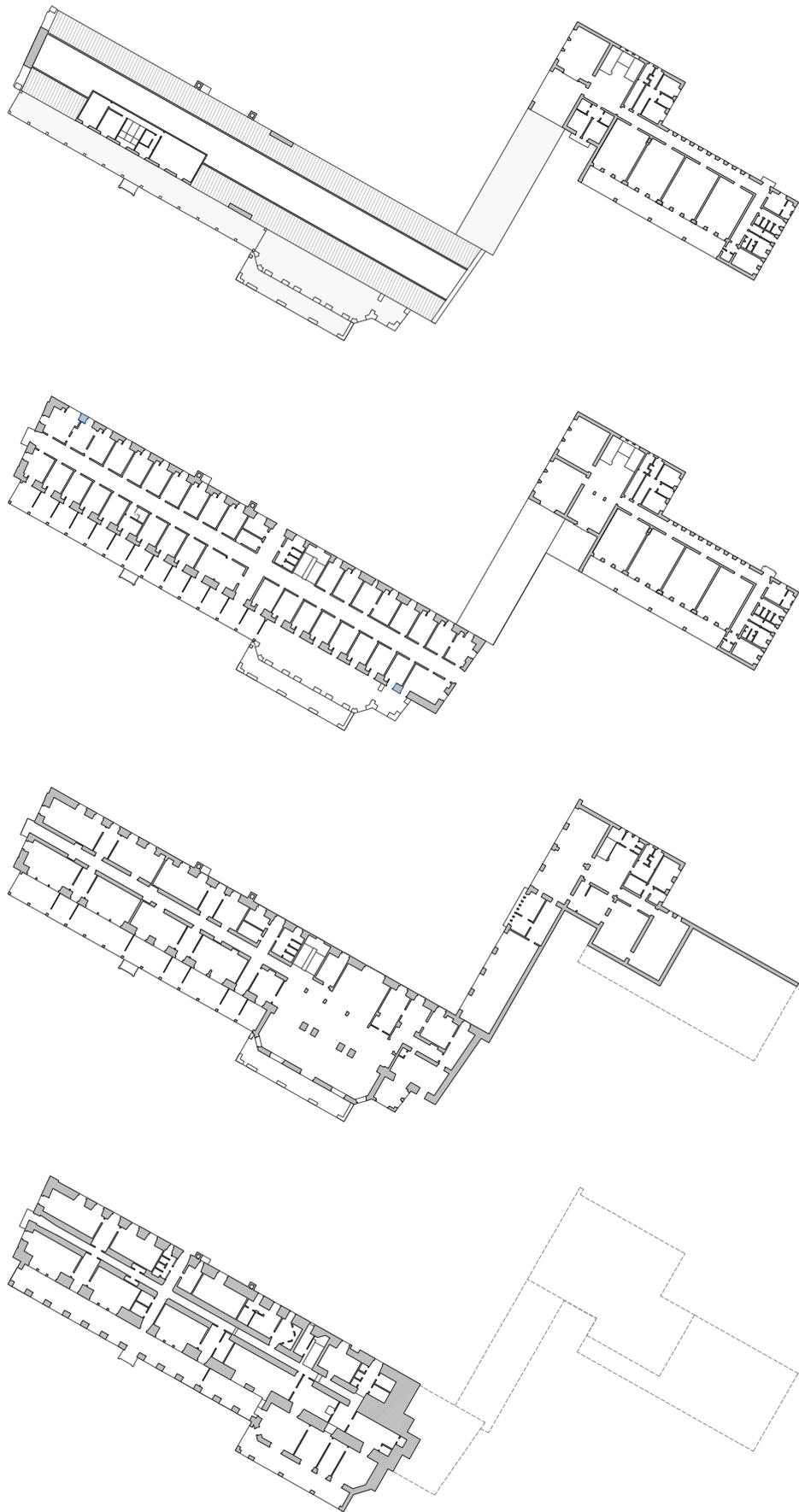


Fig. 13- De baixo para cima: Plantas dos pisos 0, 1, 2 e 3 do Sanatório de Celas. Esc. 1/1000



No que às transformações espaciais e estruturais diz respeito, o edifício passa por grande reforma, de forma a responder a exigências higienistas.

Entre os anos 1930 e 1932, os construtores Luís d'Almeida Patrício e António Maia executaram as adaptações (Vaz, 2016, p.109), sempre com o acompanhamento e aprovação de Bissaya Barreto, que participava ativamente nestas questões.

A alteração mais relevante executada no edifício foi a construção de três pisos de galerias de cura na fachada sul, em betão armado, projetadas por José Macedo⁷ em 1929, que se designavam à cura, pela exposição ao ar puro e ao sol.

A galeria do piso térreo possuía um desenho mais clássico, enquanto os dois pisos superiores tinham um desenho mais geométrico e esguio. Em 1934, Bissaya encarrega o arquiteto Luís Benavente⁸ para acrescentar, no piso térreo, uma nova galeria, que alargava o corpo do edifício, e que no piso superior criava espaço para o salão de jantar com um terraço exterior⁹ (Vaz, 2016, p. 111).

O Primeiro piso terá sido o mais transformado, destinado à cozinha, copa e salas, e ainda enfermarias relacionadas com a galeria de cura. O transepto original é mantido, embora com a espessura das paredes diminuída.

O principal acesso ao Sanatório Feminino fazia-se no segundo piso, na cota mais alta do terreno, que dava acesso a um longo corredor abobadado que distribuía os quartos e gabinetes. Nesta cota superior, assim como na inferior, era evidente a dimensão e importância dos jardins, que influenciara a escolha de Bissaya Barreto deste edifício, por ser a “pequena distância da cidade, mas cercado por uma extensa área de terreno ajardinado e cultivado, representa uma feliz adaptação” (Barreto, 1970, p.43).

7 Acta da Sessão de 19 de Dezembro e 1929 da Junta Geral do Distrito de Coimbra.

8 Luís Benavente (1902-1993) foi um notável arquiteto Português. Trabalhou como delegado no Ministério das Obras Públicas, a convite de Duarte Pacheco, destacado em comissões de obras em Coimbra de 1934 a 1938. Aqui, colaborou em projetos como a modernização do Sanatório de Celas; a construção do Hospital Sobral Cid e completou o hospital dos Covões. Em 1935 encarregase do restauro do Claustro da Manga, e a par de Raul Lino desenvolveu um plano para a Cidade Universitária de Coimbra. Entre o final dos anos 50 e início dos 70 foi destacado do Ministério das Obras Públicas para o Ministério do Ultramar, materializando obras ao nível do património em missões ultramarinas, nomeadamente, igrejas, fortalezas. Foi ainda delegado de Portugal na comissão internacional que concretizou a Carta de Veneza - documento sobre a conservação e restauro do património, em 1964. In Luís Benavente: arquitecto, 1997, Lisboa: IANTT.

9 Consultar fotografias e desenhos nos Anexos

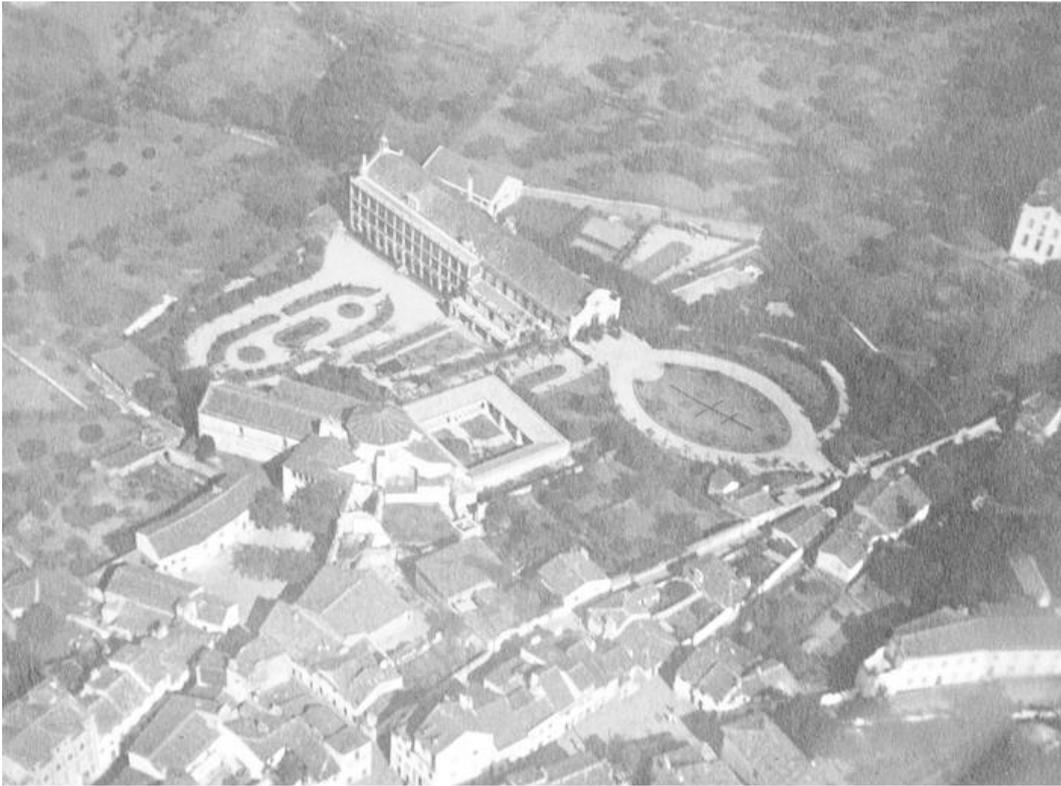


Fig. 14- Vista aérea do Sanatório de Celas



Fig. 15 - Galeria sul do Sanatório de Celas

Estes espaços exteriores, tendo também importância na terapêutica dos tuberculosos, são desenhados pelo paisagista Jacinto Matos em 1931¹⁰, como jardins de estar e de contemplação, compostos por espelhos de água, bancos, escadas de acesso que ligavam as várias cotas. Como remate do jardim superior, à cota do acesso principal do edifício, Bissaya Barreto pede a Luís Benavente em 1938 um novo desenho para a portaria de entrada, que era composto por duas lanternas com a cruz de Lorena, cada sobre quatro colunas circulares (Silva, 2013, p.121).

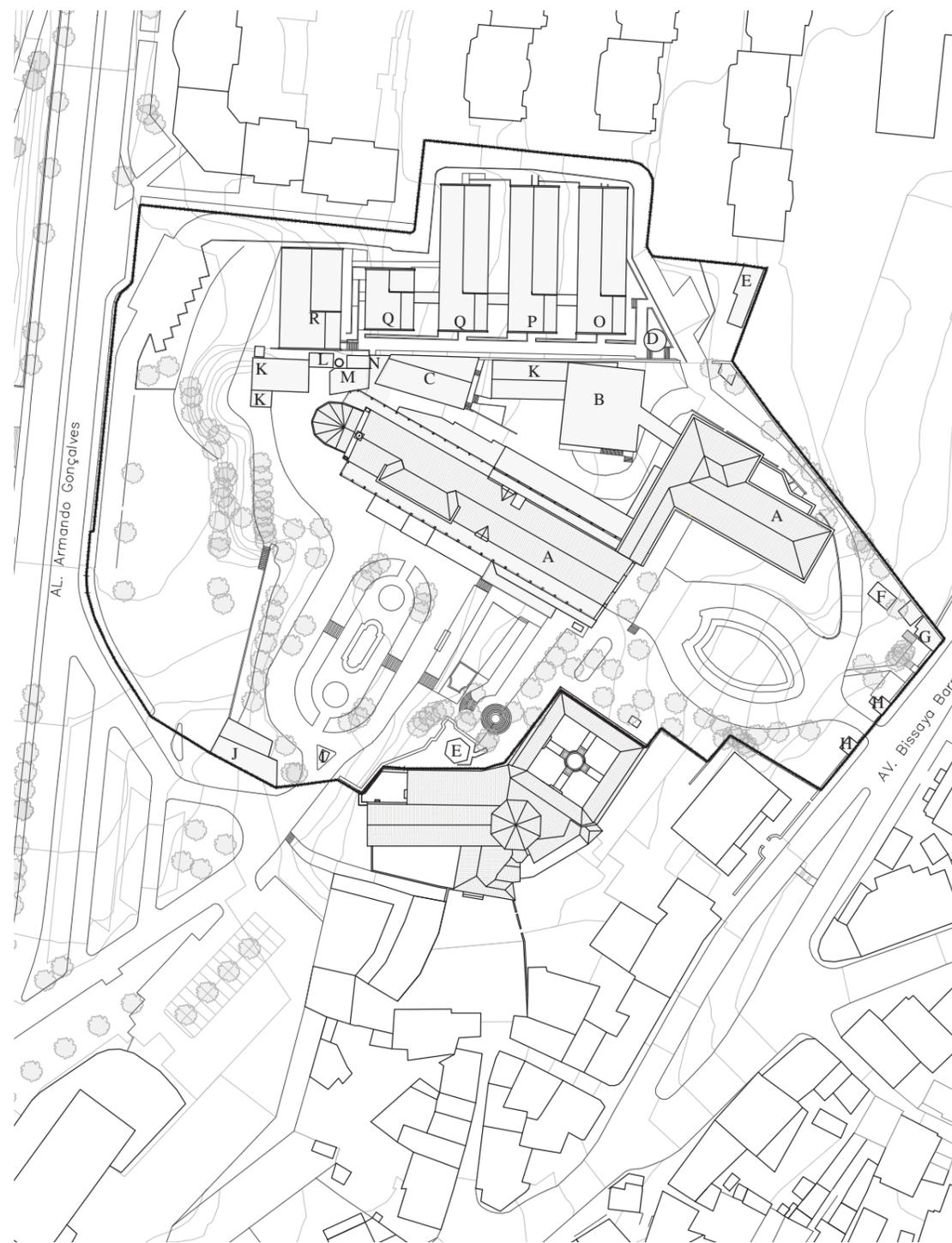
O sanatório é inaugurado em 1932, composto por 14 enfermarias e 26 quartos individuais, (com um total de 103 camas), 2 salas de jantar, 2 salas de estar e ainda capela e farmácia (Vaz, 2016, p.91). Mais tarde, em 1958, é construído um pavilhão destinado a tratar as crianças, com capacidade para 80 crianças tuberculosas. Este novo corpo anexo ao sanatório feminino, é composto por três pisos, e ficou a cargo do arquiteto Manuel Montalvão. Por fim, em 1962, conclui-se o último aumento ao edifício, um corpo semicilíndrico que ocuparia toda a fachada poente, composto por três pisos, em que, cada um deles, acolheria uma lavandaria, uma sala de estar e uma capela.

Com o aparecimento de novas terapias à base de antibióticos, estes campos sanatoriais deixam de fazer sentido, o que leva ao encerramento do Sanatório de Celas no final da década de 60.



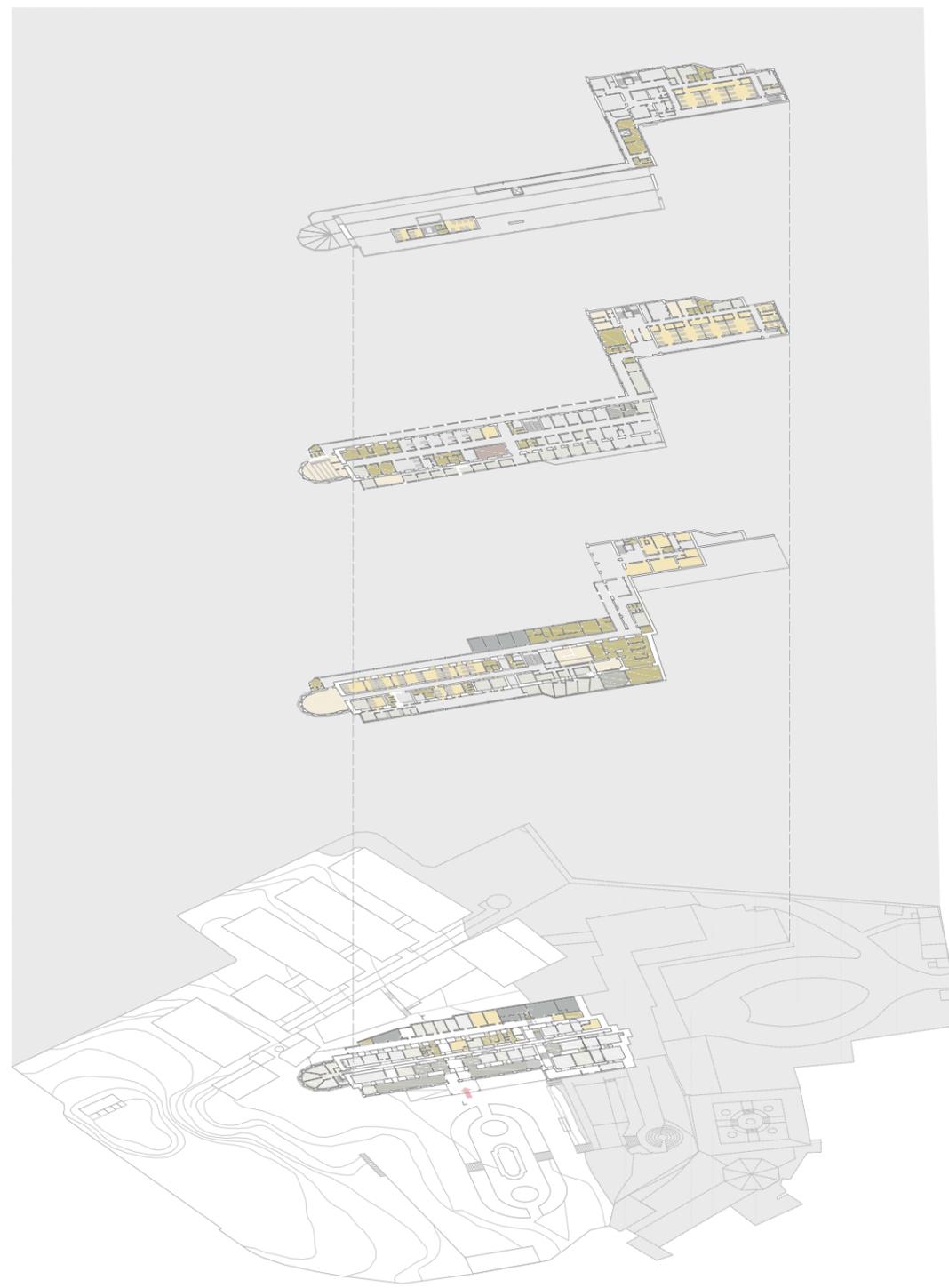
Fig. 16 - Vista aérea do Antigo Hospital Pediátrico de Coimbra

10 Acta da Sessão de 2 de Julho de 1931 da Junta Geral do Distrito de Coimbra.



LEGENDA:
 A. Hospital; B. Bloco Operatório; C. Alergologia/Rouparia; D. Bar; E. Anexo; F. Garagem ambulância; G.Casa Mortuária; H. Portaria Norte;
 I. Portaria Sul; J. Arquivo; K. Armazém; L. Casa das máquinas; M. Central térmica; N. Lavandaria; O. Especialidades médicas; P. Especialidades
 cirurgicas; Q. Centro de desenvolvimento da criança; R. Ensino e Arquivo.

Fig. 17 - Planta de implantação do Antigo Hospital Pediátrico. Esc. 1/1500



LEGENDA:

| | | | |
|---|---------------|-----------------------------------|----------------------|
| ■ Admissão de doentes e Salas de Espera | ■ Gabinetes | ■ Serviços | ■ Vestiário e Quarto |
| ■ Salas de análise e tratamento Cirurgia Secretariado | ■ Laboratório | ■ Biblioteca Arquivos Recreio | ■ Capela |

Fig. 18 - Plantas de análise programática do Antigo Hospital Pediátrico

Hospital Pediátrico de Coimbra

Terminado o desígnio como Sanatório, e após alguns anos sem ocupação, a última utilização do edifício foi como Hospital Pediátrico, pertencente ao Centro Hospitalar de Coimbra e inaugurado em 1977. Até então, os serviços de pediatria exerciam-se nos antigos Hospitais da UC, onde atualmente funciona o Departamento de Arquitetura da Universidade de Coimbra, que seriam transferidos daqui devido à incompatibilidade com as exigências contemporâneas de conforto em meio hospitalar.

Para uma melhor consciência do contexto desta ocupação, importa ver que o avanço da pediatria em Portugal remete para um passado não muito longínquo, dado que até aos finais do séc. XIX não havia distinção entre tratamentos infantis e adultos, sendo as crianças tratadas com terapêuticas proporcionalmente adaptadas às condições físicas de ambos (Vaz, 2016, p.135). O médico Jaime Salazar de Souza, “mestre de grande renome”, inicia o ensino da pediatria em Lisboa, em 1916, enquanto que em Coimbra se dá um ano mais tarde, em 1917, e só em 1944 a pediatria é reconhecida como especialidade pela ordem dos médicos (Bessa, 1970, p.2).

No que ao plano de apropriação do edifício diz respeito, e segundo Ricardo Jerónimo, decorreram entre 1970 e 1973 reuniões do “Grupo de Programas que tinha ficado encarregue de gerir a adaptação de todo o edifício a Hospital Pediátrico” (Silva, 2013, p.123). Os desenhos que se encontram no Centro de Documentação da Fundação Bissaya Barreto referentes ao projeto de adaptação do edifício têm a assinatura do arquiteto Manuel Montalvão.

O projeto adapta o piso térreo para albergar o serviço de urgências, composto por uma receção, triagem, consultas e espaços para pequenas cirurgias. Este piso, constituído por diferentes níveis a cotas que diferenciam para o topo nascente entre 0,72 e 1,2 metros, diferenças que também são evidentes na relação com o exterior, torna-se mais compartimentado. A galeria a sul é fechada com caixilharia, possibilita o acesso ao interior deste piso, e é ocupada com salas de espera. Já a norte, é estabelecida uma nova galeria, que se estende para os restantes pisos do edifício. Neste piso, a nova galeria cria um acesso pelo alçado posterior do edifício, que se relaciona com volumes exteriores de caráter mais técnico, como lavandaria, arrumos ou central térmica.

Já no primeiro piso, destinado ao internamento, também se dá uma maior compartimentação espacial para se fundarem os quartos e gabinetes necessários. Evidencia-se uma preocupação com o conforto e bem-estar das crianças, com a criação de espaços lúdicos e educativos como biblioteca ou sala de recreio. No amplo espaço que anteriormente funcionara como refeitório, no acrescento da autoria de Luís Benavente, são criados um átrio, salas de ensino e um refeitório com dimensões mais diminutas, que comunicam com o programa do anexado pavilhão das crianças neste mesmo piso, que se mantém como refeitório, cozinha e cafetaria. A galeria nova, a norte, permitia uma maior ligação a estas dependências do pavilhão das crianças, e também aqui, assim como nos restantes pisos, a galeria sul é encerrada com envidraçados. O anterior terraço descoberto que unia este corpo do pavilhão das crianças ao original dormitório é fechado e transforma-se em passagem de serviço, unida à nova galeria. No interior do piso do pavilhão, há igualmente uma divisão dos espaços, que dão origem a gabinetes e quartos.



Fig. 19/20 - Alçado sul do Hospital Pediátrico (no estado atual de desocupação)



Fig. 21 - Alçado norte do Hospital Pediátrico (no estado atual de desocupação)



Fig. 22 - Alçado nascente do Hospital Pediátrico (no estado atual de desocupação)

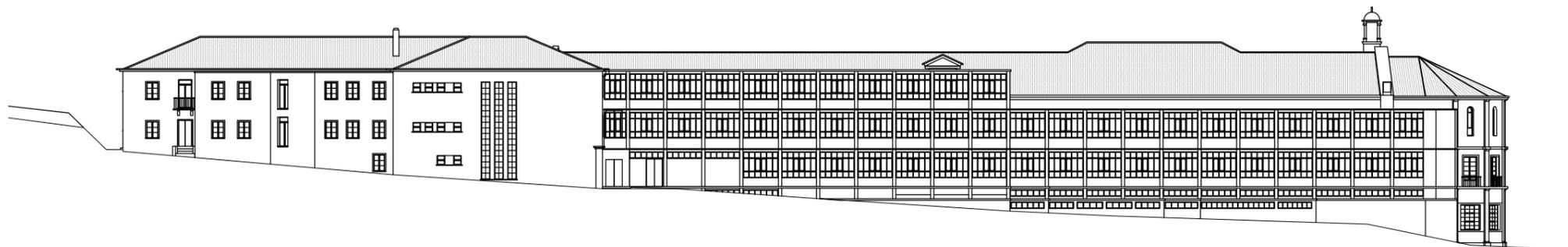
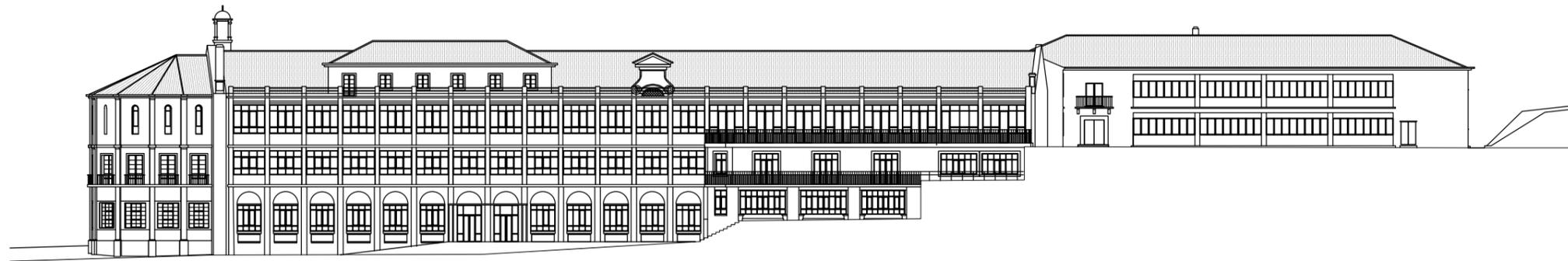


Fig. 23 - De cima para baixo: Alçado sul, Alçado poente, Alçado norte e Alçado nascente do Antigo Hospital Pediátrico de Coimbra. Esc. 1/500

O segundo piso mantém a generalidade da compartimentação existente, ocupado com serviço neonatal, gabinetes e capela. Aqui, a galeria sul é aproveitada para criar novos gabinetes, deixando então de ter caráter de galeria, e é prolongada para nascente, onde são também criadas divisões. A nascente, além do acesso já existente a eixo do corpo, passa a figurar também um acesso à nova galeria norte, que distribuía para o correspondente piso do pavilhão das crianças. Este piso do pavilhão foi consideravelmente transformado, passando a acolher os serviços de cirurgia, cuidados intensivos e de queimados. A este piso foi, mais tarde, acoplado um outro corpo de estrutura metálica, com acesso pela fachada poente, que viria a ser o bloco operatório.

Sobre a imagem exterior do edifício, as alterações foram notórias e significativas, nomeadamente com o envidraçamento das galerias sul e com a nova pele criada a norte com as novas galerias. Os elementos decorativos maneiristas correspondentes ao programa conventual, como a fachada nascente, o baldaquino a poente ou os frontões no transepto foram mantidos, ao passo que os elementos que remetiam para o sanatório seriam removidos, como as cruzes de lorena.

Estruturalmente, o corpo do dormitório mantém a conceção inicial de paredes longitudinais de suporte de pedra, sendo as quatro paredes - as exteriores que atualmente se ligam às galerias laterais e as que formam o corredor central - a estrutura base. Esta estrutura, assim como as abóbadas do primeiro piso, mantém-se até aos dias de hoje, embora em alguns casos tapadas com rebocos e tetos falsos.

Ao nível urbano, os arranjos ajardinados anteriormente idealizados por Bissaya Barreto mantiveram o seu desenho, ao mesmo tempo que era criado, a sul e poente, um novo parque de estacionamento, com acesso pela Alameda Armando Gonçalves. Com o decorrer dos anos, e com a necessidade de mais espaço aliada ao desenvolver de mais serviços, foram construídos anexos na parte norte do quarteirão do edifício destinados ao serviço de consultas, alterando significativamente a perceção do espaço exterior.

O desenvolver da ciência e tecnologia e as acrescidas carências de condições físicas e espaciais, aliadas à responsabilidade de se tratar de um hospital com uma abrangente área de influência em toda a região centro, fazem com que haja a imposição de se transferirem os serviços de pediatria para um edifício projetado de raiz com esse fim. O novo pediátrico é então construído nas traseiras do bloco central dos CHUC, num projeto do Arq. Tomás Taveira. Assim, o hospital pediátrico da avenida Bissaya Barreto fecha portas a 29 de janeiro de 2011 (Vaz, 2016, p143), ficando esquecido e sem função até ao presente.

1.2. Restrições e Condicionantes

Tendo como alvo uma eficaz e credível materialização do projeto, há que atender às regras, restrições e condicionantes impostas pelo local, regulamentadas e expostas no Plano Diretor Municipal de Coimbra, assim como as linhas condutoras e orientadoras que ordenam os espaços hospitalares, definidas pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS).

Plano Diretor Municipal

O desígnio da compreensão do Plano Diretor Municipal é um maior entendimento do estado físico do sítio, quer seja no que à composição dos solos diz respeito, quer às relações urbanas e compositivas desenvolvidas na cidade.

Organizado por plantas de ordenamento, condicionantes e regulamento, o PDM diz-nos que a maior condicionante da área do Antigo Hospital Pediátrico é a sua classificação patrimonial.

No que concerne às plantas de ordenamento, a planta de classificação do solo informa-nos que o quarteirão do Antigo Pediátrico pertence aos solos urbanos, e enquadra o limite do “centro histórico e envolvente de enquadramento”. São regulamentadas uma série de diretivas para as intervenções na área classificada como Centro Histórico, como a valorização (preservando ou melhorando) da qualidade ambiental, do desenvolvimento sustentável e coesão urbana ou a salvaguarda e reabilitação dos conjuntos urbanos, edifícios e espaços relevantes, melhorando e ampliando os seus equipamentos, como é o caso da intervenção aqui apresentada no complexo do antigo hospital pediátrico. À correta reabilitação destes espaços é dada uma importância significativa, através da remodelação e da execução de infraestruturas que incrementam um programa público que servirá a cidade e através da integração destas áreas na cidade, tendo um elevado peso as suas relações com o tecido urbano e espaços confinantes.

Enquanto solo urbanizado, o quarteirão pertence à área central C1, que corresponde a “tecidos urbanos consolidados mais antigos da cidade de Coimbra”¹¹. Nesta área C1 os fins predominantes das edificações dizem respeito à habitação, comércio, serviços e equipamentos de utilização coletiva. Ainda no ordenamento, a planta de rede ferroviária prevê o sistema de Mobilidade do Mondego, com o plano da linha do Metro Mondego que percorre a alameda Armando Gonçalves, a poente do Antigo Hospital Pediátrico. A propriedade do Antigo Pediátrico delimita também a área de “sítios com potencial arqueológico”, cercando-se do seguinte Património Edificado (não classificado): Capela Senhora dos Remédios, Fonte de Celas/Fonte de El-Rei e Cruzeiro de Celas. Quanto à análise da planta de Suscetibilidade de movimentos de massa, comprova-se que a área não apresenta suscetibilidade moderada nem elevada.

11 Regulamento PDM, p. 48.



LEGENDA:

Classificação

- Área verde de recreio e lazer
- //// Área verde de proteção e enquadramento
- Centro Histórico
- Espaço de uso especial - área de equipamentos

Reserva Ecológica Nacional

- |||| Áreas com Riscos de Erosão
- Áreas efetivamente já comprometidas - (C1 a C89)
- Áreas para satisfação de carências - (E1 a E402)

Recursos Naturais

- Leitos e margens dos cursos de água
- Árvore de Interesse Público_ Pinus pinea L.

Património

- Imóveis classificados - Zona Especial de Proteção
- Imóveis em Vias de Classificação_ Casa das Sete Fontes, Capela, Edifícios Anexos e Mata
- Zona de Proteção de Equipamentos
- Espaços culturais

Paragens de autocarro

- Linha do Metro do Mondego
- Propriedade da CMC
- Propriedade do HUC

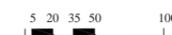


Fig. 24 - Planta de análise com apontamentos do PDM

Já nas plantas de Condicionantes, as plantas de Reserva Agrícola Nacional, Povoamentos Florestais Percorridos pelos Incêndios e Perigosidade de Risco de Incêndio, não apresentam nenhuma condicionante na propriedade do Antigo Hospital Pediátrico nem num raio alargado desta. Apesar de não estar considerado no PDM, sabe-se que os primórdios desta zona contemplavam grandes e férteis campos agrícolas, onde se viria a reunir o Mosteiro e burgo de Celas, e cerca do Mosteiro figurava uma topografia composta por um vale e possíveis percursos de água, que hoje em dia não se evidenciam nem são referidos na Estrutura Ecológica Municipal. Contudo, será importante ter em conta estes dados na nova intervenção, possibilitando o desnível natural topográfico que auxilia no filtrar e decorrer natural das águas pluviais, sendo ainda de considerar a relação destes extintos percursos de água com os elementos dos jardins de Bissaya Barreto.

A planta da Reserva Ecológica Nacional, aponta para zonas a poente do edifício do antigo pediátrico, que se estende ao limite do CHUC, como áreas de risco de erosão.

A planta de património mostra que, devido à implantação do Mosteiro de Celas, imóvel classificado como Monumento Nacional, o enquadramento da área envolvente se classifica como Zona Especial de Proteção (ZEP), que é afixado no despacho publicado em Diário da República, da Portaria n.º 223/2011¹². DR, 2.ª Série, n.º 11, de 17-01-2011. A classificação de imóveis como interesse nacional implica automaticamente, como descrito no número 1 do artigo 43º da Lei nº 107/2001 de 8 de setembro, a circunscrição de uma zona geral de proteção de 50 metros contados a partir dos limites externos do edifício classificado.

Neste caso concreto, foi publicada uma ZEP que delimita um conjunto de edifícios e espaços, onde se inserem a totalidade da propriedade do edifício do antigo Hospital Pediátrico, “os quarteirões confrontantes com o imóvel, essenciais na preservação e ou valorização do ambiente edificado, dada a necessidade de manutenção da contiguidade espacial da malha urbana, e de forma a abranger os locais onde se encontram elementos arquitetónicos notáveis, bem como a área do cone visual delimitado pela Rua de Bernardo de Albuquerque e Avenida de Bissaya Barreto, e Alameda de Armando Gonçalves.”¹³. A sul, na envolvente próxima do Antigo Pediátrico, o parque de Santa Cruz e a Escola Secundária José Falcão figuram classificados como imóveis de interesse público.

Ainda constante no regulamento do plano diretor estão as regras para zonamento de estacionamento, segundo as várias áreas da cidade classificadas e respetivos níveis de restrição. O projeto localiza-se numa zona de restrição ao estacionamento com nível máximo, com um nível de restrição de fator 1. Isto quer dizer que nestas zonas, para equipamentos relacionados com a saúde, a proporção entre número de consultórios e número de estacionamento é de 1 para 1. Denota, portanto, que, tendo o projeto um total de 72 gabinetes, deverá ser assegurado um número de 72 lugares de estacionamento. O projeto contempla um número maior de estacionamentos, de caráter público, que segundo o PDM deverá ser no mínimo 80%, com o intuito de servir a zona com estacionamento que beneficiará não só o programa hospitalar mas também o programa público cultural e de serviços da zona enquadrada.

12 Consultar documento nos Anexos.

13 Diário da República, da Portaria n.º 223/2011. DR, 2.ª Série, n.º 11, de 17-01-2011.

Administração Central do Sistema de Saúde

A gestão do Serviço Nacional de Saúde (SNS) é atestada pelo organismo da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), quer a níveis financeiros ou humanos quer no que às instalações dos edifícios com o propósito de servir a saúde diz respeito. A sua consulta torna-se indispensável para o desenvolvimento do projeto, na medida em que contempla um conjunto de diretrizes para o planeamento das instalações e dos equipamentos de saúde, através de guias e especificações e recomendações técnicas.

Desde logo, revela-se essencial a consulta das “Recomendações e Especificações Técnicas do Edifício Hospitalar”. Este documento compila uma série de recomendações para os projetos e construções de edifícios hospitalares, abrangendo áreas específicas que vão desde a arquitetura, estruturas, saneamento até às instalações elétricas e mecânicas. A interpretação deste documento, focar-se-á nas recomendações que à arquitetura concerne. Partindo de questões gerais de escala urbana até aos materiais de revestimento interior, este documento recomenda pormenorizadamente todos os elementos que devem ser levados em conta até à escala de projetos de execução e de detalhe.

Assim, importa considerar os traços reguladores do desenho urbano e do edificado. No que toca ao desenho urbano, e assim como deverá acontecer com todos os projetos, o regulamento assegura que deve-se considerar e respeitar as referências do local, tendo em conta as relações urbanas já estabelecidas e os seus ambientes. Os projetos deverão ser flexíveis a futuras adaptações e metamorfoses, quer a nível espacial e formal quer a nível funcional e, também por isso, há que ter em conta os acessos aos edifícios e respetivos posteriores *foyers* (que servirão à concentração e distribuição de pessoas), relações entre espaços, circulações e ligações horizontais e verticais, ou ainda os confortos térmico, acústico e visual. Quanto às circulações, é de evidenciar o estabelecimento das larguras definidas para: circulações principais - 3 metros, circulações gerais - 1,8 metros, circulações em internamento e serviços onde circulem macas- 2,2 metros, circulações de serviço - 1,6 metros.

Relativamente aos materiais a utilizar, nos pavimentos exteriores deve-se considerar a fácil limpeza e drenagem, e que não interfiram negativamente na circulação de equipamento rodado, seja para transporte de doentes ou de mercadorias. O mesmo se aplica nos pavimentos interiores, sendo que preferencialmente os materiais não deverão ter juntas e os rodapés, que devem ser do mesmo material que o pavimento, ligam-se em “meia cana”¹⁴, para uma maior eficácia na manutenção dos espaços assépticos, mediante uma maior facilidade na limpeza e higienização destes mesmos espaços. Este tópico da manutenção dos espaços estéreis deverá ser permanentemente tido em ponderação nas escolhas de materiais e soluções arquitetónicas.

Por fim, deste documento é importante ainda reter os dimensionamentos dos vãos interiores, que vão desde 1 metro de largura para acesso a espaços como gabinetes de consultas e exames, copas, instalações sanitárias para uso de deficientes e compartimentos onde haja necessidade de assegurar a passagem de cadeiras de rodas, com 0,80 metros de largura gabinetes em geral e instalações sanitárias onde não se preveja a circulação de cadeiras de

14 Rodapé em meia cana é o rodapé que na relação do pavimento com a parede apresenta um perfil curvo.

rodas e com 1,8 metros (com uma folha) ou 2,4 metros (com duas folhas) em espaços com maior fluxo de pessoas ou circulações principais. Estes são tomados como valores mínimos que serão adaptados às necessidades do projeto.

Um outro documento imprescindível na conceção de um equipamento hospitalar é o que regulamenta a implementação de AVAC, nomeado “Especificações técnicas para a Instalação de AVAC”. A análise deste documento, revela a importância e necessidade de projetar zonas que se destinem a acolher infraestruturas técnicas, sejam pisos técnicos ou áreas em pisos que se possam relacionar com o exterior, dada a necessidade de ventilação natural destes espaços. As instalações e equipamentos a prever para a climatização passam por centrais térmicas e zonas térmicas, aquecimento, ventilação e ar condicionado. As centrais térmicas e zonas térmicas são compostas por uma central de frio e uma central de calor, sendo que a central de frio acolhe unidades de produção de água refrigerada (“chillers”) em número igual ou superior a dois e a central de calor é composta por caldeiras de água quente, também com um número nunca inferior a dois. Já o aquecimento, ventilação e ar condicionado, é executado por unidades de tratamento de ar (UTA), de tratamento de ar novo (UTAN), ventiloconvetores (VC) e unidade de indução (UI), que devem estar organizadas para estabelecer ligação aos sistemas de gestão técnica centralizada. As UTA e UTAN devem ser instaladas em pisos técnicos e nunca nos tetos falsos, em contrapartida os VC deverão ser dispostos nos tetos falsos. Esta diretiva rege ainda as especificidades técnicas do tratamento de ar diferenciadas para as várias funções espaciais, como zonas de espera, gabinetes e salas de exames.

Por ser uma manifesta preocupação dos espaços hospitalares, a segurança contra incêndios tem uma legislação própria publicada em Diário da República, e qualquer projeto de edifícios hospitalares deverá fazer-se acompanhar de um “projeto de segurança contra incêndios em edifícios hospitalares”. Este projeto deverá ser uma compilação detalhada de medidas, através de desenhos e peças escritas, de segurança ativa e passiva.

A regulamentação de segurança contra incêndios exige uma classificação dos espaços segundo o seu programa, local de risco e categorias de risco, que serão tão maiores quanto maior for o número de área e efetivo de pessoas que utilizam determinado programa. Os edifícios hospitalares, em concreto este que se destina a prestar cuidados em ambulatório, pertencem à “Utilização Tipo V” (UT V), local de risco D e, segundo critérios tabelados para atribuição de categoria de risco, com 3ª categoria de risco, ou seja, risco elevado.

Isto quer dizer que terá de existir um cuidado acrescido a ter em consideração nestes espaços, destinados a receber pessoas doentes e debilitadas, algumas até com mobilidade reduzida, de garantir, em necessidade de evacuação, meios de saída intuitivos e de fácil alcance, sem que seja necessário percorrer longas distâncias.

Devem ainda ser consideradas como medidas de segurança passiva a escolha de elementos construtivos e de materiais com reconhecimento de características ignífugas ou resistentes ao fogo ou a compartimentação dos espaços com saídas corta-fogo e as suas respetivas vias de evacuação, horizontais ou verticais. Estes componentes serão os que mais condicionarão as escolhas a tomar em projeto, tendo a sua prática de cumprir a regulamentação imposta e as necessidades inerentes ao programa.

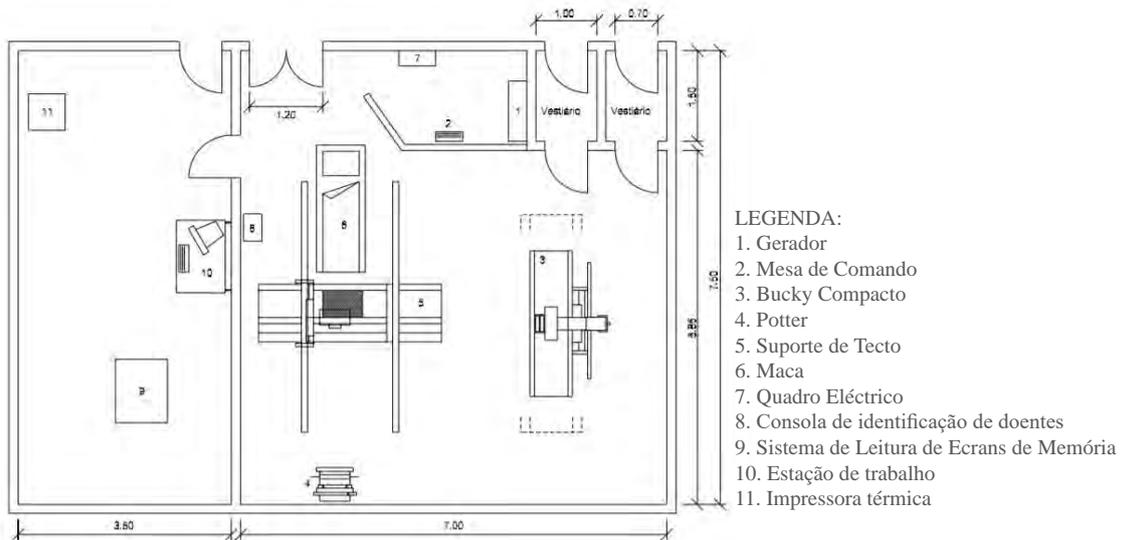


Fig. 25 - Esquema funcional da organização do serviço de Imagiologia - planta da sala de radiologia de urgência

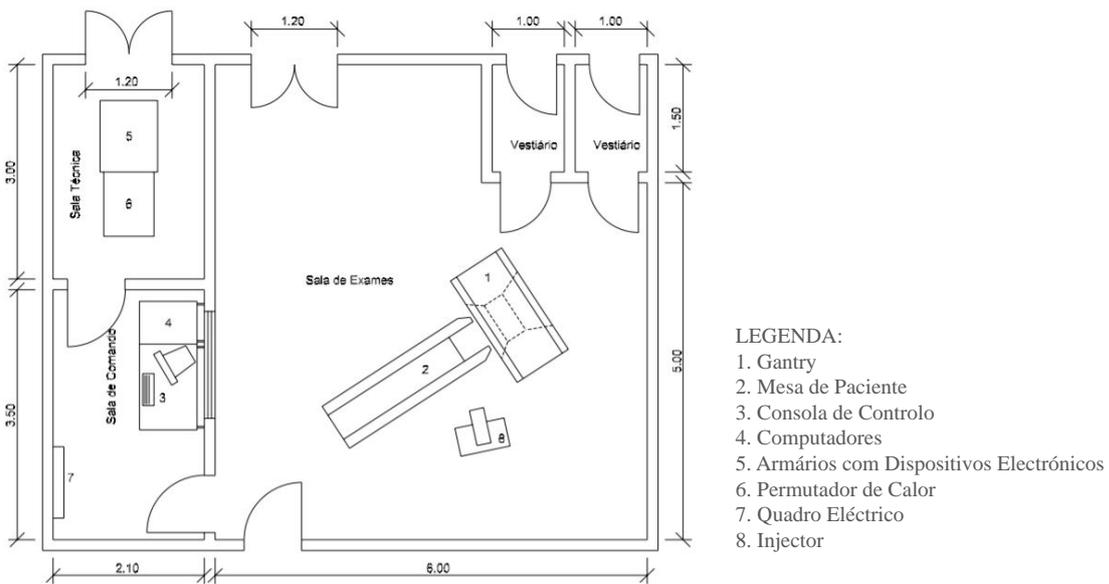


Fig. 26 - Esquema funcional da organização do serviço de Imagiologia - planta da sala de tomografia axial computadorizada (TAC)

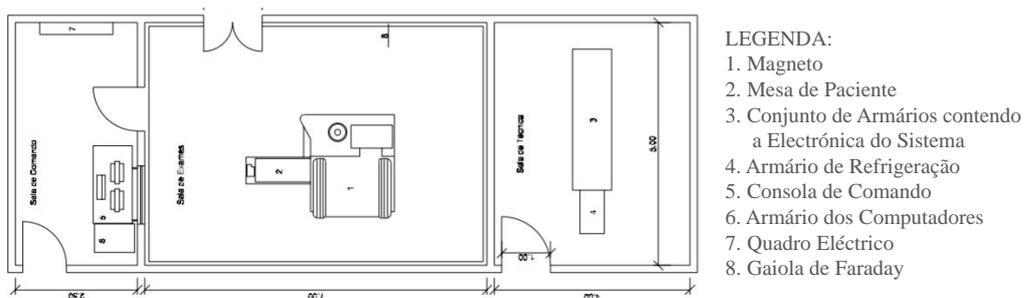


Fig. 27 - Esquema funcional da organização do serviço de Imagiologia - planta da sala de ressonância magnética

Deste modo, na aplicação concreta ao projeto, num edifício com quase 70 metros de comprimento e com ligações ao exterior nos primeiros três pisos, é assegurado um total de dois acessos verticais isolados com portas corta-fogo, distribuídos e equilibrados na totalidade do comprimento da planta, que servirão a evacuação especialmente dos dois últimos pisos que não se relacionam diretamente com o exterior.

Finalmente, e com um fundamento específico de perceber a organização e disposição do serviço de imagiologia, realça-se o “Caderno da DGIES nº7- Serviço de Imagiologia”. Para o projeto, este programa adicional manifesta-se com a prestabilidade de controlo e diagnóstico importantes à terapêutica e acompanhamento dos doentes nas consultas externas. A comprovação deste guia é elucidativa quanto à escolha, de entre os vários serviços de imagiologia, dos mais indispensáveis e necessários como complemento para o utente, aferindo-se que os serviços de Radiologia de Urgência, Tomografia Axial Computorizada (TAC) e Ressonância Magnética são os mais adequados às necessidades e ao espaço envolvente e serão, então, integrados no programa do projeto, tendo por base a organização espacial exposta neste guia para as diferentes salas destes serviços.

Em suma, importa perceber que “o projeto e a construção de edifícios hospitalares são atualmente atividades que implicam o conhecimento de exigências particulares em áreas técnicas muito variadas, dada a natureza e objetivos dos serviços a prestar por este tipo de estabelecimentos, requerendo uma continuada especialização e sofisticação do seu pessoal, espaços, instalações e equipamentos.”¹⁵

15 Guia para a elaboração de Projeto de Segurança Contra Incêndio em Edifícios Hospitalares G 02/2006 (v. 2016), p. V., Recuperado em 13 de janeiro de 2019, de <http://www.acss.min-saude.pt/category/prestadores/instalacoes-e-equipamentos/>

2. Objetivos e Programa

2.1. Património/Reconstrução

A intervenção física que se realiza, exige um estudo do contexto espacial e temporal do local a intervir. Daqui, parte-se para o que poderá ser a interpretação do existente, do que será plausível e “autorizado” demolir ou definir como obsoleto, ou, quase com um sentido de obrigatoriedade, conservar e reabilitar. A esta interpretação, acrescem as vontades de manter a função do existente ou enquadrá-lo no novo proposto, de modo a responder às necessidades culturais e sociais que se transformam e desenvolvem ao longo do tempo, ou simplesmente por respeito á memória coletiva.

Importa assim, numa primeira abordagem, definir património e, paralelamente, analisá-lo tendo em conta o contexto do edifício a reabilitar. Segundo Miguel Tomé “uma das mais significativas qualidades destes objetos patrimoniais é precisamente o seu caráter de documento, enquanto fonte de informação histórica, testemunho de dados artísticos, técnicos e culturais.” (Tomé, 2002, p.15).

Esta questão do património pode e tem vindo a ser interpretada e estudada de vários pontos de vista. Há quem defenda o íntegro restauro, num retorno à memória, ou intervenções mais contemporâneas que reforcem a leitura dos objetos, nunca criando um “falso histórico”.¹⁶ Desde o sex. XIX que vários autores têm vindo a teorizar o restauro e a defender diferentes conceitos e *modus operandi*, fazendo parte destes: Viollet-le-Duc – e restauro estilístico; John Ruskin – e o movimento anti-restauro; Luca Beltrami - e o restauro histórico; Camilo Boito – e o restauro científico ou Gustavo Giovannoni – monumento e sítio histórico (Neto, 2001). Estas disparidades são confirmadas por Miguel Tomé, que afirma: “se o mítico confronto entre as atitudes restauradoras e reintegradoras de Viollet-le-Duc e as conservadoras de Ruskin se completou na síntese de Boito, a ambiguidade e utopia que todas encerravam proporcionaram a riqueza de interpretações que as inúmeras intervenções em monumentos foram confirmando.” (Tomé, 2002, p.128).

Da “Carta de Atenas” de 1931 provêm conclusões sobre o restauro, proteção e catalogação de monumentos, e na década de 60 seriam regulamentados os princípios sobre conservação e restauro do património, pela comissão internacional reunida no IIº Congresso Internacional de Arquitectos e Técnicos de Monumentos Históricos, em Veneza, de 25 a 31 de Maio de 1964 (Freitas, 2012, p22). Deste congresso nasce a “Carta de Veneza”, que embora fosse um documento sumário e um delineamento de direções gerais de atuação, define internacionalmente princípios e normas que visavam salvaguardar o património, tanto como obra de arte como testemunho histórico, através da conservação e restauro dos monumentos.

16 Teoria do restauro de Cesare Brandi, que defendia que “o restauro deve visar o restabelecimento da unidade potencial da obra de arte, desde que isso seja possível sem cometer um falso artístico ou um falso histórico, e sem cancelar nenhum traço da passagem da obra de arte no tempo”.



Fig. 28 - Alçado poente do Mosteiro de Celas



Fig. 29 - Entrada do Mosteiro de Celas, alçado sul



Fig. 30 - Vista do centro do Claustro do Mosteiro de Celas



Fig. 31 - Vista interior do Claustro do Mosteiro de Celas

Com percepção das várias formas de se intervir no edificado já consolidado, classificado ou não como património- formas estas mais ou menos objetivas ou consensuais- interessa ainda, como nota introdutória e explicativa do método a apropriar, perceber e diferenciar os conceitos de restauro, conservação e reconstrução. Assim, tem-se restauro como “o sentido de renovação ou de reintegração no estado primitivo. (...) (associa-se) o conceito de restauro à reconstituição estilística. Contrapunha-se a este o conceito de conservação, com o significado de manutenção em estado de eficiência. Já o termo reconstrução assumia significados mais ambíguos, podendo indicar ora uma reconstituição inventiva, ora a reposição do estado normal de funcionamento estrutural” (Tomé, 2002, p.128).

Desta forma, o termo e definição de reconstrução/reabilitação, será o que se adequa mais à intervenção a realizar, que tem, em simultâneo, como base a interpretação de Fernando Távora do tema, que defende que para se intervir num edifício histórico devemos conhecer a história do edifício e que qualquer obra é uma entidade viva sujeita a intervenções e transmutações. O projeto nasce assim de uma consolidação do existente com o novo desenho urbano e edificado, pautado por reinterpretações e valorizações de fases e marcas do edifício, que deverão ser exaltadas e que importa repor.

Considerando o seu “caráter de documento” a par dos estudos arqueológicos e creditando o seu simbolismo social e religioso, o Mosteiro de Celas surge classificado como Monumento Nacional no decreto lei nº136 de 23 de Junho de 1910, inserido nos “Monumentos Medievais, do renascimento e Modernos – Monumentos Religiosos”¹⁷, o que leva ao tratamento da zona envolvente, onde se insere o objeto de estudo, como Zona Especial de Proteção, onde vigoram regras de planeamento, ordenamento e conservação já expostas anteriormente.

Já o edifício do antigo pediátrico, não sendo oficialmente classificado como imóvel de interesse patrimonial por nenhuma instituição, pode-se, simbolicamente, classificar como “património arquitetónico hospitalar”¹⁸, na qualidade de caso de estudo inserido na temática de edifícios hospitalares.

Tendo este edifício passado por diversas fases e transformações, correspondentes às várias funções, vemos que o tempo e as necessidades a si correspondentes construíram na globalidade o complexo que encontramos hoje, sendo nele deixadas marcas de várias gerações. “É muito raro que um edifício se identifique somente com o tempo da sua criação; eloquentemente evidencia o curso da História, com as alternâncias e decadências, de catástrofes e novos recomeços, que ficam bem patentes na sua caracterização arquitectónica.” (Infante, 2001, p.25).

17 Informação constante na página oficial da Direção Geral do Património Cultural, onde se encontra disponível para consulta o referido decreto lei. Recuperado a 10 de maio de 2020 de http://www.patrimoniocultural.gov.pt/media/uploads/decsmaria/Decreto23_06_1910.pdf

18 O projeto CuCa_RE (Curar e Cuidar, Reabilitar) foca-se na identificação deste património hospitalar. É um projeto que pretende estudar os edifícios da saúde portugueses contruídos no séc. XX, fazendo um levantamento e análise destes edifícios, não os deixando á mercê do esquecimento e simultaneamente reconhecendo-lhes o seu valor arquitetónico, político e social. Analisados e identificados estes edifícios, dos quais faz parte o objeto de estudo desta dissertação, questiona-se a possibilidade de reabilitação, conservação ou reutilização destes, em concordância com a evolução da ciência e medicina.



LEGENDA:

- Valor patrimonial nulo
- Valor patrimonial baixo
- Valor patrimonial elevado
- Valor patrimonial muito elevado



Fig. 32 - Planta de análise de valor patrimonial. Esc.1/1500

Assim, uma intervenção de reconstrução, reabilitação e ampliação faz necessariamente com que se percam marcas do edifício, com a remoção de acrescentos representativos de necessidades do passado.

Pode-se considerar que a época como sanatório foi a mais marcante, mais carregada de simbolismo e história, que pode remeter para a distinção da sua fase com mais relevância no que ao património arquitetónico diz respeito.

Com a criação das galerias de cura, imagem plástica característica desta fase, o edifício é acrescentado e transformado. Entram, portanto, estas galerias, a par da construção primordial, para a definição mais marcante do edifício, e por isso, o que deverá ser alvo de reconstrução e reabilitação.

Contudo, pode-se considerar que a fase mais marcante do edifício é a inicial, como dormitório, ou até a mais recente relacionada com um passado próximo, presente na memória de quem nas redondezas habita. Portanto, a forma de intervir no património deve considerar as várias transformações e adaptações, estudando continuamente a história do edifício, sendo possível assim perceber a que fase voltar, o que manter, o que demolir, o que acrescentar, o que valorizar. Com isto, a intervenção no edifício tentará respeitar todas as fases, enaltecendo pontos de cada uma delas, como a abertura da galeria no piso térreo, tratando-se de um piso mais social, ou o melhoramento do encerramento das galerias nos pisos 1 e 2, limpando a caixilharia existente e voltando às linhas simples do sanatório. O mesmo acontece nas galerias norte, onde se limpa o aglomerado de galerias anexas construídas aquando do hospital pediátrico, e nivelando um único plano de galeria, continuo, marcado pela estrutura existente.

A intervenção reger-se-á pela consideração e da análise do que terá mais ou menos valor patrimonial, (Fig. 32) de acordo com a proposta de mapeamento de Marieke Kuipers e Wassel de Jonge – estes autores, no seu estudo “Strategies for Conservation and Conversion”, interpretam e avaliam a herança que os edifícios apresentam (noção temporal, o seu valor ou as camadas sobrepostas pelas intervenções feitas ao longo dos tempos), aliando a tecnologia, o design e o valor cultural – assim como pelas funções programáticas interiores e pelas necessidades espaciais. Isto ditará o que será possível e plausível de demolir e reorganizar, como os pavilhões que se encontram a norte que classificamos com baixo valor patrimonial por serem edificações débeis tanto a nível espacial como estrutural.

“O problema do desenho não existe; existe o problema do redesenho. Desenhar deve ser um fenómeno de inteligência, e desenhar do zero é um fenómeno de estupidez, porque é perder um legado de informação disponível. Portanto, se o desenho é um fenómeno de inteligência, tem de perceber o fenómeno em que se vai inserir.”¹⁹

19 Eduardo Souto de Moura - A Ambição à obra anónima; In Eduardo Souto de Moura. ed. Luiz Trigueiros. Lisboa: Blau. P.32

2.2. A saúde e sua expressão nos CHUC

A saúde é considerada um direito universal, e está definida pela constituição da República Portuguesa, no artigo 64^a, 1 que designa a saúde como um direito pela sua proteção e um dever pela sua defesa e promoção.

“A Saúde é um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade.”²⁰

Aliada à noção de saúde surge a conceção do que tem vindo a ser o papel da instituição “hospital”. Dos finais do séc. XVIII surge a proclamação da reorganização hospitalar, como um ato político e social e “com o debate higienista torna-se cada vez mais evidente que a construção hospitalar é uma máquina de curar e não um edifício de misericórdia pública” (Providência, 2000, p.14).

Contudo, o Hospital contemporâneo do séc. XXI já não é um “estabelecimento reservado à cura da doença por meio do clássico internamento – termo que hoje se substitui por hospitalizar a fim de designar com maior precisão o facto de não se tratar de internar.” (Sanchez, 1968, p.23). A relação do indivíduo com o hospital faz já parte do quotidiano, faz parte do sistema da comunidade, e não serve somente para tratar doentes como também é um espaço que previne e prevê alterações negativas à saúde das pessoas. “Já não estamos na época em que o indivíduo só procurava o hospital quando sentia afectadas as suas condições de saúde, quando a doença se declarava. Hoje é ao próprio hospital que incumbe a prospecção dos desequilíbrios sanitários, a promoção de medidas para realização de um estado de equilíbrio dinâmico, social e psíquico que facilite a realização dos valores da cultura” (Sanchez, 1968, p.23). A prestação de cuidados em ambulatório é parte integrante e fundamental nesta procura do espaço hospitalar e sua frequência, onde os utentes, doentes ou não, são acompanhados nos serviços de consultas externas, sendo-lhes prestados cuidados continuados de tratamento ou diagnóstico e de regularização do estado de saúde, nas mais diversas especialidades.

Para uma melhor resposta às ávidas necessidades da comunidade, o planeamento hospitalar deverá ser visto como crucial e ter uma estratégia projetada no futuro, com o qual se relaciona, além da saúde, a orgânica social e económica de cada país. Para o planeamento hospitalar, e segundo Formosinho Sanchez, são mais significativas as circunstâncias demográficas, rede de comunicações, contextura social e competências económicas (que variam de sociedade para sociedade) do que as técnicas médicas (que serão iguais em todo o mundo).

Já em 1968 Sanchez evidenciava o crescente aumento populacional e as suas consequências globais, como cidades superpovoadas e eixos rodoviários e ruas com uma grande concentração de automóveis, que em tudo influenciam a visão de qualidade de vida e, por consequência, de saúde. O autor defendia ainda que já naquela data se observavam grandes deslocamentos demográficos para os maiores centros de atividade em Portugal, e que “este processo provoca um desequilíbrio e uma assimetria demográfica” (Sanchez, 1968, p.19).

20 Conceito de Saúde, definido pela Organização Mundial de Saúde em 1946, e que se mantém atualmente em vigor, segundo informação da página oficial online da entidade supra.

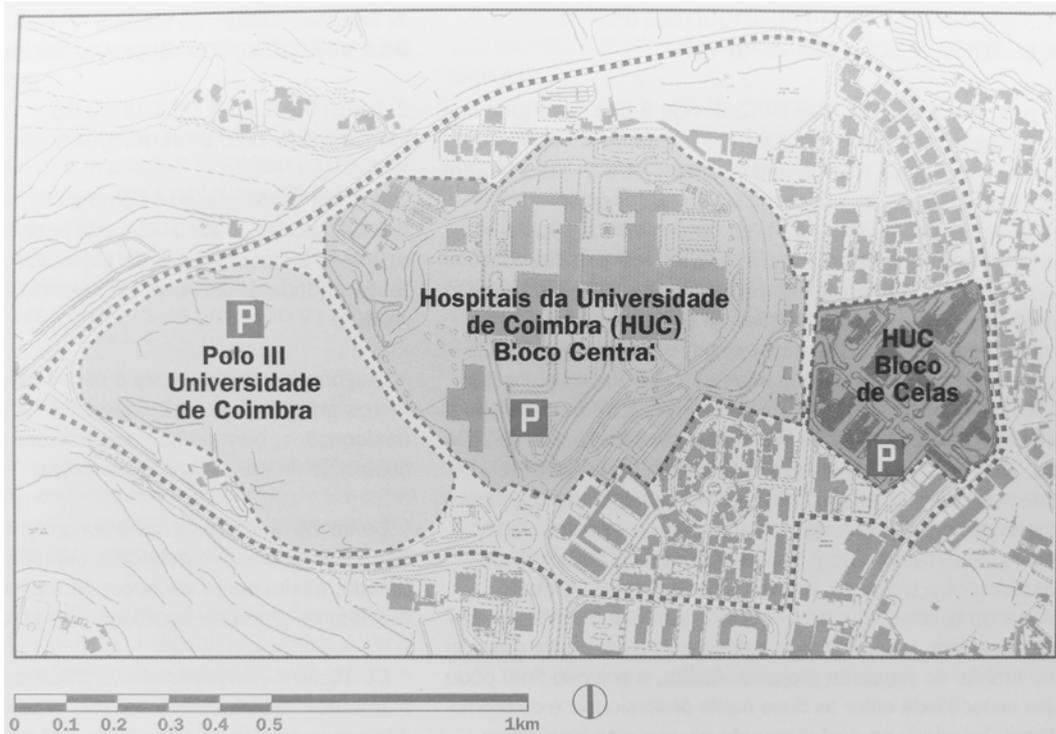


Fig. 33 - Panta de delimitação dos Hospitais da Universidade de Coimbra



Fig. 34 - Vista aérea de nascente do CHUC

Em sequência ou não do desequilíbrio populacional em Portugal, ainda hoje é notória a disparidade de oferta de serviços de saúde entre regiões do país, a que todos os indivíduos devem ter direito e ao seu alcance. No caso específico da região centro, tem-se vindo a observar uma constante deslocação e movimentação, por exemplo, de utentes das Beiras alta e baixa para o litoral, sobrecarregando assim os hospitais que recolhem estes utentes, como é o caso dos CHUC. Isto dever-se-á ao facto de as entidades promotoras e organizadoras do sistema de saúde terem o desejo de concentrar ao máximo os meios humanos em direção a economizar recursos. Num sentido mais lato, isto não só faz com que utentes não possam receber tratamentos na sua área de residência (não por carência de condições físicas e espaciais, mas sim por falta de corpo clínico) como também tenham que percorrer distâncias consideráveis que poderão agravar e ser agravadas pelas condições débeis e frágeis dos doentes. Isto traz ainda como consequência a especulação da prestação de serviços privados, dado que para alguns doentes, obstruídos do direito de obtenção de cuidados de saúde pública, o recurso a cuidados de saúde privados será a única e última alternativa, quando muitos deles não têm recursos financeiros para tal. Por hora, este tema não será aqui aprofundado, sendo deixada apenas esta nota com esperança de que no futuro se possa equilibrar esta balança de recursos e oportunidades que as demografias ditam.

Importa com isto perceber que o CHUC recebe diariamente uma considerável massa de população proveniente de outros concelhos e distritos, principalmente de toda a região centro. Isto sobrecarregará os meios dos cuidados de saúde a prestar, servindo uma área que abrange muito mais do que os 319,41 km² da cidade de Coimbra e os seus 143.396 habitantes²¹. Isto conjugado com o facto de haver uma grande concentração de recursos no hospital central, que faz com que se concentre aqui a maior parte destes doentes. Segundo dados de 2010, o Hospital Universitário de Coimbra reunia um total de 4564 efetivos, dos quais 880 médicos e 1678 enfermeiros, para um total de 527828 consultas externas prestadas nesse mesmo ano (Regateiro, 2012). Já em 2018, e de acordo com o Instituto Nacional de Estatística, Coimbra apresentava um rácio de 30 utentes por médico, sendo das proporcionalidades mais baixas a nível nacional.²²

Em Coimbra, a saúde assume um papel essencial, até mesmo diferenciador, para a forma como entendemos a cidade. Referência nacional pela qualidade, inovação e investigação, continua a ser a saúde que gere mais movimento urbano na cidade de Coimbra²³.

Idealizado a partir da década de setenta, o novo Hospital de Coimbra diverge do conceito americano de hospital central, organizado verticalmente onde serão concentradas o maior número de valências.²⁴ Contrariando o modelo pavilhonar trazido para Portugal no

21 Plano Diretor Municipal de Coimbra, *Estudos de caracterização*, p.7.

22 Valores consultados na página oficial da *Pordata*, que disponibiliza dados estatísticos nacionais e europeus.

23 In revista ECDJ nº 9 - Projeto Urbano, Coimbra, pp. 144-199.

24 *Idem*, p. 144.

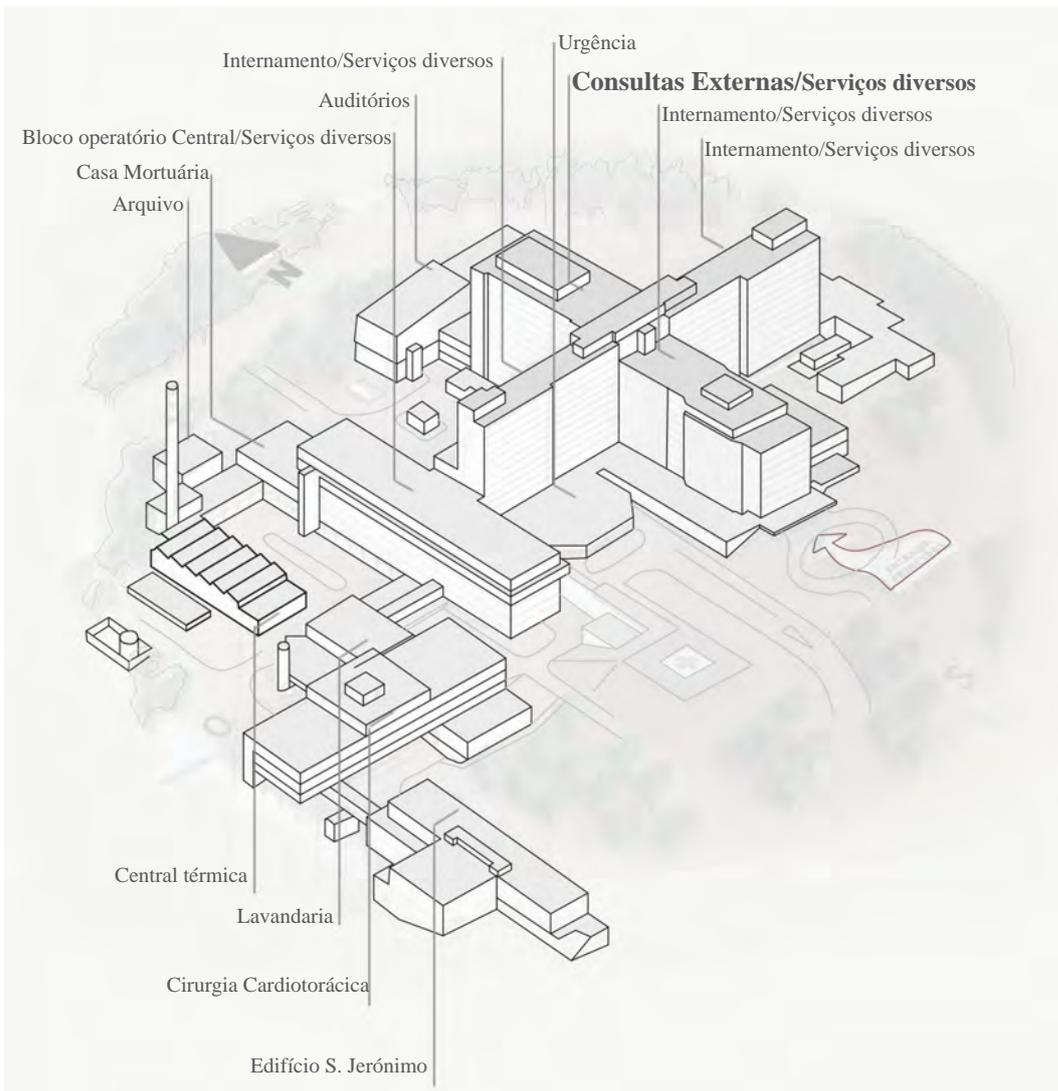


Fig. 35 - Esquema de distribuição programática do CHUC

séc. XIX pelo médico Costa Simões²⁵, modelo que defendia os princípios higienistas de salubridade, ventilação e iluminação dos edifícios (aplicado por exemplo no Hospital de Celas) o modelo vertical afirma-se a partir do início do séc. XX por se achar que os desenvolvimentos de tecnologias e sistemas construtivos assim o justificava.²⁶ Com um modelo vertical responder-se-ia também à indispensabilidade de ventilação e salubridade dos espaços, tendo em conta “a Pureza dos Quatro Elementos” (Providência, 2000, p.40) que é necessária para a manutenção da saúde dos povos, com foco na manutenção da pureza do ar e da água. Poupar-se-ia assim num modelo vertical, na distribuição destes elementos, em condutas de ventilação, aquecimentos, iluminação, águas, etc.²⁷

Com isto, o bloco central dos HUC inicia a sua construção em 1980, num projeto do Arq. Fernando Flores.²⁸ O projeto contempla 7 edifícios interligados entre si, sendo o central com uma planta cruciforme disposto em 16 pisos, com orientação N-S e E-W, num total de 1400000m² de área pavimentada. Os braços nascente, poente e sul concentram as enfermarias e os apoios e o braço norte acolhe as consultas externas e exames especiais (Regateiro, 2012, p. 205).

Quanto ao desenho urbano, o projeto enquadra-se no centro de um terreno com 15000m², não estabelecendo relações com a cidade envolvente. “Isolado das tensões mais próximas, o hospital foi cumprindo as primeiras décadas da sua existência. Mas, por um lado, a cidade em volta modificou-se, cresceu, gerou tensões complexas e contraditórias, tensões que, em grande parte, se devem precisamente à sua influência e à sua presença.”²⁹

O mesmo tem acontecido no próprio edifício do hospital: crescido e gerado tensões complexas entre si, seja a nível físico, com as suas instalações sobrecarregadas e aglomeradas, seja a nível humano com a quantidade brutal de utentes que o frequentam diariamente.

Desde sempre envolto em decisões e interesses políticos e sociais, o desenvolvimento da saúde em Coimbra gera diariamente discussão pública, pela gestão dos vários serviços e equipamentos e a sua agregação ou difusão.

25 Costa Simões (1819-1903), foi uma ilustre personagem da medicina e da universidade de Coimbra. Foi o principal “responsável pela divulgação e implantação deste modelo (pavilhonar), realizando diversas propostas para o novo hospital da cidade e colaborando em projetos para todo o país.” In Centro de Estudos de Arquitetura da FCTUC. (2005). Projeto Urbano, Coimbra. ECDJ, 9, 148.

26 In revista ECDJ nº 9 - Projeto Urbano, Coimbra, p.146, p.149.

27 Idem, p.149.

28 Idem, p.151.

29 Idem, p.158.



Fig. 36 - Ala norte do CHUC - Consultas Externas

2.3. O programa das Consultas Externas

Na concepção de edifícios hospitalares, a par do planeamento, é de extrema importância a definição e consolidação do programa funcional. “Importa que o programa atinja um elevado grau de objetividade sem, contudo, impedir a liberdade conceptual do organismo” (Sanchez, 1968, p.35).

Com a atenção cada vez mais direcionada e centrada no utente, com o acesso de proximidade deste quer ao edifício hospitalar quer ao prestador de cuidados, o edifício deverá responder ao programa tendo sempre em conta a premissa da centralidade do espaço hospitalar na sua personagem principal: o utente. Depende, assim, o bom funcionamento do edifício e consequente satisfação com a prestação de cuidados, da organização e distribuição, após a definição programática, dos espaços. Esta tarefa é de inteira responsabilidade dos arquitetos: “aos arquitetos compete propor sistemas que possam beneficiar a vida do hospital”³⁰ (Paul Nelson “apud” Sanchez, 1968, p.80).

Os objetivos das consultas externas serão a observação clínica, o diagnóstico, a prescrição terapêutica, ou simplesmente acompanhamento e verificação da evolução do estado de saúde dos utentes. É, portanto, da competência deste serviço diagnosticar ou confirmar estados clínicos dos utentes, propor para internamento e/ou cirurgia os utentes que assim requererem ou reenviar aos centros de saúde ou médico de família os utentes que por estes tenham sido encaminhados para as consultas externas.

O programa funcional aplicado, que ao serviço de consultas externas diz respeito, tem como base um estudo *a priori* realizado pelos CHUC, o “Estudo para futuro Serviço de Consulta Externa”, com assinatura do Eng. António Branco, que será complementado com programas de apoios e serviços adicional a este.

Segundo o Prof. Dr. Fernando Regateiro³¹, existe uma necessidade de concentrar o serviço de consulta externas fora do edifício central dos CHUC. Isto deve-se à sobrecarga que o espaço tem vindo a sofrer, por diversos fatores diferenciados, como o aumento da procura dos serviços por parte dos utentes, o aumento do número de infeções que a comunidade tem vindo a registar ou o aumento das equipas médicas. Tornam-se assim as atuais dependências dedicadas às consultas externas no edifício central dos CHUC desadequadas e desadaptadas ao utente e aos profissionais, assim como à evolução da ciência e medicina. A mudança destes serviços traria ainda a vantagem da libertação da ala norte do edifício central, que poderia ser ocupada com outras valências que completassem os serviços das restantes alas.

30 O autor cita fonte não indicada por este. Referencia a Paul Nelson como “arquiteto americano (...) grande autoridade em hospitais”, in Sanchez, F. (1968). Hospitais: da organização à arquitectura. P.77.

31 Esteve presente o Prof. Doutor Fernando Regateiro, como presidente do conselho administrativo dos CHUC, no dia 26 de abril de 2019, no seminário integrado no workshop “Habitar a Casa do Homem” promovido pelo projeto CuCa_RE, de onde foram retiradas as informações apresentadas.



Fig. 37 - Apropriação de zonas de circulação como sala de espera no serviço de Consultas Externas no CHUC

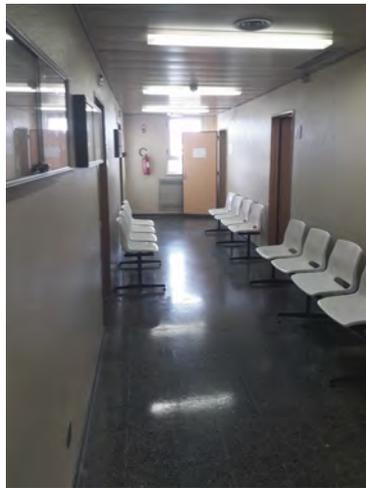


Fig. 38 - Apropriação de zonas de circulação como sala de espera no serviço de Consultas Externas do CHUC



Fig. 39 - Vista do estacionamento do serviço de Consultas Externas do CHUC

Como exemplo da progressiva desadaptação às necessidades que o serviço tem vindo a sofrer, tem-se a ocupação desadequada de espaços de chegada dos vários pisos, que distribuem os acessos verticais (seja pelo núcleo de elevadores seja pela caixa de escadas) para as diferentes especialidades, como salas de espera dos utentes. Esta ocupação, além de exprimir a elevada procura dos serviços, faz com que a circulação entre especialidades fique obstruída.

Aliado a isto, a distribuição vertical das especialidades, pelos 16 pisos, torna o acesso e a sua diferenciação pouco intuitiva e promiscua para o utilizador, sendo que os utentes que não conhecem o edifício e o utilizam pela primeira vez para uma primeira consulta, têm a sensação de, metaforicamente, estarem a percorrer um labirinto.

Também o arranjo exterior do hospital central o torna confuso para o utilizador, não sendo obvio o acesso que serve as consultas externas. Este acesso é feito na ala norte do complexo, a partir de uma utópica praça que agrega uma quantidade enorme de automóveis, em circulação ou estacionados, onde existem, aproximadamente, 30 lugares de estacionamento para ambulâncias de transporte de utentes e 10 lugares de estacionamento para táxis.

Deste modo, já evidenciada a pertinência da deslocação do serviço, o programa funcional para o novo hospital de consultas externas a aplicar no edifício do antigo hospital pediátrico, surge em sequência do referido “estudo para futuro Serviço de Consulta Externa”, e aqui percebe-se a utilidade da aglomeração e conexão de espaços e especialidades para existir a possibilidade de partilha de recursos. Este agrupamento é feito por *clusters*, por afinidade funcional. Um *cluster*³² é uma agregação de especialidades, onde se partilham espaços como gabinetes de consultas médicas, salas de apoio para realização de tratamentos e exames, salas de espera, instalações sanitárias e receção. O programa do estudo dos CHUC enumera um total de 13 clusters mais 1, tratando-se este último de um espaço de reserva para dotar e apropriar numa futura carência que a evolução do tempo acarrete. Tendo uma visão estratégica do futuro das consultas externas em Coimbra, e em consonância com os restantes estudos realizados dentro do tema e do contexto aquando deste, restringiu-se ao antigo hospital pediátrico os clusters que não estivessem associados a outros edifícios hospitalares a desenvolver, como, por exemplo, é o caso do cluster composto pela especialidade de ginecologia e obstetrícia que será adaptado ao projeto da Maternidade Bissaya Barreto.

32 *cluster* (palavra inglesa que significa "aglomerado"): Aglomerado de coisas semelhantes. "cluster", in Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [em linha], 2008-2020, <https://dicionario.priberam.org/cluster> [consultado em 15-06-2020].

| | Nº de gabinetes c/ 16m2 | Nº de salas de exames, tratamentos, enfermagem c/ 16m2 | Área m ² | Área comum do utente (salas de espera, receção, IS) m ² | Área útil total m ² |
|---|-------------------------|--|---------------------|--|--------------------------------|
| Zona de entrada - admissão | | | | | 150 |
| Cluster 1 - Angiologia e Cirurgia Vascular, Cardiologia, Cirurgia Cardiotorácica, Pneumologia | 10 | 4 | 224 | 120 | 371 |
| Cluster 2 - Endocrinologia, Reumatologia, Imunoalergologia, Nefrologia | 8 | 3 + 1(24m2) | 200 | 120 | 320 |
| Cluster 3 - Medicina Interna, Infeciosas, Hematologia, Imunoematologia | 16 | 7 | 368 | 120 | 488 |
| Cluster 4 - Cirurgia Geral | 6 | 7 | 208 | 120 | 328 |
| Cluster 5 - Urologia, Gastroenterologia, Anestesiologia | 6 | 3 | 144 | 120 | 264 |
| Cluster 6 - Oftalmologia, ORL | 12 | 5 | 272 | 120 | 392 |
| Cluster 7 - Cirurgia Maxilofacial, Estomatologia, Cirurgia Plástica, Dermatologia | 4 | 3 | 112 | 120 | 232 |
| Cluster 8 - Oncologia | 4 | 2 | 96 | 120 | 216 |
| Reserva | 6 | 2 | 128 | 120 | 248 |
| Área Logística | | | | | 172 |
| Área de Pessoal | | | | | 350 |
| ÁREA ÚTIL TOTAL | | | | | 3299 |

Fig. 40 - Diagrama de áreas do programa das consultas externas

Tem-se, portanto, o programa funcional das consultas desenvolvido e aplicado neste projeto, que é composto pelos seguintes clusters e respectivas especialidades:

- Cluster 1 - Angiologia e Cirurgia Vascular, Cardiologia, Cirurgia Cardiorácica, Pneumologia;
- Cluster 2 - Endocrinologia, Reumatologia, Imunoalergologia, Nefrologia;
- Cluster 3 - Medicina Interna, Infeciosas, Hematologia, Imunohematologia;
- Cluster 4 - Cirurgia Geral;
- Cluster 5 - Urologia, Gastroenterologia, Anestesiologia;
- Cluster 6 - Oftalmologia, ORL;
- Cluster 7 - Cirurgia Maxilofacial, Estomatologia, Cirurgia Plástica, Dermatologia;
- Cluster 8 - Oncologia;
- Cluster 9 - Reserva.

A cada um destes clusters, que tem um número variável de gabinetes (Fig. 40), pertence uma receção (com funções de programação e organização de agendas, programação de exames, etc.) com 12m², uma sala de espera para vinte pessoas com 30m², uma sala de espera para quarenta pessoas com 60m² e instalações sanitárias adaptadas a pessoas com mobilidade reduzida com 14m². Os gabinetes de consultas deverão ter condições de adaptabilidade para o uso polivalente das várias especialidades associadas, exceto nos casos específicos que revelem necessidade de espaços próprios evidenciados no programa funcional. Cada gabinete deverá ainda ser composto por uma zona de consulta/entrevista (tradicionalmente definida com mobiliário, como uma mesa) e uma zona de exames diferenciada da primeira (zona composta por uma maca para observação dos pacientes), que deverão estar visualmente separadas por elementos como biombos ou cortinas móveis.

Na distribuição geral do edifício, desempenha um papel fundamental o átrio de chegada, composto por um balcão geral de atendimento, onde é feita a admissão, são dadas informações e se encaminham os utentes, numa área total de *foyer* de 150m². Ao longo dos pisos das consultas vão sendo distribuídas arrecadações e móveis que respondem às carências logísticas, assim como salas, gabinetes de trabalho e instalações sanitárias para os profissionais de saúde. Na totalidade, os clusters terão uma área de 3061m², à qual acrescem as áreas administrativas, de serviços e apoios.

As consultas externas serão dos espaços hospitalares com mais afluência, e, portanto, o seu acesso deverá ser fácil e perceptível do exterior do edifício. Quanto à distribuição total do edifício, ao programa específico das consultas externas aliou-se e estabeleceram-se complementos com áreas de carácter mais público que poderão funcionar independentemente, como associação de utentes, quiosque, cafetaria, sala de conferências e um pequeno auditório. Acrescem ainda áreas para serviços de imagiologia, estacionamento coberto e administração hospitalar.

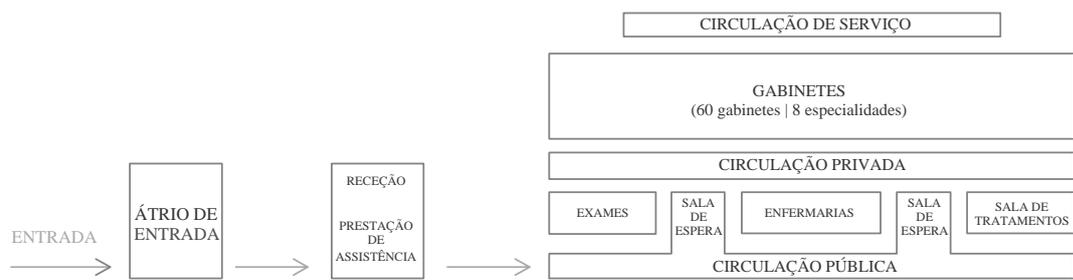


Fig. 41 - Esquema de distribuição do programa

A administração concentrará o seu programa no corpo do antigo pavilhão das crianças. A administração hospitalar envolve um conjunto de pessoas que se relacionam com o corpo clínico e com os utentes, e é uma ocupação completamente indispensável para um bom funcionamento do conjunto hospitalar. “Uma deficiente organização do sector administrativo pode destruir os esforços técnicos de uma equipa consciente da sua missão clínica.” (Sanchez, 1968, p. 76). Assim, este programa localiza-se independentemente num corpo anexo aos destinados às consultas em ambulatório porém, simultaneamente, tem a relação direta e de proximidade que se espera neste serviço.

Em suma, num serviço com uma prestação tão significativa na oferta de cuidados hospitalares como são as consultas externas, revela-se importante e crucial uma consolidada programação funcional para uma respetiva distribuição espacial também funcional. Acresce a este sentido de responsabilidade para com a conceção do edifício, o peso dos dados estatísticos, onde se tem vindo a registar um aumento do número de consultas externas ao longo dos anos. De notar que o ano de 2010 registava um número de consultas de 527828 (Regateiro, 2012, p. 130) e que em 2018 passou para 899254 consultas³³.

33 Dados estatísticos consultados na página oficial dos CHUC, onde o registo mais recente dos dados da “Atividade Assistencial” é de 2018.

3. O Projeto

3.1. Casos de estudo

Tendo em conta a propriedade apresentada do Antigo Hospital Pediátrico, e com o objetivo de a reabilitar para acolher um programa também ligado à saúde, embora um serviço diferente, importa estudar casos que tratem a problemática da reabilitação, da saúde e da organização espacial, tanto interna como externa.

Com o objetivo de estabelecer toda a zona exterior como um espaço público e pedonal com qualidade urbana, com acessibilidades e conexões entre diferentes cotas, o estudo do desenho de espaços hospitalares com a mesma premissa revela-se essencial no desenrolar da proposta. O caso de estudo escolhido e que melhor ilustra a preocupação exterior analogamente com o projeto do hospital de consultas externas, é o projeto de ampliação e remodelação do Hospital de Sant Joan de Déu de Manresa, em Barcelona.

Estabelecido o espaço urbano, importa relacionar as diferentes cotas de acessos com a distribuição interior, estudando formas de adaptar o programa das consultas externas ao edifício existente do Antigo Hospital Pediátrico, em conformidade com a sua aplicação na ampliação, no novo edifício proposto.

O estudo da distribuição programática em edifícios hospitalares é importante para perceber o melhor método a adotar, tendo em conta a implantação formal do edifício e tendo sido definida previamente a distinção entre espaços do utente e espaços de prestação de cuidados de saúde, como gabinetes de consultas e salas de exames e tratamentos. Assim, o estudo do caso do Centro de Saúde de Vila do Conde transparece conclusões organizativas a concretizar no novo hospital de consultas externas, como as circulações internas e demarcação entre espaços destinados a ocupações distintas.



Fig. 42 - Proposta de reabilitação do Hospital de Sant Joan de Déu



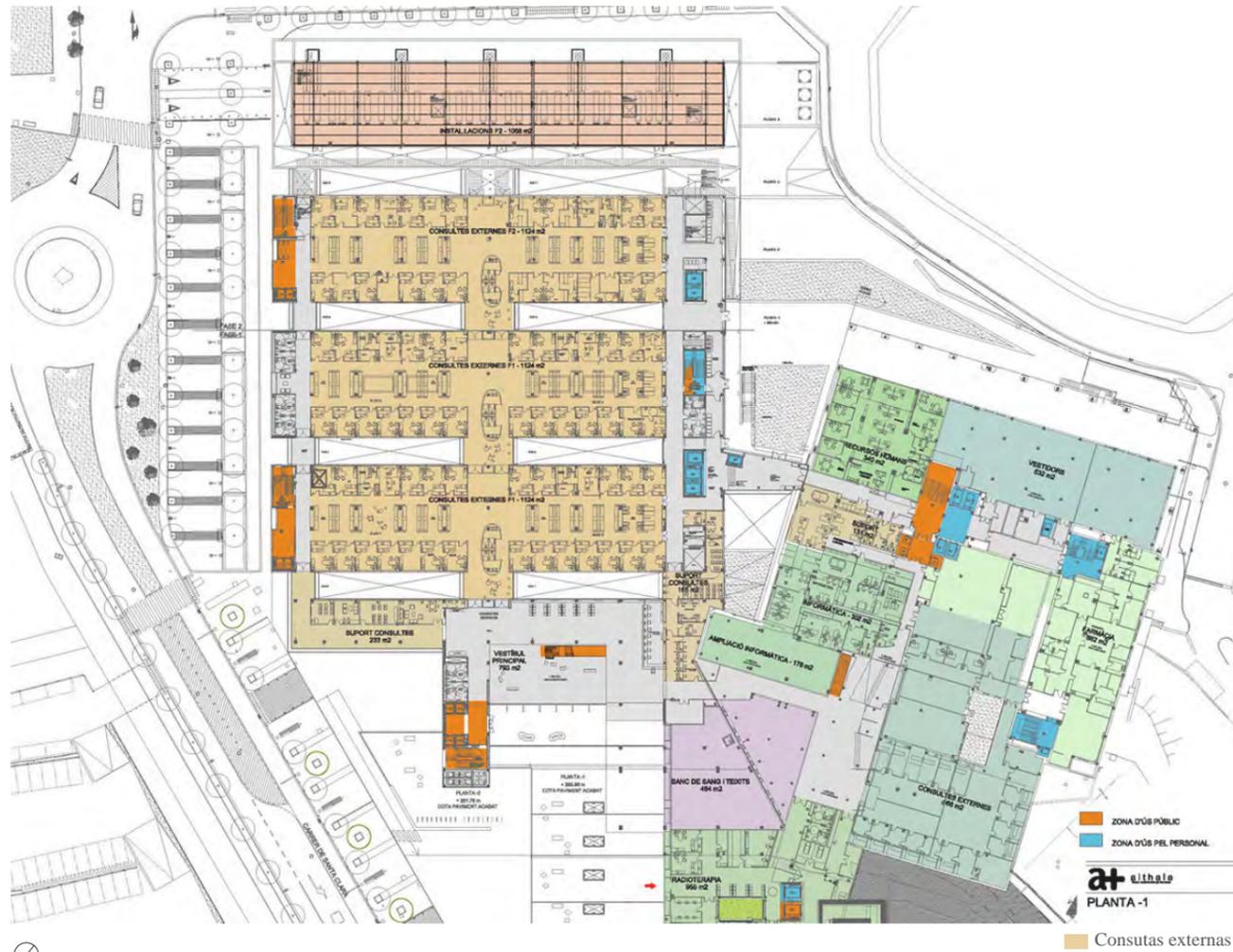


Fig. 43 - Planta do piso -1 da reabilitação e ampliação do Hospital de Sant Juan de Déu



Fig. 44 - Vista aérea do Hospital de Sant Juan de Déu



Fig. 45 - Vista da rua Sant Juan de Déu

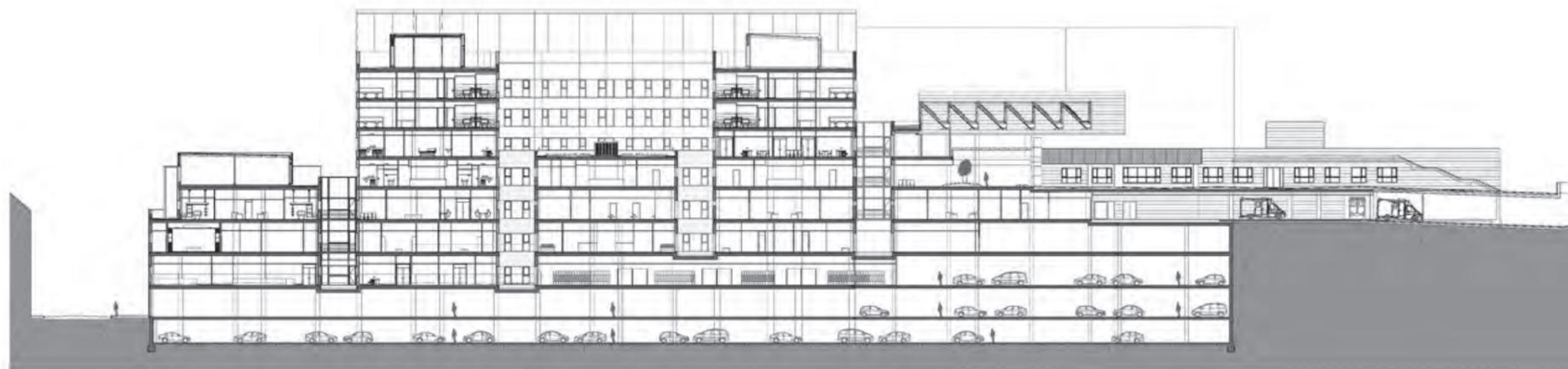


Fig. 46 - Corte da ampliação do Hospital Sant Juan de Déu

3.1.1. Ampliação e remodelação d o Hospital Sant Joan de Déu

Por se tratar de um projeto de ampliação e remodelação, o Hospital de Sant Joan de Déu de Manresa, na província de Barcelona, não só é um exemplo de intervenção no programa hospitalar, como, principalmente, é um modelo de organização e desenho urbano.

Esta obra do atelier espanhol PSP Arquitetura, reconhecido por vários trabalhos na área da saúde como hospitais e centros de saúde, conta com a colaboração dos arquitetos Jaume Espinal Farré e Juan Ribera Mestres. Com um total de 79034 m² de área de projeto, esta obra é construída por duas fases, de 2008 até 2015, sendo, portanto, recente, o que faz com que as fotografias publicadas da construção até à data correspondam ao final da 1^a fase de 2010. Este projeto pretende centralizar num só hospital a assistência pública prestada nos três hospitais implantados na Catalunha central: o centro hospitalar de Manresa, a Clínica Sant Josep e Sant Joan de Déu.

Como caso de estudo, interessa realçar a importância da análise do seu desenho urbano, de onde provêm analogias e paralelismos com o projeto a desenvolver, assentes particularmente na forma como se resolvem os desníveis presentes no terreno, com mais de 20 metros de diferença de cota entre os seus extremos, e na abordagem que se faz ao quarteirão do hospital, de caráter público e percorível, sem barreiras físicas que impeçam as pessoas de percorrer e frequentar os espaços. Estas disparidades de cotas são resolvidas com plataformas a diferentes alturas, com espaços exteriores ajardinados ou pavimentados, de nível ou rampeados, que ligam pontos e comunicações dos e aos edifícios acrescentados ou reabilitados. Na generalidade, a articulação urbana existente neste projeto de ampliação e reabilitação vai de encontro ao pretendido no projeto do hospital de consultas externas, onde a acessibilidade, quer ao interior quer aos espaços exteriores, é preponderante no desenho urbano. Também o acesso ao edifício pelos transportes público e/ou privado é intuitivo e prático, tendo a rua confinante Sant Joan de Déu um papel fundamental neste acesso. Desta rua, paralelamente, nascem os espaços de circulação pedonal acompanhados por árvores, espaços de estar com mobiliário urbano e espaços ajardinados.

A elevação exterior da cota da rua e ligação ao novo piso térreo, o piso 0, de entrada geral do edifício com um *foyer* que distribui para os restantes pisos e serviços, é percecionada da rua Sant Joan de Déu de sentido descendente de nascente para poente, sendo concebido um acesso de nível a partir do início desta rua. Esta plataforma intermédia que dá entrada no piso 0 relaciona-se com outra a uma cota superior arrolada com o nível de entrada no edifício existente e ainda com uma outra a um nível inferior que acompanha a rua.

Neste tópico da conexão entre diferentes níveis acentuam-se dualidades entre plataformas e acessos, jardins ou pavimentos, encaminhamento das pessoas para as entradas do edifício ou, antagonicamente, permiti-las deambular e percorrer os espaços exteriores. São reflexões deveras importantes para o desenvolver do desenho urbano da proposta apresentada, a par da ideia de abertura da propriedade do hospital à cidade.



Fig. 47 - Vista da ampliação do Hospital Sant Joan de Déu



Fig. 48 - Vista da entrada no novo piso térreo - piso 0

Quanto às relações urbanas entre o edificado acrescentado e o requalificado, a nova construção tem uma direção diferente do existente, que vai buscar alinhamentos ao quarteirão envolvente, relacionando assim o espaço confinante com o exterior do hospital. O novo proposto gira 90° em relação ao “pente” de três barras existente, mantendo esta lógica formal de “pente” e adequando-se à topografia, o que se revela a melhor abordagem tendo em conta o crescimento morfológico do local, conectando, portanto, o hospital à cidade. Paralelamente, esta relação com a envolvente e sucessiva abertura à cidade, qualificando o existente, é o que se pretende fazer no projeto do hospital de consultas externas, onde se concretizarão estes preceitos.

Quanto ao programa funcional, o projeto de ampliação e requalificação reforça a atividade ambulatorial em continuidade com uma grande aposta na tecnologia, aplicada nos meios de diagnóstico ou bloco operatório, tornando-o num hospital de ponta. O piso -1 da ampliação é totalmente dedicado às consultas externas, com um total de 70 consultórios organizados em redor de espaços centrais utilizados pelo público utente, como salas de espera, receções, circulações e apoios às consultas.



Fig. 49 - Vista aérea da implantação do Centro de Saúde



Fig. 50 - Vista da fachada norte

3.1.2. Caso De Estudo – Centro de Saúde de Vila do Conde

A disposição e organização dos pisos das consultas, pisos 0, 1 e 2, surge da análise do estudo do caso do centro de saúde de Vila do Conde, do professor e arquiteto Paulo Providência.

Os centros de saúde são edifícios de proximidade, de unidade familiar. Historicamente, ganham notoriedade no pós 25 de Abril, quando se estabelece o Serviço Nacional de Saúde, onde o Estado incentiva a procura dos centros de saúde como alternativa aos hospitais e como meio na linha da frente na prestação de cuidados de saúde, privilegiando os cuidados preventivos e a saúde familiar.

Deste modo, os cuidados prestados nos centros de saúde aproximam-se ao serviço das consultas externas pelo facto de ambos os programas partilharem grande parte das necessidades espaciais, como gabinetes onde é concedido o acompanhamento de utentes em consultas, embora nos centros de saúde seja feito de forma mais abrangente, isto é, não existe divisão por especialidades, e em menor escala do que no serviço de consultas externas.

A referência a este centro de saúde surge da pesquisa de espaços hospitalares de escala e programa aproximados ao proposto, com um desenho ortogonal de planta regrada, limpa e intuitiva. Posto isto, no centro de saúde de Vila do Conde é estudada a forma como se organiza e distribui o programa num edifício de secção retangular, e onde predominam os espaços públicos ocupados pelos utentes e os gabinetes médicos para a prestação de consultas. Tendo em mente a conservação da marcação longitudinal das circulações já existentes no edifício do Antigo Hospital Pediátrico, a seleção deste caso de estudo surge naturalmente, com a perceção de que a sua organização interior segue uma lógica de separação dos espaços através da circulação longitudinal central. Nos pisos superiores de consultas é evidente esta demarcação de funções pelo corredor central, que divide o espaço de gabinetes de consultas que se relacionam com uma fachada, das zonas de espera, atendimento e serviços do utente que se associam à fachada oposta.

A forma como os acessos verticais interligam os 3 pavimentos e se relacionam com os espaços destinados ao utente é também um tema a examinar e adaptar ao Hospital de Consultas Externas, que pretende seguir esta lógica de relação entre espaços e acessos e separação entre funções e zonas.

Já a ligação dos diferentes espaços ao corredor central e, dependente disso, ligação entre espaços (de gabinetes de consultas e espaços de estar dos utentes), acontece nas zonas dos acessos verticais em conjugação com os balcões de receção, numa conexão franca e generosa.

Analogamente, no projeto do Hospital de Consultas Externas apresentado, essa relação entre espaços e ligação ao corredor central é mais pontual e controlada, até porque no edifício pré-existente mantêm-se as paredes e composição estabelecida, o que necessariamente limita os pontos de ligação, o que depois contamina o edifício novo, onde estas ligações são feitas a partir das salas de espera.



Fig. 51 - Fachada sul

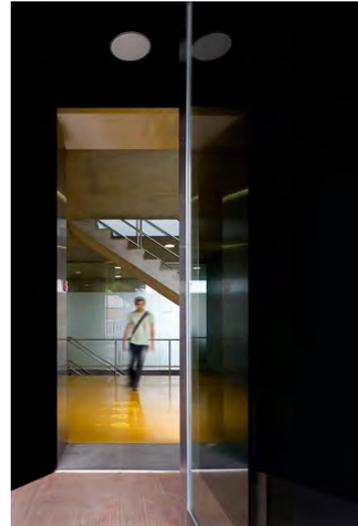


Fig. 52 - Entrada - piso 0



Fig. 53 - Vista piso 0



Fig. 54 - Fachada norte

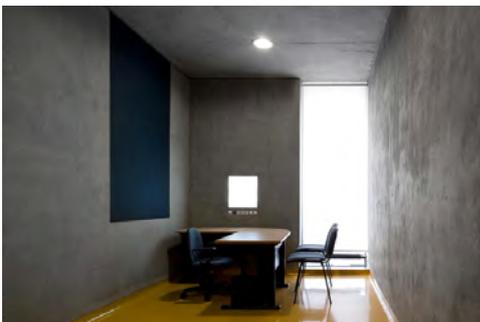


Fig. 55 - Gabinete

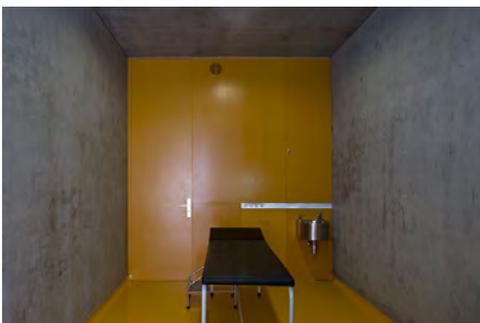
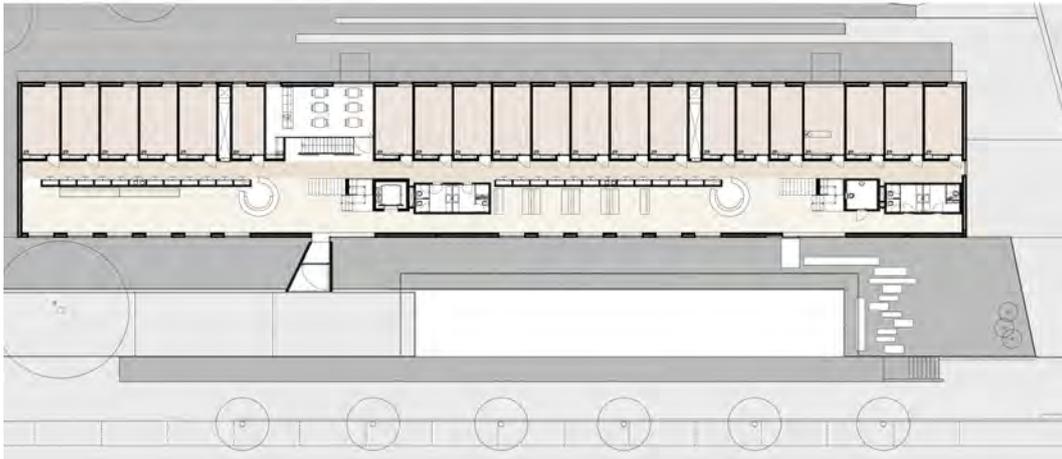


Fig. 56 - Gabinete



Fig. 57 - Corredor central



LEGENDA:

- Espaço do utente
- Circulação central de acesso aos gabinetes
- Gabinetes de consulta

Fig. 58- Planta do piso 0 do centro de saúde de Vila do Conde

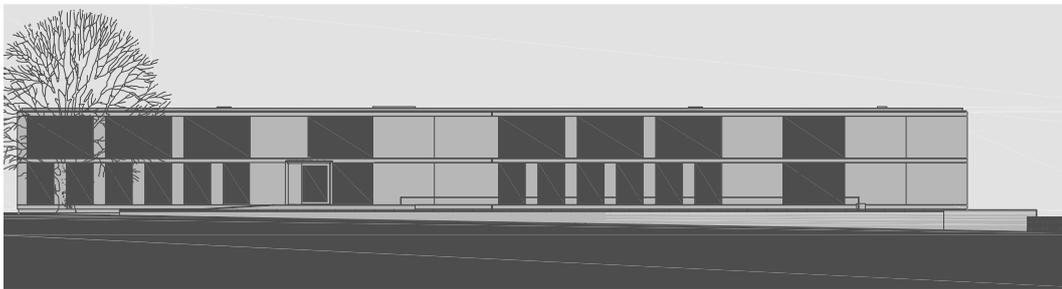


Fig. 59 - Alçado norte do centro de saúde de Vila do Conde



Fig. 60 - Alçado sul do centro de saúde de Vila do Conde



Fig. 61 - Vista para sul da Alameda Armando Gonçalves



Fig. 62 - Vista para norte da Alameda Armando Gonçalves



Fig. 63 - Vista para norte da Avenida Bissaya Barreto



Fig. 64- Alçado nascente

3.2. O edifício que pertence à cidade

Como ponto de partida na generalidade do projeto, o estudo da área de implantação do edifício e consequente interpretação e apropriação são tomadas como os passos orientadores a seguir, tendo sempre em vista as análises e condições já anteriormente estabelecidas.

A proposta inclui a reabilitação do edifício existente, antigo Sanatório de Celas e o anexo pavilhão das crianças, complementado com a construção de um novo volume independente que amplia a área existente de forma a responder ao programa. Este novo volume será a charneira do desenho urbano relacionado com a alameda Armando Gonçalves, de onde provêm grande parte dos acessos feitos ao interior do hospital. Esta alameda é reforçada com um desenho contínuo de árvores ao longo do passeio pedonal, que delimita espacialmente a propriedade do hospital, mas não lhe cria barreiras físicas. A marcação de árvores como limite do cone visual da propriedade tem como ponto de partida a Cruz de Celas, que se prolonga até ao Mosteiro de Celas e ao longo da Avenida, criando uma abertura, uma entrada, para a zona sul do hospital de consultas externas. Deste ponto de chegada a sul é perceptível a relação entre o volume existente e a ampliação, e a sua respetiva correspondência entre alçados. Observa-se que o alçado novo do volume ampliado vai buscar diretrizes compositivas ao alçado da galeria sul existente.

Esta grande área a sul do edifício é tratada com espaços de receção e distribuição e com espaços ajardinados, com possibilidade de permanência e com ligações às várias cotas de entradas no edifício, enquanto que a zona norte é tratada como uma praça superior, na relação com a alameda Armando Gonçalves, e como um denso espaço verde na topografia ascendente.

Com um total de, aproximadamente, 24150m² de área de propriedade do antigo Hospital Pediátrico, o projeto concilia o novo desenho urbano com as relações próximas já existentes, bem como com as edificações e limites outrora definidos. O desenho desta zona resulta de uma ramificação estrutural que se rege pela divisão de vias, com ponto de partida na Cruz de Celas, divisão esta composta pela Alameda Armando Gonçalves e pela Avenida Bissaya Barreto, que delimitam assim a área a intervir, respetivamente, a poente e a nascente. À privação de união transversal destas vias junta-se o anseio de melhorar o seu prolongamento a norte, que faz a ligação com o CHUC e com a freguesia de Santo António dos Olivais a Nascente, qualificando os acessos rodoviários e pedonais.

O projeto trata o enquadramento do edificado a intervir e construir com uma plataforma que relaciona e permite aceder a estas construções, resolvendo as diferenças de cotas existente entre as vias estruturais referidas, assim como o sentido ascendente de Norte para Sul, permeabilizando acessos e percursos pavimentados intercalados com zonas verdes e espaços de transição, mas também que marca todo o espaço como lugar público acessível e percorível.

Atualmente, o local apresenta algumas patologias que, desde logo, se evidenciaram aquando da desocupação do edifício em 2011 como Hospital Pediátrico. O abandono e despreocupação que este espaço tem vindo a receber pelas entidades proprietárias, ora pela Câmara Municipal de Coimbra, ora pelos CHUC, reflete-se nos espaços exteriores mal caracterizados, seja nos jardins atualmente selvagens seja nas significativas áreas ocupadas com estacionamento automóvel. Os restritos acessos ao interior do quarteirão, seja pela

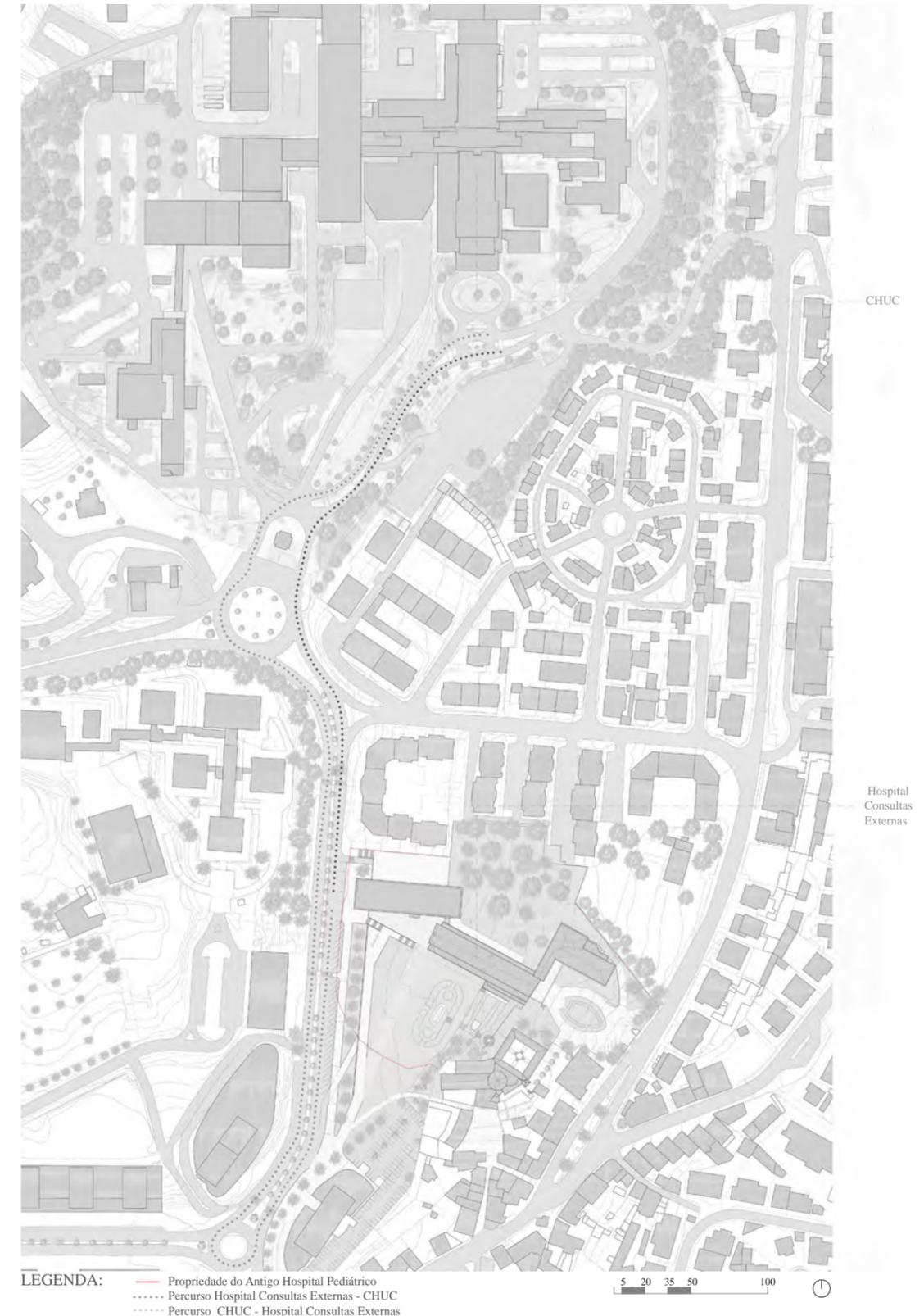


Fig. 65- Planta geral de intervenção

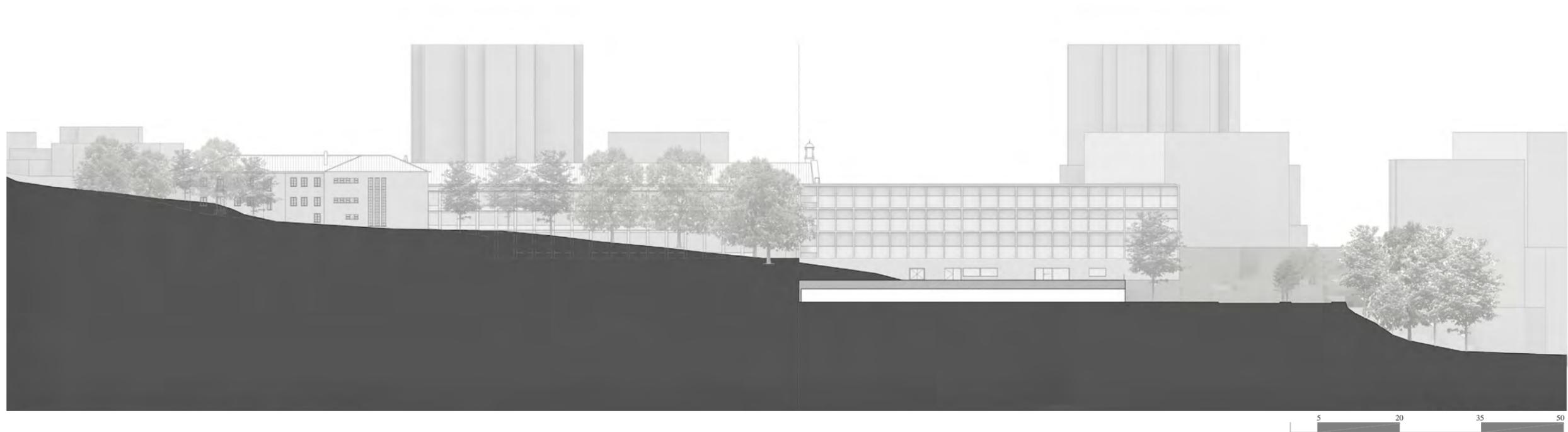
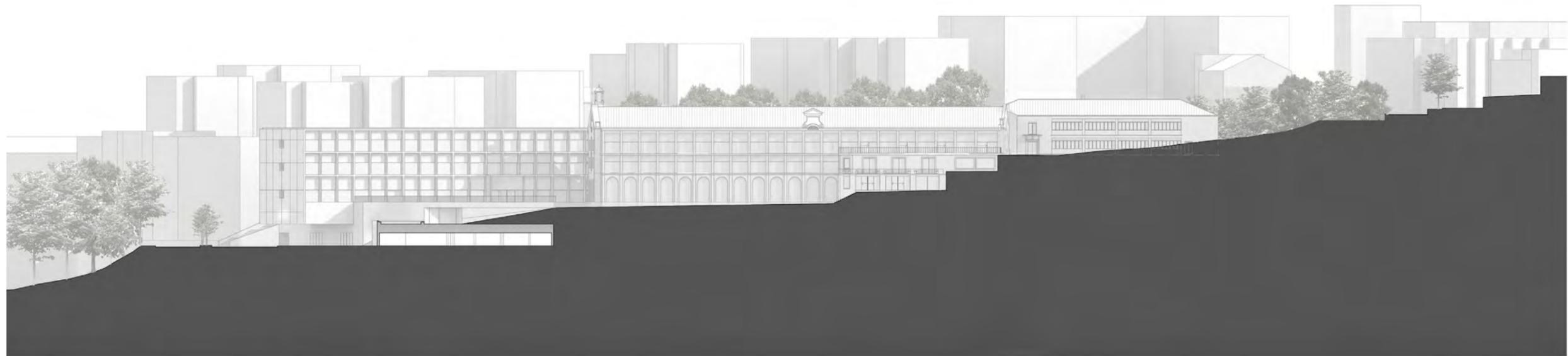


Fig. 66- Perfis longitudinais com alçados sul e norte do projeto

portaria que se localiza a sul e que se relaciona com a Alameda Armando Gonçalves (à qual se chega por uma via descaracterizada de passeios pedonais e onde impera o automóvel) seja à cota superior do quarteirão pela Avenida Bissaya Barreto, tornam todo o complexo muito encerrado em si mesmo, como se de uma cerca imposta na cidade entre estas avenida e alameda se tratasse, isolando-se o edifício da envolvente, da cidade e até do vizinho Mosteiro de Celas que lhe dá origem.

Exposto isto, o projeto pretende contrariar e resolver o isolamento e barreiras que a propriedade do edifício atualmente apresenta, convertendo o quarteirão num espaço acessível e permeável para todos os cidadãos, e não somente para quem do seu programa se servirá, como um espaço de passagem e ligação entre pontos ou como espaço de permanência, com o objetivo de se abrir e relacionar com a cidade. Com a conceção de vários pontos e percursos de acessos, percursos novos ou existentes que se integram no projeto, pretende-se tornar todo o espaço fluído e dinâmico, havendo ligação desde a cota 107 da Alameda Armando Gonçalves, à cota intermédia 111 de acesso ao piso de carácter mais público e de serviços (como cafetaria, quiosque e auditório) e a cota de entrada principal dos edifícios de consultas externas, à cota 115, assim como à da entrada superior do edifício existente pela Avenida Bissaya Barreto à cota 131.

Esta relação, com o intuito de resolver o desnível topográfico existente, é um dos temas centrais sobre o qual se desenvolve o desenho urbano, intercalando os jardins de Bissaya Barreto na intervenção e tirando partido dos pormenores e mobiliário urbano existente da época sanatorial, como espelhos de água e bancos, que se integram numa zona ora pavimentada ora ajardinada, como é visível no projeto.

O desenho paisagístico revela-se muito importante na concretização projetual. Dos arranjos ajardinados existentes, serão mantidos os jardins que ligam a entrada superior pela Av. B. Barreto à cota de entrada do piso térreo do edifício do ex-sanatório, sendo nestes realizadas operações de limpeza e reabilitação. A par desta zona ajardinada, será mantido o desenho elíptico do jardim que confronta a entrada do edifício existente, à cota do piso térreo, sendo igualmente reabilitado e ao mesmo tempo consolidado com a nova zona ajardinada que o delimita e que o liga ao conjunto de jardins referido anteriormente.

Em substituição das grandes árvores existentes no limite poente do edifício do Antigo Pediátrico, surge a nova plataforma que dá acesso ao piso 0 e piso -1, ligados por uma zona ajardinada que tanto se prolonga até ao referido jardim elíptico reabilitado (e posteriormente aos jardins de Bissaya Barreto) como se prolonga para sul na relação com o início da Alameda Armando Gonçalves. Será então este novo pavimento ajardinado o elemento de união das novas plataformas e dos jardins existentes reabilitados.

Em sentido ortogonal, a ligação ao CHUC e relação norte-sul é simultaneamente relevante e tida em consideração, e é marcada pela Alameda Armando Gonçalves, que paralelamente, se faz acompanhar de um passeio pedonal generoso que permite a fácil e rápida ligação aos CHUC. Esta ligação é feita num percurso pedonal que dista desde a entrada do novo edifício proposto à cota desta Alameda até à entrada dos CHUC aproximadamente 450 metros num total de tempo decorrido de 5 minutos. Por sua vez, esta mesma ligação feita de automóvel dista igualmente 450 metros percorridos em 1 minuto no sentido Novo Hospital



Fig. 67 - Fotomontagem a partir de maquete

de Consultas Externas-CHUC, e 1 quilómetro³⁴ percorrido em 3min no sentido inverso.

A zona Norte do quarteirão faz a transição do edifício hospitalar para os blocos habitacionais consolidados nesta faixa norte e, para isso, o projeto trata este espaço como uma grande área verde com árvores de grande porte, como plátanos com 15 metros de diâmetro de copa, sendo tratado como um parque público e que permite a ligação pedonal nas duas direções privilegiadas, norte-sul e nascente-poente, sendo esta última rematada a poente com uma plataforma à cota 111 que faz a ligação ao piso da cafeteria pública e pode ser usada como esplanada, e que, simultaneamente, cria um limite para a Alameda A. Gonçalves, acessível por degraus que rematam o quarteirão a noroeste.

Os únicos limites físicos da área de implantação que o projeto mantém são os muros que restringem o limite de norte a nascente até à entrada pela Avenida B. Barreto, muros que fazem a transição de lotes e propriedades e que são acompanhados por uma linha de árvores já existentes. Também ao longo deste muro é marcado um percurso pedonal que une o novo espaço verde a norte com a entrada a nascente pela Avenida B. Barreto. Nesta zona a Nascente que se relaciona com a entrada à cota superior no edifício existente e no corpo da administração (antigo pavilhão das crianças), mantém-se o carácter de praça ajardinada que posteriormente se liga aos jardins de B. Barreto existentes já referidos, e é estabelecida uma nova ligação ao longo da fachada nascente do claustro do Mosteiro de Celas à praça que lhe permite aceder ao seu interior, criando assim uma maior relação entre o Mosteiro e o complexo reabilitado. Desta praça mantém-se o percurso para poente que posteriormente se liga à plataforma desenhada e articulada com a Alameda A. Gonçalves.

Os estacionamento que existiam aleatoriamente distribuídos por toda a propriedade do Hospital, passam a ser organizados ao longo da Alameda A. Gonçalves e no piso de estacionamento enterrado com acesso também por esta avenida. Os transportes públicos que servirão este novo Hospital de Consultas Externas, distribuirão os utentes também a partir desta avenida, com paragens autónomas para autocarros, táxis e ainda ambulâncias de transporte de doentes.

Contrariando o que se encontra atualmente, com o objetivo de abrir e fazer pertencer à cidade, o quarteirão do hospital transforma-se de modo a fazer parte integrante desta, tonando-se público e percorrível, criando ligações e espaços de estar, jardins e espaços verdes que simultaneamente produzem acessos ao interior dos edifícios.

34 No sentido CHUC-Novo hospital de Consultas Externas a distância de automóvel é maior dada a necessidade de se inverter o sentido na rotunda que distribui a Alameda A. Gonçalves, a Alameda Calouste Gulbenkian e a Av. Calouste Gulbenkian, devido à localização oposta ao sentido viário do edifício na direção CHUC-Cruz de Celas.

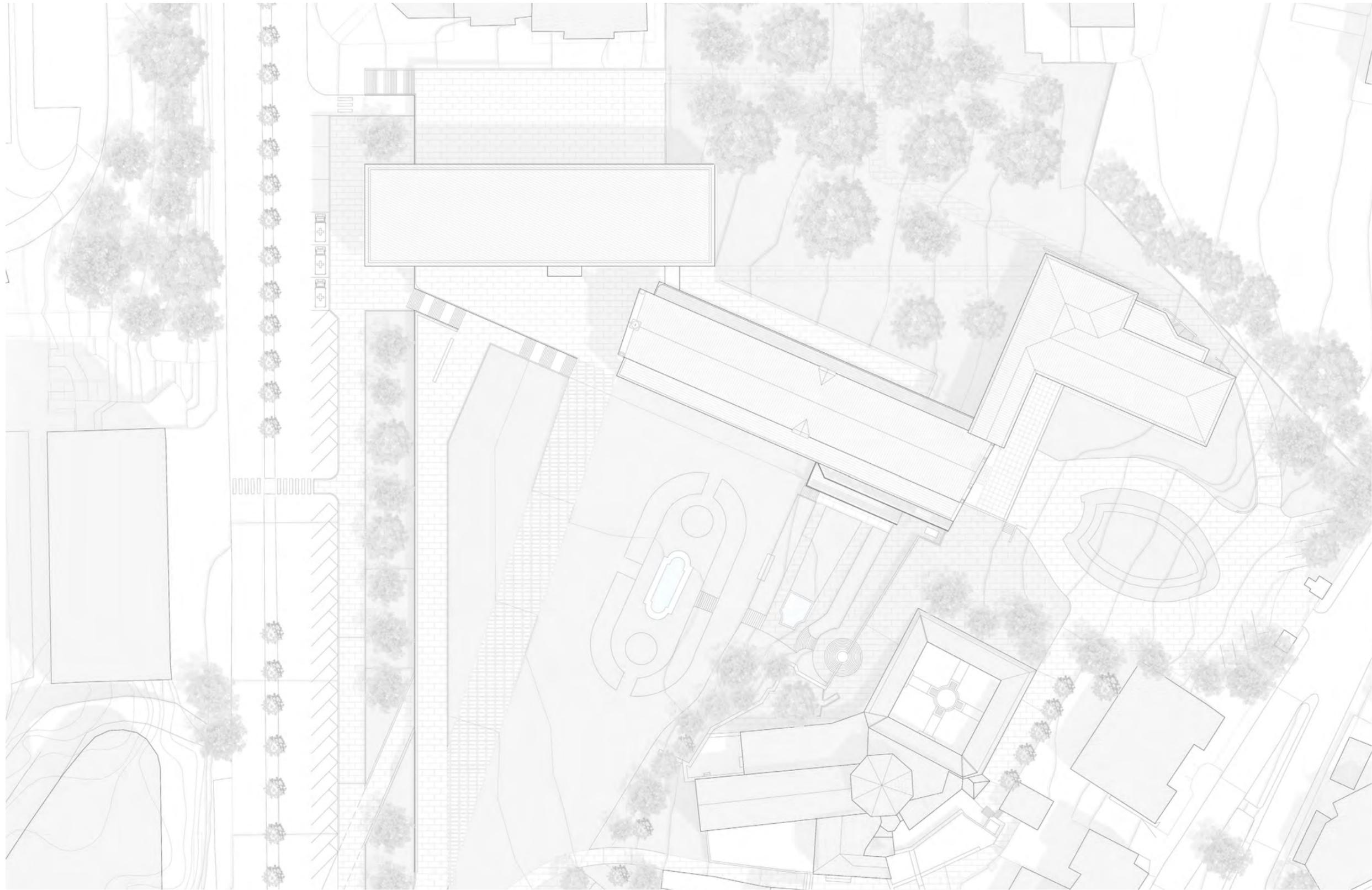


Fig. 68- Planta de implantação



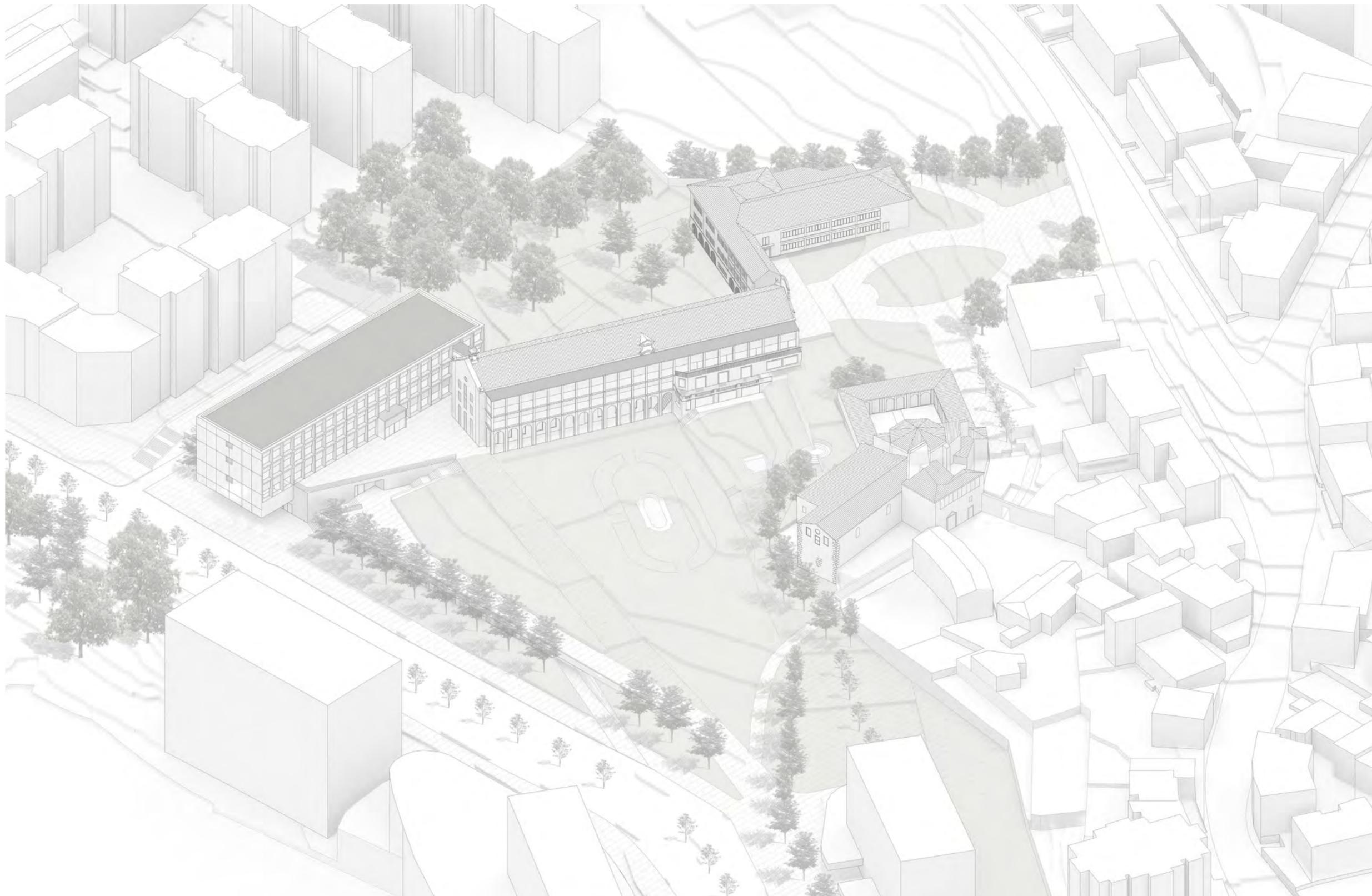


Fig. 69- Axonometria do projeto



Fig. 70- Planta de vermelhos e amarelos | Cobertura

3.3. Reabilitação/Ampliação

Como já exposto e justificado no capítulo 2.1 (“Património/reconstrução”), no projeto são demolidos os corpos que não apresentam relevância nem valor patrimonial ou arquitetónico no conjunto edificado a reabilitar, nomeadamente os volumes a norte, da ocupação como hospital pediátrico e anexos de apoio que se edificaram ao longo dos tempos em consonância com as necessidades. Substancialmente, serão mantidos e reabilitados o volume principal cuja origem remete para o dormitório do Mosteiro e o seu volume anexo do pavilhão das crianças construído na ocupação sanatorial. As demolições realizadas possibilitam a implantação de um novo corpo, que se conjuga com estes reabilitados, em resposta à área necessária ao programa.

Da área bruta total existente de 8403m², correspondendo 5951m² ao corpo do antigo dormitório e 2452m² ao edifício nascente do pavilhão das crianças, serão, após demolições e apropriações, reservados 3370m² de área bruta do antigo dormitório para o programa das consultas externas. De um programa funcional com exigência de uma área útil de 3350m², correspondente a 6030m² de área bruta³⁵, comprova-se que a área replicada pelo edifício existente é diminuta relativamente à necessária. Constrói-se, portanto, um novo edifício, ao qual se emprega uma área bruta de 3504m², repartida por três pisos para as consultas externas, acrescida por 1756m² no piso -1 com programa adicional e 3970m² no piso -2 correspondente ao estacionamento.

Aliado ao desenho urbano e conexões já instituídas no local, o novo corpo assume uma orientação independente aos volumes pré-existentes mantidos e tem como condição a perpendicularidade à Alameda Armando Gonçalves com limite poente no alinhamento que vem do edificado com implantação em “u” que se encontra a norte deste. Assim, o volume novo posiciona-se na interseção deste referido alinhamento com o prolongamento da direção da galeria sul do edifício reabilitado. A área confinada por estas direções e pelo novo edifício cria uma praça ao nível 115, que contém a entrada principal neste edifício no piso 0, onde se encontra a receção geral de atendimento e admissão de utentes. O comprimento total do edifício proposto vem da lógica estrutural e métrica estabelecida com base no edifício existente, métrica de 9,9m com submúltiplos de 3,3 (aproximação à métrica dos vãos da galeria do edifício existente), fazendo um total de 69,6 metros de comprimento por 20,3 metros de largura. A largura do edifício nasce do estudo da repetição métrica e estrutural que beneficiaria todos os pisos, com foco no piso de estacionamento, chegando-se a conclusão do benefício de se aplicar uma metrificação de 6 metros + 8 metros + 6 metros.

O programa distribuir-se-á pelo edifício reabilitado e pelo novo, sendo o primeiro ocupado com a associação de utentes; serviços de psicologia e os clusters 2, 7, 8 e 9 (Reserva). O corpo do antigo sanatório infantil será ocupado com o programa da administração hospitalar. Ao novo volume ampliado destina-se o piso de estacionamento; farmácia; programa público (cafetaria e quiosque); auditório e sala de conferências; serviços de imagiologia (meios de diagnóstico); a admissão e receção geral dos utentes e os clusters 1, 3, 4, 5 e 6.

³⁵ Do programa funcional fornecido, tem-se o cálculo da área bruta da seguinte fórmula: Área bruta= Área Útil x 1,8. Aplicando á área útil dada, tem-se: 3350m² x 1,8 = 6030m².

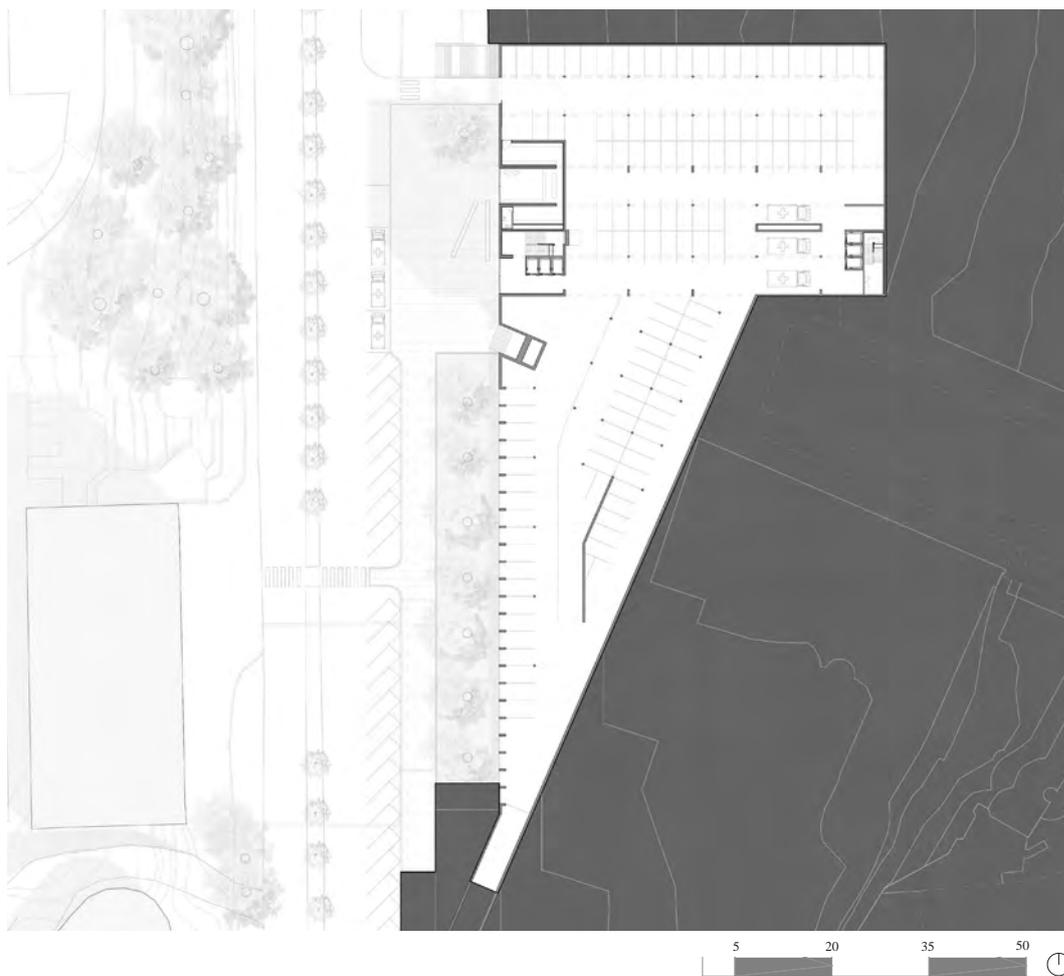


Fig. 71- Planta do piso -2 (estacionamento)

Com a intenção de relacionar o existente com o novo proposto, o piso 0 do edifício novo surge a uma cota correspondente ao piso 0 do edifício existente, à cota 115. Neste pavimento, no corpo novo, concentra-se a admissão, receção e atendimento geral ao público de todo o hospital de ambulatório, com acesso a sul pela plataforma triangular que remete também para os espaços verdes a norte e para o interior do edifício existente. A construção nova terá neste piso o cluster 3 (Medicina Interna, Infeciosas, Hematologia, Imunohematologia) com 1 sala para médicos e profissionais de saúde e instalações sanitárias próprias e ainda 15 gabinetes de consulta orientados a norte (como nos restantes pisos) e uma sala de espera, balcão de receção e instalações sanitárias orientadas a sul. Deste cluster 3 resta ainda estabelecer 7 gabinetes para tratamentos, exames, enfermagem e sala de psicologia, que se organizam no respetivo nível do edifício existente. Este andar térreo do existente complementa o serviço logístico prestado ao utente e foca a ideia de centralidade neste, com um programa adicional de associação do utente, onde são prestados apoios e esclarecimentos adicionais às consultas externas, e ainda serviços de psicologia autónomos, com dois gabinetes de consultas. Estas dependências podem funcionar independentemente do restante programa, com acessos próprios a partir da fachada porticada sul do edifício existente, onde os vãos da galeria são abertos, neste nível, com a função de chegada e abrigo da atividade extra ambulatório.

O piso -2, que se encontra na cota mais baixa, cota 107, tem relação com a Alameda Armando Gonçalves, por onde se fará o acesso aos utentes transportados por ambulâncias, transportes públicos ou particulares. Naturalmente, no espaço de chegada destes utentes, no limite poente deste piso, tem-se um conjunto de acessos verticais compostos por escadas e elevadores, antecedidos por uma zona exterior coberta que resulta da suspensão do edifício na relação com esta rua. Virada e com entrada também por esta rua - e partilhando este espaço exterior coberto- assoma-se uma farmácia, que internamente contém espaços de armazenamento de fármacos com acesso independente e privado pelo interior do restante piso, piso de estacionamento.

Portanto, a restante área de 3710m² do piso -2 é planificada com estacionamentos, num total de 127 lugares que servem o hospital com o mínimo exigido de 72 lugares, imposto pelo PDM, e os restantes de uso partilhado hospitalar e comum de quem necessite frequentar e/ou permanecer temporariamente nesta zona, sendo que 3 destes lugares se reservam a ambulâncias de transporte de utentes (para casos em que o utente não possa percorrer o exterior desde a sua chegada até a partida do serviço de consultas) e ainda 6 lugares adaptados a deficientes. A distribuição dos lugares tem em conta a disposição de pilares e estrutura basal do restante edifício, sendo, por outro lado, esta estrutura previamente pensada e idealizada de forma a beneficiar esta distribuição. A entrada dos automóveis neste piso faz-se independentemente da saída, sendo, respetivamente, feitas a sul e norte do quarteirão, ambas pela Alameda A. Gonçalves.



Fig. 72- Planta do piso -1

Já a 4 metros acima encontra-se o piso -1, com acesso principal a norte sobreposto ao piso de estacionamento numa cota intermédia do jardim proposto, cota 111. Este piso terá um caráter mais público, que tanto apoia o serviço de consultas como a cidade envolvente. Aqui, encontra-se a cafetaria e respetiva cozinha e dependências próprias, com acesso restrito a norte que distribui simultaneamente para uma área técnica, onde serão adaptadas infraestruturas e equipamentos inerentes ao funcionamento do edifício, como os dois *chillers* da central de frio e duas caldeiras de água quente da central de calor, assim com unidades de tratamento de ar. O *foyer* central deste piso, que contém um quiosque e uma zona de estar, reparte-se para o serviço de imagiologia, os acessos verticais, espaço de restauração, instalações sanitárias e auditório e sala de conferências. O auditório com 90 lugares ocupa o limite poente do edifício que se encontra em consola, tem um pé direito duplo e possibilidade de entrada pelo piso 0. Serve a prática do ensino da saúde assim como a fração administrativa, social e inclusiva que se espera de um edifício hospitalar, em paridade com a sala de conferências com 56 lugares.

No que ao serviço de imagiologia diz respeito, concentram-se os diagnósticos já expostos na análise do Caderno da DGIES nº7- Serviço de Imagiologia da ACSS, de onde se retêm os serviços de Radiologia de Urgência, Tomografia Axial Computorizada (TAC) e Ressonância Magnética. No que à organização espacial diz respeito, este serviço tem uma relação de proximidade com os acessos verticais que ligam aos restantes pisos, tanto deste novo como do pré-existente, ao mesmo tempo que se localiza próximo da entrada, neste piso mais público, para, além de auxiliar em tempo real a consulta de um qualquer utente, poder ser utilizado por utentes que façam previamente ou independentemente às suas consultas estes exames de diagnóstico.

No piso intermédio do edifício existente, piso 1, dispõe-se exclusivamente o serviço de consultas externas, sendo o novo corpo ocupado com os clusters 6 (Oftalmologia, Otorrinolaringologia) e 4 (Cirurgia Geral) e o reabilitado com os clusters 7 (Cirurgia Maxilofacial, Estomatologia, Cirurgia Plástica, Dermatologia) e 8 (Oncologia).

O *layout* organizacional das consultas torna-se mais evidente neste piso, que se repetirá no nível seguinte. Tem-se como base a disposição dos gabinetes de consultas a norte separando-se por um corredor central as circulações públicas e apoios, como salas de espera, acessos, secretaria de atendimento e instalações sanitárias a sul, com a marcação de um corredor que acompanha toda a fachada sul que se vai abrindo para estes espaços. O edifício existente segue a mesma lógica de organização, com base no corredor central de uso médico que pontualmente é atravessado pelos utentes para entrarem nos gabinetes de consulta. Aqui, além dos corredores central e sul (que faz uso da galeria) acresce um corredor a norte que corresponde à galeria reabilitada, sendo este um corredor de uso privado do pessoal médico e auxiliares e, simultaneamente, um corredor de serviço que assiste a recolha e armazenamento de lixos até ao exterior do edifício.

Por fim, o 2º pavimento responde aos serviços de consultas nos corpos novo e existente, e é ocupado com o serviço administrativo na apropriação do antigo pavilhão das crianças. Ao novo volume construído ficará encarregue os clusters 1 (Angiologia e Cirurgia Vascular, Cardiologia, Cirurgia Cardiorácica, Pneumologia) e 5 (Urologia, Gastroenterologia, Anestesiologia), enquanto que o existente é ocupado pelo cluster 2 (Endocrinologia, Reumatologia, Imunoalergologia, Nefrologia) e pelo cluster 9 que corresponde aos 5 gabinetes de reserva para futura apropriação. Este nível tem correspondência ao exterior pela fachada nascente do edifício existente, com um acesso central de uso médico e que poderá também ser utilizado por utentes, e um acesso de serviço no remate da galeria norte, mais privado, para uso administrativo e de funcionários, por onde se prevê a saída dos resíduos hospitalares, sendo este ponto o colmatar do circuito de sujos e limpos, que são depois recolhido por veículos próprios ao nível da praça superior ligada à Av. Bissaya Barreto.

O corpo da administração tem, também a esta cota, uma outra entrada na sua fachada sul, e mantendo a composição existente, apresenta mais um e último piso de administração. Estes dois pisos administrativos perfazem uma área de 1662m² e internamente conservam a maioria das divisões existentes, sendo apenas pontualmente demolidas algumas paredes divisórias.

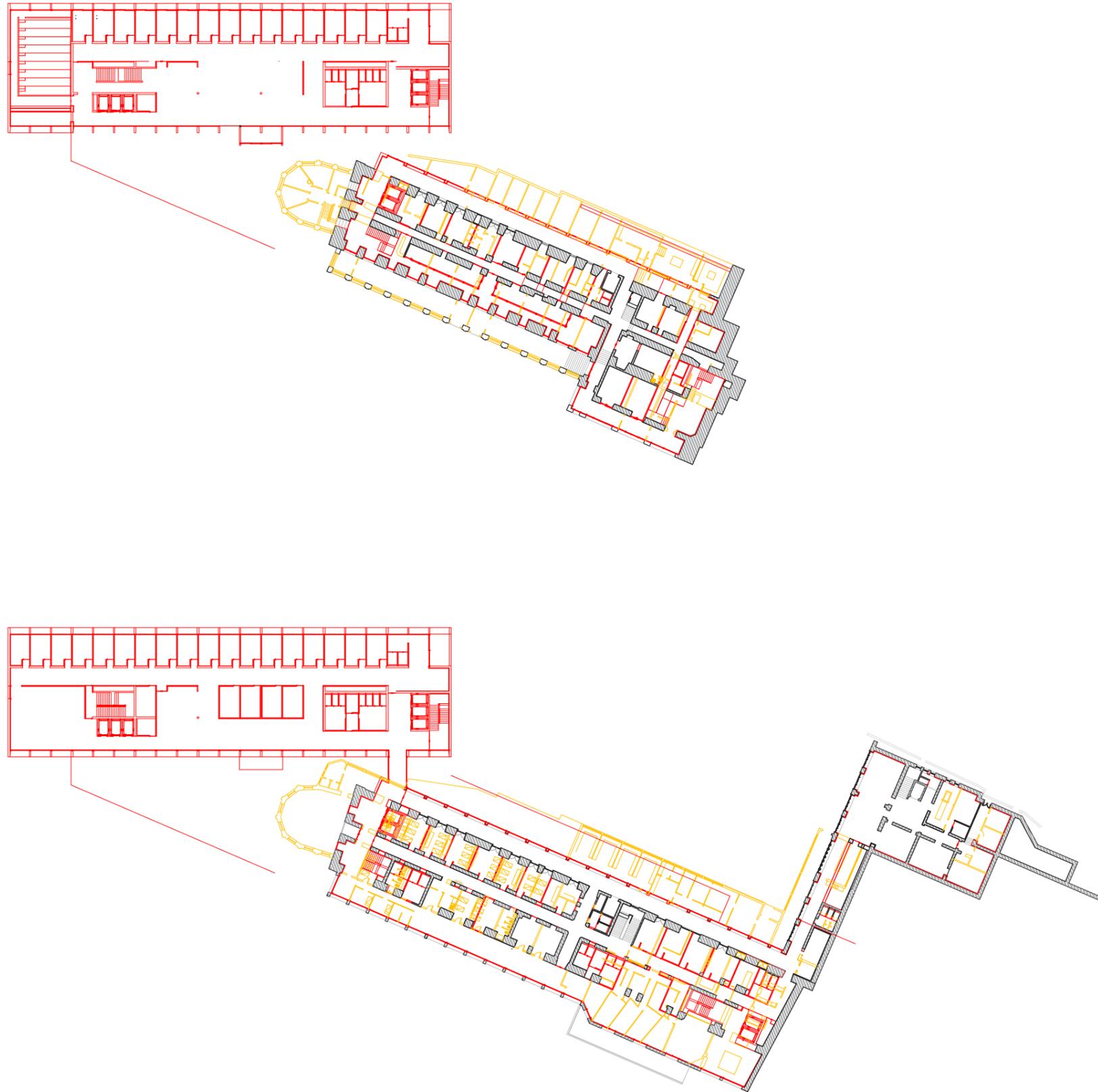


Fig. 73- Plantas de vermelhos e amarelos | De cima para baixo: Pisos 0 e 1. Esc. 1/750

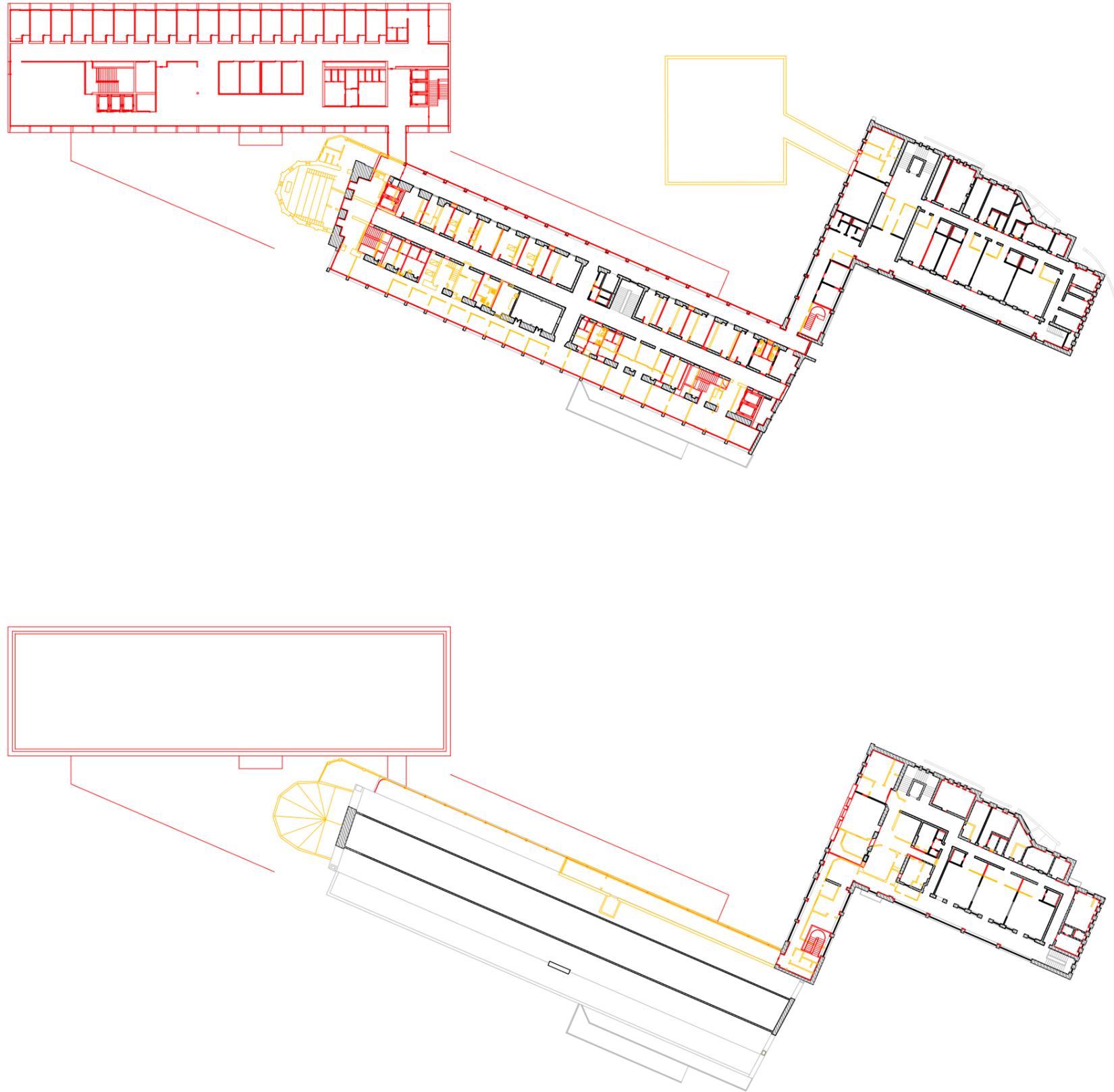


Fig. 74- Plantas de vermelhos e amarelos | De cima para baixo: Pisos 2 e 3. Esc. 1/750



LEGENDA:

- Espaço do utente
- Circulação Privada
- Espaço dos médicos
- Circulação de Serviço

Fig. 75 - Planta do piso 1

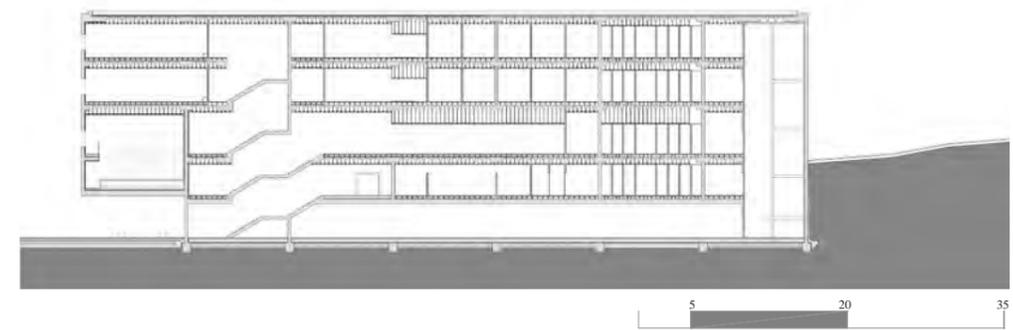


Fig. 76- Corte longitudinal do edifício novo

3.4. O Hospital de Consultas Externas

O desenho do edifício e a sua distribuição espacial têm como núcleo o utente e a percepção do que este experiencia ao frequentar o espaço na procura de cuidados de saúde. Porém, o conforto do pessoal médico e de quem presta os cuidados, deverá ser também fator importante no desenho e orgânica dos espaços, sendo estes últimos os intervenientes que mais tempo da sua vida dedicarão a este edifício.

Não obstante, é sabido que muitos dos utentes que são atendidos nas consultas externas passam largas horas, se não dias completos, nestas instalações hospitalares, uma vez que provêm de transportes coletivos de utentes, como ambulâncias, de várias zonas do país e, numa lógica de poupança de recursos, os utentes que partilham o mesmo transporte e têm consultas a horas distintas ao longo do dia, ficam dependentes uns dos outros no que toca ao transporte de regresso às suas localidades de residência.

Em reposta a estes largos períodos de permanência, deseja-se o melhor e mais favorável atendimento possível, contribuindo assim nos tratamentos pelo simples facto de se tentar diminuir a exposição a situações de desconforto e mal-estar, físico e psicológico. Assim, têm-se espaços amplos e mais iluminados, desencadeados e interligados entre si, onde os utentes permanecem e ocupam a maior parte do tempo, com salas de espera, receção, instalações sanitárias e circuitos de distribuição verticais e horizontais. Orientados a sul, estes espaços recebem luz natural em grande escala, através dos vãos envidraçados que ao mesmo tempo criam uma grande relação visual e física com o exterior, relação que abre horizontes e amplia os espaços interiores, diminuindo a sensação de clausura e confinamento que os utentes possam ter nos longos períodos de espera. Esta conexão pode ser literalmente feita nos pisos onde é possível aceder aos jardins e espaços urbanizados exteriores, no piso 0 dos corpos pré-existente e novo, e nos pisos 1 e 2 do pré existente, para que os utentes possam descontraír e passar o tempo deambulando tanto pelo interior público como o exterior.

A luz recebida a sul, variável ao longo do dia, mais diretamente no bloco novo devido à sua orientação, é filtrada pelo desenho de alçado correspondente, com soluções que pretendem diminuir a incidência direta solar assim como o aumento de temperatura no espaço. Com este fim, cada vão que compõe o alçado sul do edifício novo, marcado pela estrutura vertical das lamínas e subdividida em 3 partes em lâminas não estruturais, é composto por um envidraçado recuado 1 metro do alinhamento exterior destas lâminas e parte do nível do pavimento interior com uma altura de 2,2 metros. Esta altura é completada até à altura do piso com um tramo de parede vertical que remata o vão até ao piso seguinte, rematada por uma pala horizontal com o mesmo comprimento de 1 metros das lamínas verticais, criando assim uma moldura em torno de cada vão. Isto cria uma organização clara do alçado exterior, onde se marca a métrica estrutural influenciada no alçado pré-existente da galeria sul.



Fig. 77- Gabinete de Consulta Médica - Fotomontagem 1

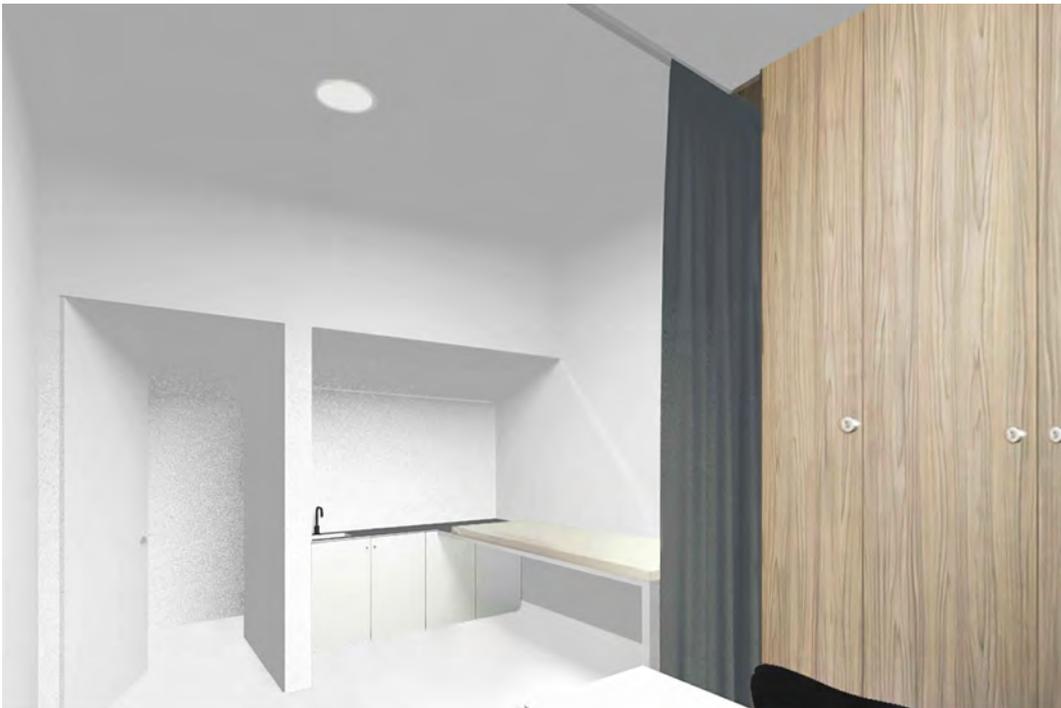


Fig. 78- Gabinete de Consulta Médica - Fotomontagem 2

Já as fachadas norte, destinadas aos gabinetes e salas de médicos, recebem luz natural indireta e constante, o que faz com que a prestação médica nos gabinetes seja auxiliada por uma luz equivalente sem necessidade de grande adaptabilidade ao longo do dia, o que pode responder ao pressuposto de que a iluminação garanta “que se possa trabalhar com eficiência, rapidez e sem erro” e “proporcione um ambiente visual agradável” (Hopkinson; Petherbridge; Longmore, 1980, p.4).

O ambiente pesado e inerente ao ato de frequentar um hospital, que socialmente e historicamente remete para a doença, tem vindo a ser combatido com a implementação da definição do espaço hospitalar como espaços para a cura e para a saúde, antagonicamente à doença.

Para esta percepção do hospital como espaço de saúde é importante amenizar a atmosfera negativa que os utentes possam perceber *a priori*, e com a implementação de elementos espaciais, organizacionais, materiais e construtivos é possível criar ambientes positivos e confortáveis que estimulem o sistema sensorial positivamente. Desde logo a iluminação solar e exposição com o desencadeamento para o exterior, aliados à abertura e desaforro dos espaços dedicados ao público ou controlo e demarcação espacial tendo em conta o programa, percursos e ligações nos espaços privados dedicados aos profissionais.

“A arquitetura é certamente uma arte espacial (...) mas a arquitetura é também uma arte temporal. Não a vivo apenas num segundo. (...) Imagino como nos movimentamos, e aí vejo os polos de tensão com os quais gosto de trabalhar. (...) Por exemplo, um corredor de hospital: condução. Mas também existe a sedução, o deixar andar, o vaguear.”
(Zumthor, 2006, p. 43).

A noção de conforto provém ainda da disposição do mobiliário e da utilização de materiais limpos e simples que confirmam um caráter mais doméstico aos espaços e menos institucional, como paredes brancas e pavimentos cerâmicos ou auto-nivelantes de tom neutro, com apontamentos de mobiliário fixo revestido a pedra, como nos balcões de atendimento, ou móvel como bancos e mesas de madeira. Importa ainda a referência à escala e dimensões espaciais na conceção do conforto, partindo das relações e princípios já estabelecidos no pré-existente, sejam os pés direitos ou divisões espaciais com base na modulação estrutural.

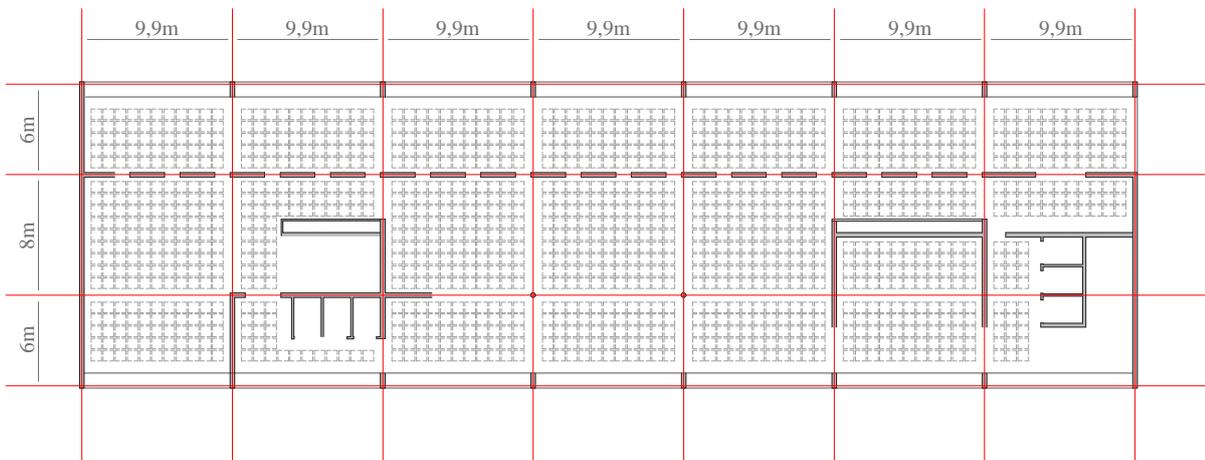


Fig. 79- Planta tipo do edifício novo - métrica estrutural. Esc. 1/500

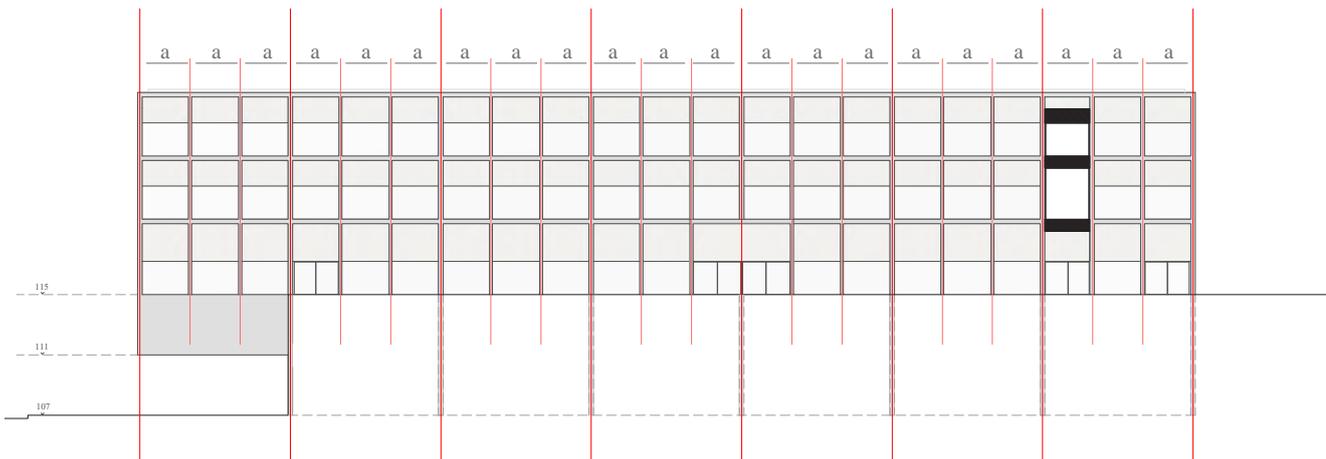


Fig. 80- Alçado sul do edifício novo - métrica estrutural. Esc. 1/500
(a. 3,3m)

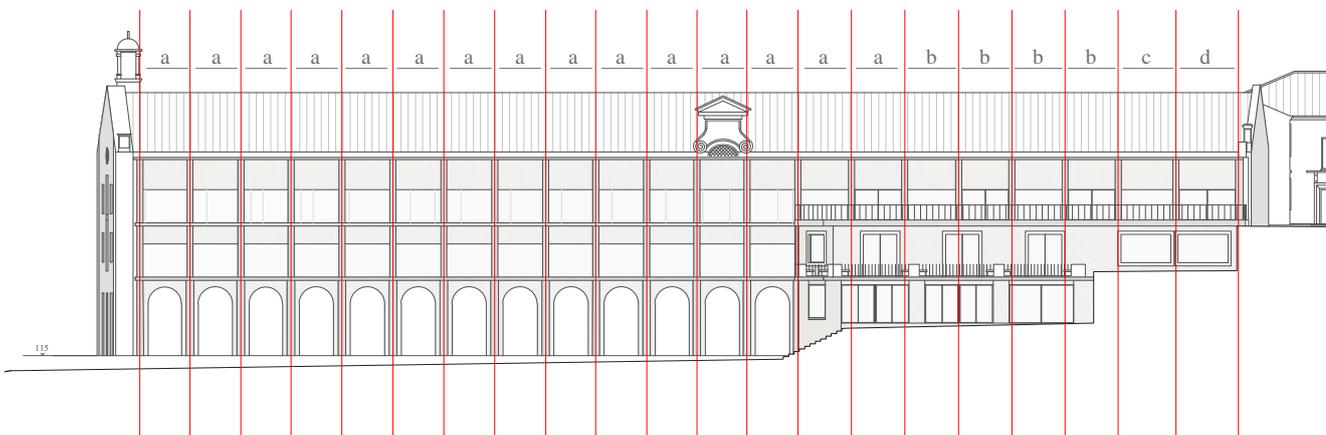


Fig. 81- Alçado sul do edifício rehabilitado - métrica estrutural. Esc. 1/500
(a. 3,3m | b. 3,5m | c. 3,8m | d. 4,1m)

3.5. Materialização/Construção

Numa primeira instância, antecedido da idealização construtiva e concretização material, importa estabelecer regras a partir de uma malha organizativa que regule toda a construção e a torne homogénea vertical e horizontalmente. Para tal, no edifício novo acrescentado ao terreno estipula-se uma métrica estrutural e espacial que é influenciada no ritmo encontrado nos vãos da galeria sul do edifício pré-existente.

Após várias hipóteses e aplicações, a matriz produzida é composta, transversalmente, por três secções: o módulo interior com 8 metros e dois laterais com 6 metros. Em oposição, longitudinalmente, divide-se em vãos de 9,9 metros, replicado sete vezes, consumando o comprimento total do edifício de 60,3 metros (a eixo das paredes confinantes). Este módulo estrutural de 9,9 metros divide-se em três partes, correspondendo cada uma delas aos 3,3 metros encontrados no ritmo dos vãos da galeria sul. Estes submúltiplos de 3,3 metros estabelecem ainda a divisão espacial entre gabinetes, e fazem-se transparecer na fachada com lâminas verticais que marcam este ritmo para o exterior, em conformidade com o alçado da galeria do edifício existente.

Designada a métrica, tendo em conta as vantagens que oferece a todos os pisos e respetivos programas, surge a estrutura e os seus apoios verticais (na interseção das direções desta malha) que sustentam o edifício, com origem no piso -2, o piso de estacionamentos. Os pilares de betão percorrem todos os pisos, assim como as lâminas de 1 metro por 0,3 metros, correspondentes à distribuição dos 9,9 metros que se encontram nas fachadas norte e sul. Horizontalmente, estas lâminas, e as que se referem aos múltiplos de 3,3 metros (lâminas estas que não percorrem a totalidade do edifício, pois não nascem no piso -2), são compensadas e estabilizadas com elementos pré-fabricados de betão em forma de “L”, que têm também leitura no exterior e completam cada um dos vãos dos alçados.

Ainda no piso -2 é possível ler-se a estrutura na laje de cobertura, sendo constituída por um sistema de vigas de betão com grande presença espacial, com o intuito de tornar este pavimento a base do volume paralelepípedo das consultas, com leitura tectónica como tal.

Já os restantes pisos são assegurados com lajes aligeiradas fungiformes, com ocos e maciços desenhados e concebidos segundo a estrutura vertical e que serão revestidas com tetos falsos e pisos técnicos, por onde serão instaladas dependências infra estruturais, como eletricidade, canalização e AVAC. No sentido vertical, são desenhadas coretes que conectem os pisos de modo a haver ligação entre estas infraestruturas, localizadas cerca das instalações sanitárias ou acessos verticais, facilitando a condução das referidas dependências.

O limite poente do volume acrescentado não apresenta apoios verticais na extremidade, encontrando-se, portanto, suspenso num vão de 9,9 metros e, estrutural e espacialmente, esta zona suspensa marca a exceção ao programa instituída nos pisos -1 e 0, o auditório. A consola do auditório é suportada pelas vigas laterais, com altura total do piso -1, que se ligam às lâminas laterais, compensadas com travamentos feitos pelas paredes estruturais no sentido oposto.



Fig. 82- Estado atual da entrada no piso 2



Fig. 83- Estado atual do fasquiado dos tetos a reabilitar



Fig. 84- Estado atual do fasquiado dos tetos a reabilitar



Fig. 85- Estado atual das paredes a reabilitar

Quanto ao edifício reabilitado, como já apontado anteriormente, será mantida a sua estrutura base de pedra das paredes longitudinais, que percorrem todos os pisos. Do mesmo modo, horizontalmente serão conservadas e reabilitadas as lajes e asnas da cobertura de madeira, sendo reparadas e corrigidas onde assim exigem. No piso térreo, as abóbadas existentes estruturais da cobertura serão também mantidas, ganhando ênfase no programa complementar de associação do utente, com a remoção de paredes divisórias na nave sul e sua posterior abertura espacial, onde são criadas somente divisões translúcidas com caixilharias para vãos interiores.

Após a demolição das paredes divisórias interiores, e posterior construção de novas paredes de tijolo que dividem os compartimentos dos gabinetes de consulta, serão realizadas operações de conservação das paredes existentes, através da uniformização com rebocos e pinturas e ligações às novas paredes. A par das paredes, os revestimentos fasquiados dos tetos serão renovados, após instalação de infraestruturas, e serão aplicados tetos falsos de gesso cartonado nas zonas de entrada dos gabinetes de consulta médica, onde serão instaladas as condutas de AVAC. A distribuição horizontal do AVAC é feita neste espaço de teto falso ao longo dos gabinetes, enquanto que verticalmente é distribuído nos vazios das paredes estruturais transversais, que resultam do encerramento de vãos interiores.

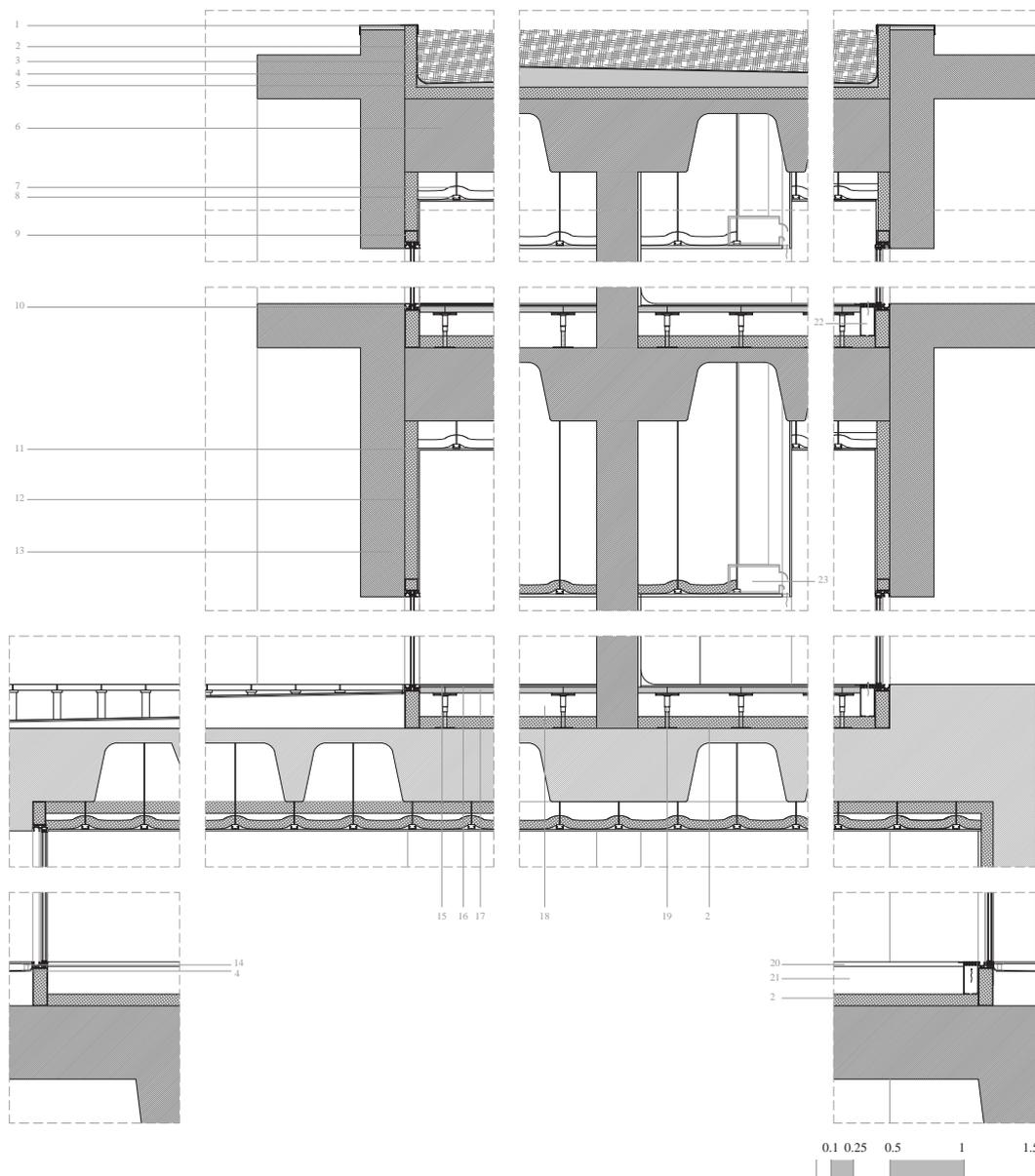
No que aos pavimentos diz respeito, serão restaurados os pavimentos existentes nos espaços destinados ao utente, como zonas de circulação, espera e admissão, ao passo que nos gabinetes de consultas e circulação médica será aplicado um novo pavimento em autonivelante epóxi.

As novas instalações sanitárias do edifício reabilitado localizam-se em espaços onde já estão instaladas estas dependências, podendo-se assim reutilizar as suas infraestruturas. Também os acessos verticais existentes serão mantidos e recuperados, sendo criados vãos para colocação de novas escadarias e elevadores, considerando-se esta a operação mais delicada da reabilitação.

À estrutura centenária de pedra, mantêm-se acopladas as galerias norte e sul, construídas com um sistema porticado em betão, mais leve e esteticamente esbelto. Para corrigir eventuais pontes térmicas, será feita uma operação de aplicação de isolamento térmico pelo interior das galerias, que será revestido com novas pedras de mármore, pedra que vai de encontro ao que se encontra atualmente nestes espaços, conservando assim a sua imagem e materialidade. As caixilharias das galerias serão também substituídas por novas caixilharias de alumínio iguais às do edifício novo.

No corpo da administração, após as demolições de paredes interiores, serão consolidadas as paredes sobranes, com operações de restauro, homogeneizadas com rebocos e tintas, enquanto que as paredes em contacto com o exterior serão revestidas com isolamento térmico e posteriormente uniformizadas e também pintadas. Os pavimentos existentes serão reabilitados, assim como os acessos verticais.

Percebe-se que o betão é um material muito presente, tanto na estrutura como na imagem dos edifícios, e a par deste material apresentam-se os materiais de revestimentos, os que concedem personalidade e o conforto pretendido aos diferentes espaços. Serão aplicados materiais diferenciados nos espaços com programa também distintos, desde os pavimentos do piso público às áreas outorgadas à prestação de cuidados de saúde.



LEGENDA:

- 1.Rufo metálico; 2.Isolamento térmico XPS-esp. 80mm; 3.Gravilha; 4.Impermeabilização;
- 5.Camada de forma e pendente; 6.Laje fungiforme aligeirada; 7.Isolamento acústico/térmico em lâ de rocha; 8.Montante metálico (perfil+pivot) para teto falso; 9.Perfil tubular metálico;
- 10.Caixilho deslizante de alumínio (Vitrocsa TH); 11.Placa de Gesso cartonado-esp.125mm;
- 12.Reboco estanhado pintado com tinta branca acrílica lavável; 13.Peça de betão pré-fabricado em "L" para composição da fachada; 14.Pedestal para piso técnico;
- 15.Pavimento em Grês Porcelânico polido; 16.Manta acustica; 17.Contraplacadado para chão falso de piso técnico-esp. 40mm;
- 18.Piso técnico; 19.Suportes pavimento; 20. Pavimento em Mármore carrara-esp.30mm; 21-Camada de regularização-esp.19mm;
- 22.Sistema de ventilação forçada - insuflação; 23.Sistema de ventilação forçada - extração.

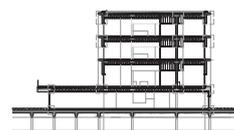


Fig. 86- Pormenores construtivos | Corte transversal

No piso -1, correspondente ao novo volume, o pavimento do *foyer* de entrada, distribuição, restauração e zona de estar é composto por um material mais resistente como é o mármore, enquanto que no auditório e sala de conferências a madeira ocupa um papel fundamental no acolhimento destes programas, sendo um material mais quente e confortável.

Assim como no edifício reabilitado, nos gabinetes de consulta médica, salas de enfermagem, exames, tratamentos e diagnósticos e ainda nos corredores centrais de circulação médica do novo edifício, serão aplicados pavimentos autonivelantes, de fácil higienização e com rodapé em meia cana. As paredes rebocadas serão pintadas com tintas acrílicas hospitalares, também laváveis. No pavimento das zonas de espera, receção e admissão dos utentes o pavimento com grés porcelânico, transmitindo a dimensão doméstica e desinstitucionalizada que se pretende, que conciliado com os apontamentos de pedra (mármore) nos balcões de atendimento, algumas paredes de betão à vista e iluminação natural e artificial globalizam o propósito da noção de conforto.

“A construção é a arte de formar um todo com sentido a partir de muitas partes. Os edifícios são testemunho da capacidade humana de construir coisas concretas. (...) É aqui, onde os materiais concretos são reunidos e erigidos, que a arquitetura imaginada se torna parte do mundo real.” (Zumthor, 2005, p.11).

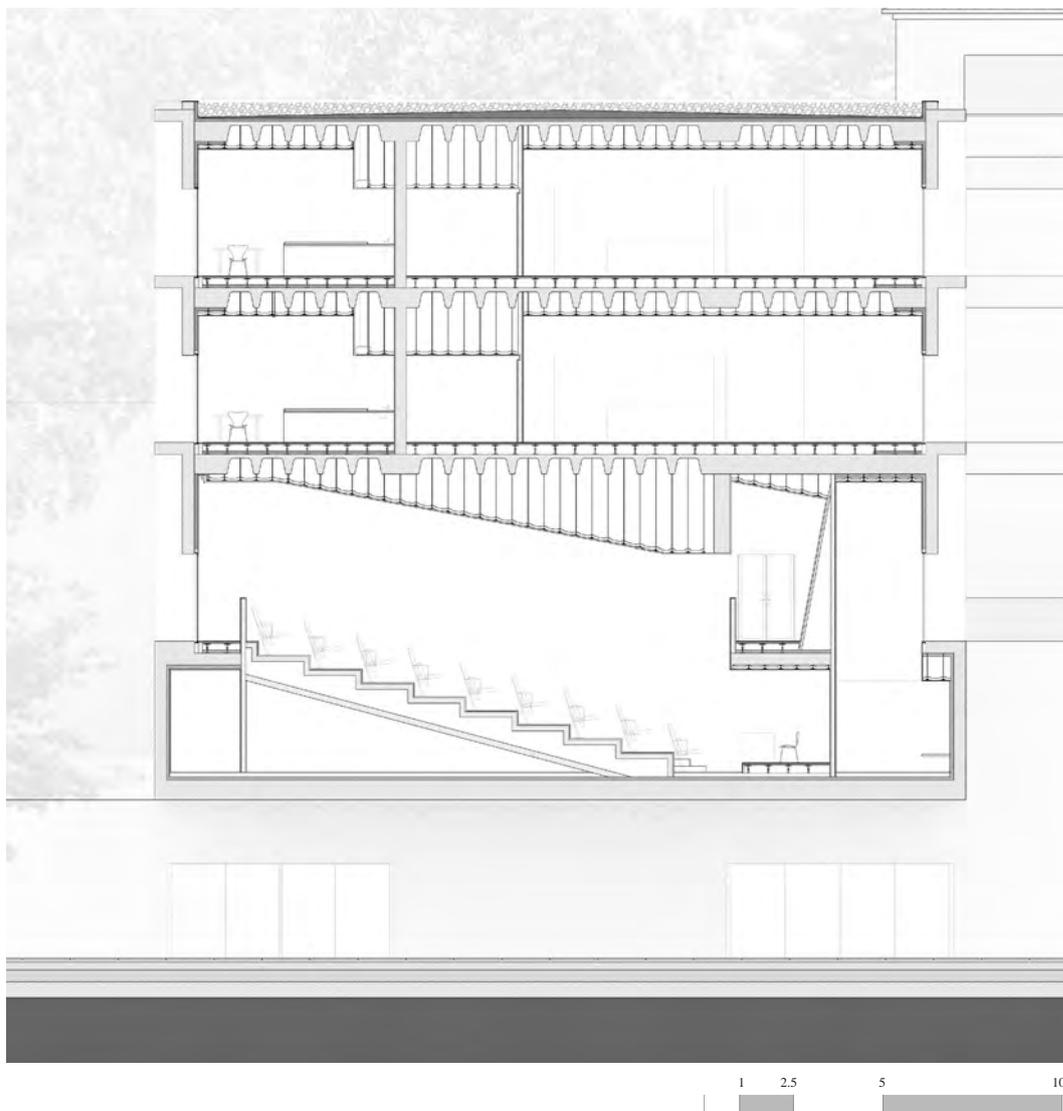


Fig. 87- Corte transversal do edifício novo



Fig. 88- Corte transversal do edifício reabilitado

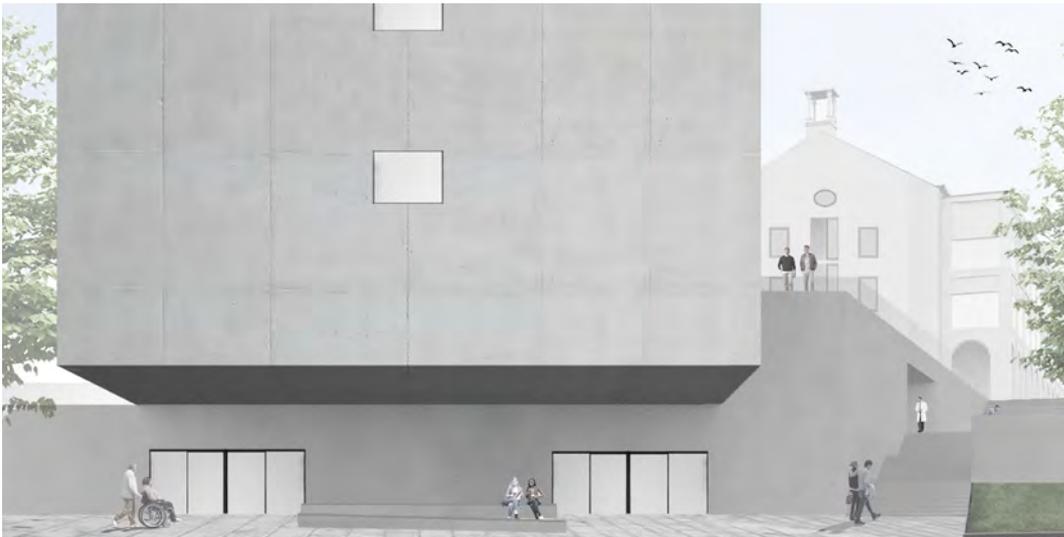


Fig. 89- Fotomontagem - Alçado poente

Considerações Finais

Com o progredir das necessidades espaciais e tecnológicas que o desenvolvimento da medicina acarreta, testemunham-se episódios de transferências de serviços hospitalares para edifícios novos construídos de raiz com um propósito claro: melhores condições para os serviços. Por consequência, os edifícios desocupados ficam esquecidos no tempo, desativados e abandonados, muitos deles com características formais e espaciais únicas. A este património hospitalar esquecido, em ruína ou devoluto, deve-lhe ser dada atenção, através de estudos dos edifícios e equacionando a sua eventual reabilitação.

Vivemos uma época em que nos entra, diariamente, pelas habitações notícias ou experiências relacionadas com a saúde, e este tema está na ordem do dia, há, pelo menos, seis meses. Seis meses de evolução científica e seis meses bastaram para o mundo mudar e para percebermos o papel fundamental das instituições e profissionais dedicados aos cuidados de saúde e consequente devida atenção e respeito que lhes devemos dar.

A pandemia que atravessamos, veio confirmar a necessidade de equipamentos hospitalares preparados para a eminente mudança dos tempos, mas, essencialmente, equipamentos que se encontrem aptos a receber e tratar doentes nas melhores condições.

E é aqui que o arquiteto tem um papel fundamental, em planear e conceber equipamentos hospitalares que respondam da melhor forma aos desafios impostos pela ciência e pela saúde. Foi o que se pretendeu desenvolver neste projeto, o melhor equipamento para receber o programa complexo das consultas externas, esta ramificação hospitalar particular do serviço de saúde.

Trata-se de um serviço continuado de proximidade, de ligação ao utente, onde se prevê um acompanhamento periódico regular quer seja para rastreio e diagnóstico quer seja para curar ou controlar doenças.

Ao reabilitar um conjunto edificado histórico da cidade, conectado ao Mosteiro de Celas, património nacional, não só se pretende ativar uma zona que se encontra atualmente “morta”, como se revitaliza e reinventa a memória do edifício, metamorfoseado de dormitório, sanatório, antigo hospital pediátrico e agora hospital de consultas externas. Trata-se portanto de uma tentativa de enfatizar o seu “carácter de documento” (Tomé, 2002, p.15).

Para se intervir de forma consciente, foi imprescindível um estudo histórico, social e temporal, para desse modo se conhecer a identidade do “documento”. Doravante, analisa-se e adapta-se o programa ao existente, chegando-se posteriormente à conclusão da carência de espaço e adotando-se como solução a ampliação da área coberta existente com a construção de um novo corpo de 5 pisos. Este novo volume acolhe o estacionamento e programa público nos pisos inferiores e as consultas nos últimos três pisos, paralelamente aos três pisos do edifício existente. É ainda consolidado no corpo anexo existente, o programa da administração hospitalar, um programa diferenciado mas essencial ao bom desenvolvimento da prestação de cuidados de saúde.

Criando um parque da saúde público, que se abre e não patenteia barreiras com a envolvente, cria-se um hospital que pertence à cidade.

Referências Bibliográficas

Assumpção, Fr. Bernardo d. (1921). Mosteiro de Celas: index da fazenda: manuscrito de Fr. Bernardo d'Assumpção. Imprensa da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

ARS Norte (2009). *Edifícios de saúde: obras e projectos (1994-2009)*. Porto: ARS Norte.

Bandeirinha, J. A. (2004). *Coimbra vista do céu*. Lisboa: Argumentum.

Barreto, B. (1915). *O sol em cirurgia*. Dissertação de Doutoramento em Medicina. Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

Barreto, B. (1970). *Uma Obra Social Realizada em Coimbra*. Vol.1.

Bessa, J. S. (1970). Lição inaugural da cadeira de clínica pediátrica e puericultura, 1966-1967. *Revista da Universidade de Coimbra*, vol. XXI. Coimbra.

Brandi, C. (2006). *Teoria do Restauro*. Amadora: Ed. Orion.

Byrne, G.; Bandeirinha, J. A.; Moniz, G. C.; Rabaça, A.; Pinto, V.; Borges, E.; Oliveira, J. M. Centro de Estudos de Arquitetura da FCTUC. (2005). Projeto Urbano, Coimbra. *ECDJ*, 9, 144-199.

Correia, V.; Gonçalves, A. N. (1947). *Inventário artístico de Portugal. vol. II: cidade de Coimbra*. Lisboa: Academia Nacional de Belas Artes.

Costa, L. V. da (1997). *Ernesto Korrodi, 1889-1944, arquitetura, ensino e restauro do património*. Lisboa: Estampa.

Cunha, I. S. (2011). *O processo de consulta externa percebido pelo utente e pelo hospital*. Projecto de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde. ISCTE - IUL Business School, Lisboa, Portugal.

Eduardo Souto de Moura. ed. Luiz Trigueiros. (2000) Lisboa: Blau.

Ferreira, C. (2007). *Coimbra aos Pedacos: Uma abordagem ao espaço urbano da cidade*. Prova Final de Licenciatura em Arquitectura. Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

Figueiredo, A. T. R. (2013). *Por Um Hospital Mais Urbano: Os hospitais de S. João e da Universidade de Coimbra na cidade do século XXI*. Dissertação de Mestrado em Arquitectura. Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

Freitas, R. M. de (2012). *Identidade, Tempo e Memória: Reflexão sobre processos de reabilitação em edificação de valor patrimonial*. Dissertação de Mestrado em Arquitectura. Universidade do Porto, Porto, Portugal.

Hopkinson, R. G.; Petherbridge, P.; Longmore, J. (1980). *Iluminação natural*. Lisboa : Fundação Calouste Gulbenkian

Infante, S. J. C. (2001). Autenticidade, continuidade e mudança. *Arquitectura e Vida*, 15; Lisboa.

Kuipers, M; de Jonge, W. (2017). *Designing from Heritage. Strategies for Conservation and Conversion*. TU Delft - Heritage & Architecture

Lopes, P. M. M. (2015). *Contingências Da Reabilitação Urbana Em Zonas Classificadas E Em Zonas Classificadas Como Património Mundial Pela UNESCO*. Dissertação em Mestrado em Ciências Jurídico-Forenses. Universidade de Coimbra. Coimbra, Portugal.

Luís Benavente: arquiteto. (1997). Portugal. Instituto dos Arquivos Nacionais/Torre do Tombo.

Morujão, M. do R. B. (1992). Santa Maria de Celas de Coimbra: um mosteiro feminino da Ordem de Cister. *Actas del congreso internacional sobre San Bernardo e o Cister en Galicia y Portugal, vol. 1*, 583-587.

Morujão, M. do R. B. (2001). *Um mosteiro cisterciense feminino: Santa Maria de Celas (séculos XIII a XV)*. Coimbra: Universidade de Coimbra.

Neto, M. J. B. (2001). *Memória, Propaganda e Poder: o restauro dos Monumentos Nacionais (1929-1960)*. Porto: FAUP.

Neves, J. M. (2007). *Arquitecturas: programa, conceito, matéria*. Casal de Cambra: Caleidoscópio.

Nickl-Weller, C.; Nickl, H. (2013). *Hospital Architecture*. (1ª edição). Berlim: Braun.

Nunes, J. C. R. A. (2017). *A arquitectura dos sanatórios para a tuberculose em Portugal: 1850-1970*. Dissertação de Doutoramento em Arquitectura. Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

Providência, P. (2000). *A Cabana do Higienista*. Coimbra: EDARQ.

Regateiro, F. (2012). *HUC: 4 anos de gestão e o futuro*. Conselho de Administração dos HUC-EPE. Coimbra, Portugal.

Rossa, W; Gomes, P. V. (1996). A rotunda de Santa Maria de Celas, um caso tipológico singular. *Monumentos*, 4, 56-65. Lisboa.

Sanchez, F. (1968). *Hospitais: da organização à arquitectura*. Lisboa: Editorial Estúdios Cor.

Silva, J. M. A. (1981). Demarcação do Circuito do Burgo e da Cerca do Mosteiro de Celas. *Munda*, 1, 25.

Silva, J. M. A. (1981). O mosteiro e o burgo de Celas nos meados do séc. XVIII - Estudo Económico e Social. *Munda*, 2, 21-34.

Silva, R. J. A. (2013). *Arquitectura Hospitalar e Assistencial Promovida por Bissaya Barreto*. Dissertação de Doutoramento em Arquitectura. Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

Távora, F. (2015). *Da organização do Espaço*. Argumentos, edições FAUP.

Tomé, M. (2002). *Património e restauro em Portugal (1920-1995)*. Porto: FAUP.

Vaz, J. C. F. (2016). *Arquitectura em Metamorfose. As adaptações do dormitório novo do Mosteiro de Celas*. Dissertação de Mestrado em Arquitectura. Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

Zumthor, P. (2005). *Pensar a arquitectura*. Barcelona: Editorial Gustavo Gili.

Zumthor, P. (2006). *Atmosferas*. Barcelona: Editorial Gustavo Gili.

Webgrafia

Administração Central do Sistema de Saúde (2019)

<http://www.acss.min-saude.pt/category/prestadores/instalacoes-e-equipamentos/>

Câmara Municipal de Coimbra (2019)

<https://www.cm-coimbra.pt/>

CHUC (2019)

<https://www.chuc.min-saude.pt/>

Direção-Geral do Património Cultural (2019) <http://www.patrimoniocultural.gov.pt/pt/patrimonio/patrimonio-imovel/pesquisa-do-patrimonio/classificado-ou-em-vias-de-classificacao/geral/view/69791/>

http://www.monumentos.gov.pt/Site/APP_PagesUser/SIPA.aspx?id=6703

OMS (2020)

<https://www.who.int/eportuguese/publications/pt/>

PORDATA (2020)

<https://www.pordata.pt/Municipios/Habitantes+por+m%c3%a9dico+e+farmac%c3%aautico-495>

Fontes de Imagens

Fig. 1 | Fachada sul do Antigo Hospital Pediátrico de Coimbra

Fotógrafo Paulo Catrica

Fig. 2 | Axonometria com fotomontagem de Celas (s/ escala)

Desenho do trabalho de grupo de Ateleir de Pojeto II

Fig. 3 | Excerto de planta de Coimbra, último quartel do séc. XVIII (autoria provavelmente atribuída a Carlos Magni)

Vaz, J. C. F. (2016). Arquitectura em Metamorfose. As adaptações do dormitório novo do Mosteiro de Celas. Dissertação de Mestrado em Arquitectura. Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal. P. 24.

Fig. 4 | Fotografia aérea de Celas, Coimbra, 2004

Bandeirinha, J. A. (2004). Coimbra vista do céu. Lisboa: Argumentum. Pp. 60 e 61.

Fig. 5 | Excerto de planta Topográfica da Cidade de Coimbra, 1932/34, Engº Geógrafo José Baptista Lopes

C. M. Coimbra, recuperado de <https://www.cm-coimbra.pt/areas/viver/cultura/arquivo-historico/planta-topografica-da-cidade-de-coimbra>

Fig. 6 | O “Arrabal de Celas” e o seu Convento (à esquerda) no início do séc. XX

Silva, R. J. A. (2013). Arquitectura Hospitalar e Assistencial Promovida por Bissaya Barreto. Dissertação de Doutoramento em Arquitectura. Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal. Vol. 1. P.116.

Fig. 7 | Planta atual do Mosterio de Celas, cota 121. Esc. 1/750

Desenho do autor

Fig. 8 | Planta atual do Mosterio de Celas, cota 125. Esc. 1/750

Desenho do autor

Fig. 9 | Planta atual do Mosterio de Celas, cobertura. Esc. 1/750

Desenho do autor

Fig. 10 | Representação da relação do Mosterio de Celas com o dormitório novo (s/ escala)

Vaz, J. C. F. (2016). Arquitectura em Metamorfose. As adaptações do dormitório novo do Mosteiro de Celas. Dissertação de Mestrado em Arquitectura. Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal. P. 37.

Fig. 11 | De cima para baixo, da esquerda para a diereita: Alçados sul, norte poente e nacente do dormitório novo (s/ escala)

Vaz, J. C. F. (2016). Arquitectura em Metamorfose. As adaptações do dormitório novo do Mosteiro de Celas. Dissertação de Mestrado em Arquitectura. Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal. P. 46.

**Fig. 12 | Planta de cobertura do Sanatório Feminino (1) e Pavilhão das Crianças (2).
Esc. 1/1000**

Desenho do trabalho de grupo de Ateleir de Pojeto II

**Fig. 13 | De baixo para cima: Plantas dos pisos 1, 2, 3 e 4 do Sanatório de Celas.
Esc. 1/1000**

Desenho do trabalho de grupo de Ateleir de Pojeto II

Fig. 14 | Vista aérea do Sanatório de Celas

005SCE. CDBB

Fig. 15 | Galeria sul do Sanatório de Celas

Arquivo Gulbenkian (Biblioteca de Arte - Estúdio Mário Novais): CFT003.68400-68618

Fig. 16 | Vista aérea do Antigo Hospital Pediátrico de Celas

Disponível em Google Earth

Fig. 17 | Planta de implantação do Antigo Hospital Pediátrico. Esc. 1/1500

Desenho do autor

Fig. 18 | Plantas de análise programática do Antigo Hospital Pediátrico (s/escala)

Desenho do trabalho de grupo de Ateleir de Pojeto II

Fig. 19 | Alçado sul do Hospital Pediátrico (no estado atual de desocupação)

Fotógrafo Paulo Catrica_ Lf3198

Fig. 20 | Alçado sul do Hospital Pediátrico (no estado atual de desocupação)

Fotógrafo Paulo Catrica_ Lf3201

Fig. 21 | Alçado norte do Hospital Pediátrico (no estado atual de desocupação)

Fotógrafo Paulo Catrica_ Lf3205

Fig. 22 | Alçado nascente do Hospital Pediátrico (no estado atual de desocupação)

Fotógrafo Paulo Catrica_ Lf3197

Fig. 23 | De cima para baixo: Alçado Sul, Alçado Poente, Alçado Norte e Alçado Nascente do Antigo Hospital Pediátrico de Coimbra. Esc. 1/500

Desenhos do estudo do edifício do Antigo Hospital Pediátrico pelo projeto CuCa_Re

Fig. 24 | Planta de análise com apontamentos do PDM (escala gráfica)

Desenho do trabalho de grupo de Ateleir de Pojeto II

Fig. 25 | Esquema funcional da organização do serviço de Imagiologia - planta da sala de radiologia de urgência

Caderno DGIES nº7- Serviço de Imagiologia. P. 25

Fig. 26 | Esquema funcional da organização do serviço de Imagiologia - planta da sala de tomografia axial computadorizada (TAC)

Caderno DGIES nº7- Serviço de Imagiologia. P. 69

Fig. 27 | Esquema funcional da organização do serviço de Imagiologia - planta da sala de ressonância magnética

Caderno DGIES nº7- Serviço de Imagiologia. P. 105

Fig. 28 | Alçado poente do Mosteiro de Celas

Fotografia do autor

Fig. 29 | Entrada do Mosteiro de Celas, alçado sul

Fotografia do autor

Fig. 30 | Vista do centro do Claustro do Mosteiro de Celas

Fotografia do autor

Fig. 31 | Vista interior do Claustro do Mosteiro de Celas

Fotografia do autor

Fig. 32 | Planta de análise de valor patrimonial. (escala 1/1500)

Desenho do trabalho de grupo de Ateleir de Pojeto II

Fig. 33 | Planta de delimitação dos Hospitais da Universidade de Coimbra (escala gráfica)

Byrne, G.; Bandeirinha, J. A.; Moniz, G. C.; Rabaça, A.; Pinto, V.; Borges, E.; Oliveira, J. M. Centro de Estudos de Arquitetura da FCTUC. (2005). Projeto Urbano, Coimbra. ECDJ, 9. P. 187.

Fig. 34 | Vista aérea de nascente do CHUC

Centro TV, disponível em <https://centrotv.pt/wp-content/uploads/2020/03/maxresdefault-7.jpg>

Fig. 35 | Esquema de distribuição programática do CHUC

Desenho do autor sobre imagem de: Regateiro, F. (2012). HUC: 4 anos de gestão e o futuro. Conselho de Administração dos HUC-EPE. Coimbra, Portugal. P. 206

Fig. 36 | Ala norte do CHUC - Consultas Externas

Fotografia do autor

Fig. 37 | Apropriação de zonas de circulação como sala de espera no serviço de Consultas Externas no CHUC

Fotografia do autor

Fig. 38 | Apropriação de zonas de circulação como sala de espera no serviço de Consultas Externas do CHUC

Fotografia do autor

Fig. 39 | Vista do estacionamento do serviço de Consultas Externas do CHUC

Fotografia do autor

Fig. 40 | Diagrama de áreas do programa das consultas externas

Tabela do autor

Fig. 41 | Esquema de distribuição do programa

Desenho do trabalho de grupo de Ateleir de Pojeto II

Fig. 42 | Proposta de reabilitação do Hospital de Sant Juan de Déu

Recuperado de <https://www.archdaily.com/257533/extension-and-remodeling-of-hospital-sant-joan-de-deu-de-manresa-estudi-psp-arquitectura/50104c3828ba0d3f33000029-extension-and-remodeling-of-hospital-sant-joan-de-deu-de-manresa-estudi-psp-arquitectura-image>

Fig. 43 | Planta do piso -1 da reabilitação e ampliação do Hospital de Sant Juan de Déu (s/ escala)

Recuperado de <https://www.archdaily.com/257533/extension-and-remodeling-of-hospital-sant-joan-de-deu-de-manresa-estudi-pp-arquitectura/50104ea428ba0d3f36000027-extension-and-remodeling-of-hospital-sant-joan-de-deu-de-manresa-estudi-pp-arquitectura-1st-ground-floor-plan>

Fig. 44 | Vista aérea do Hospital de Sant Juan de Déu

Recuperado de https://www.youtube.com/watch?v=vjgZn7Rbshs&ab_channel=Fundaci%C3%B3Althaia

Fig. 45 | Vista da rua Sant Juan de Déu

Imagem de Google Earth

Fig. 46 | Corte da ampliação do Hospital Sant Juan de Déu (s/ escala)

Recuperado de <https://www.archdaily.com/257533/extension-and-remodeling-of-hospital-sant-joan-de-deu-de-manresa-estudi-pp-arquitectura/50104eb428ba0d3f3600002d-extension-and-remodeling-of-hospital-sant-joan-de-deu-de-manresa-estudi-pp-arquitectura-section>

Fig. 47 | Vista da ampliação do Hospital Sant Juan de Déu

Recuperado de <https://jaumeespinal.net/hospital-sant-joan-de-d%C3%A9u>

Fig. 48 | Vista da entrada no novo piso térreo- piso 0

Recuperado de <https://www.archdaily.com/257533/extension-and-remodeling-of-hospital-sant-joan-de-deu-de-manresa-estudi-pp-arquitectura/50104c4228ba0d3f3300002c-extension-and-remodeling-of-hospital-sant-joan-de-deu-de-manresa-estudi-pp-arquitectura-image>

Fig. 49 | Vista aérea da implantação do Centro de Saúde

Imagem de Google Earth

Fig. 50 | Vista da fachada norte

Fotografia de Fernando Guerra, recuperado de <https://ultimasreportagens.com/urdata/117/content/images/large/22.jpg>

Fig. 51 | Fachada sul

Fotografia de Fernando Guerra, recuperado de <https://ultimasreportagens.com/urdata/117/content/images/large/2.jpg>

Fig. 52 | Entrada - piso 0

Fotografia de Fernando Guerra, recuperado de <https://ultimasreportagens.com/urdata/117/content/images/large/17.jpg>

Fig. 53 | Vista piso 0

Fotografia de Fernando Guerra, recuperado de <https://ultimasreportagens.com/urdata/117/content/images/large/15.jpg>

Fig. 54 | Fachada norte

Fotografia de Fernando Guerra, recuperado de <https://ultimasreportagens.com/urdata/117/content/images/large/24.jpg>

Fig. 55 | Gabinete

Fotografia de Fernando Guerra, recuperado de

<https://ultimasreportagens.com/urdata/117/content/images/large/5.jpg>

Fig. 56 | Gabinete

Fotografia de Fernando Guerra, recuperado de

<https://ultimasreportagens.com/urdata/117/content/images/large/6.jpg>

Fig. 57 | Corredor central

Fotografia de Fernando Guerra, recuperado de

<https://ultimasreportagens.com/urdata/117/content/images/large/16.jpg>

Fig. 58 | Planta do piso 0 do centro de saúde de Vila do Conde (s/escala)

Desenho cedido pelo professor Paulo Providência

Fig. 59 | Alçado norte do centro de saúde de Vila do Conde

Desenho cedido pelo professor Paulo Providência

Fig. 60 | Alçado sul do centro de saúde de Vila do Conde

Desenho cedido pelo professor Paulo Providência

Fig. 61 | Vista para sul da Alameda Armando Gonçalves

Fotografia do autor

Fig. 62 | Vista para norte da Alameda Armando Gonçalves

Fotografia do autor

Fig. 63 | Vista para norte da Avenida Bissaya Barreto

Imagem de Google Earth

Fig. 64 | Alçado nascente

Fotografia do autor

Fig. 65 | Planta geral de intervenção (escala gráfica)

Desenho do autor

Fig. 66 | Perfis longitudinais com alçados sul e norte do projeto (escala gráfica)

Desenho do autor

Fig. 67 | Fotomontagem a partir de maquete

Imagem do autor

Fig. 68 | Planta de implantação (escala gráfica)

Desenho do autor

Fig. 69 | Axonometria do projeto (sem escala)

Desenho do autor

Fig. 70 | Planta de vermelhos e amarelos | Cobertura (escala gráfica)

Desenho do autor

Fig. 71 | Planta do piso -2, estacionamento (escala gráfica)

Desenho do autor

Fig. 72 | Planta do piso -1 (escala gráfica)

Desenho do autor

Fig. 73 | Planta de vermelhos e amarelos | De cima para baixo: Pisos 0 e 1. (escala 1/750)

Desenho do autor

Fig. 74 | Planta de vermelhos e amarelos | De cima para baixo:Pisos 2 e 3. (escala 1/750

Desenho do autor

Fig. 75 | Planta do piso 1 (escala gráfica)

Desenho do autor

Fig. 76 | Corte Longitudinal do edifício novo

Desenho do autor

Fig. 77 | Gabinete de Consulta Médica - Fotomontagem 1

Imagem do autor

Fig. 78 | Gabinete de Consulta Médica - Fotomontagem 2

Imagem do autor

Fig. 79 | Planta tipo edificio novo - métrica estrutural. Esc. 1/500

Desenho do autor

Fig. 80 | Alçado sul edificio novo - métrica estrutural. Esc. 1/500

Desenho do autor

Fig. 81 | Alçado sul edificio rehabilitado - métrica estrutural. Esc. 1/500

Desenho do autor

Fig. 82 | Estado atual da entrada no piso 2 a substituir

Fotografia do autor

Fig. 83 | Estado atual do fasquiado dos tetos a reabilitar

Fotografia do autor

Fig. 84 | Estado atual do fasquiado dos tetos a reabilitar

Fotografia do autor

Fig. 85 | Estado atual das paredes a reabilitar

Fotografia do autor

Fig. 86 | Pormenores construtivos | Corte transversal (escala gráfica)

Desenho do autor

Fig. 87 | Corte transversal do edificio novo (escala gráfica)

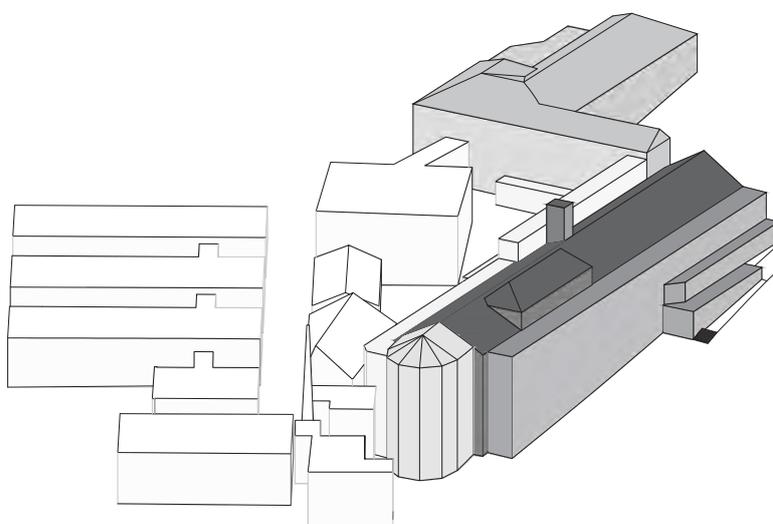
Desenho do autor

Fig. 88 | Fotomontagem - Alçado poente

Imagem do autor

Anexos

Cronologia do edifício
Fotografias
Desenhos



| | |
|----------------------------------|------------------------------|
| Mosteiro de Santa Maria de Celas | 1612 - Dormitório Novo |
| Sanatório de Celas | 1929 - Galeria Sul |
| | 1937 - Pavilhão das Crianças |
| | 1958 - Topo Poente |
| Hospital Pediátrico | 1970 - Galeria Norte |
| | 1977 - Pavilhão Cirúrgico |

Fig. 89- Axonometria da evolução do edifício (Desenho do trabalho de grupo de Ateleir de Pojeto II)

1212 - Mosteiro de Celas

1612 - Dormitório Novo do Mosteiro de Celas

1892 - Asilo de Cegos e Aleijados

1932 - Inauguração do Sanatório Antituberculoso feminino de Celas

1958 - Pavilhão das crianças (sanatório infantil anexo)

1977 - Hospital Pediátrico de Coimbra

2011 - Encerramento do Hospital Pediátrico



Fig. 90- Piso térreo do dormitório novo (Vaz, J. C. F. (2016). *Arquitectura em Metamorfose. As adaptações do dormitório novo do Mosteiro de Celas*. Dissertação de Mestrado em Arquitectura. Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal. p.40)

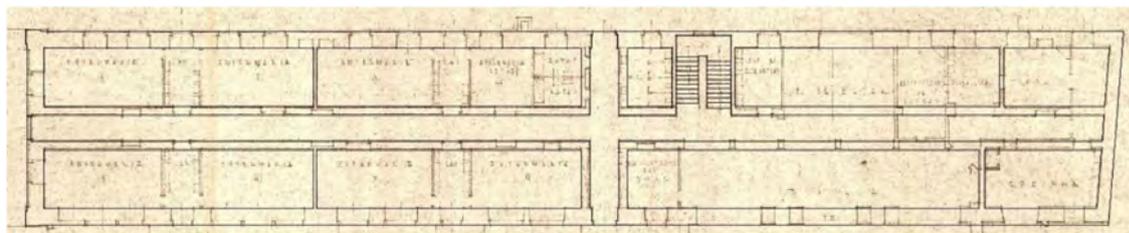


Fig. 91- Primeiro piso do dormitório novo (Vaz, J. C. F. (2016). *Arquitectura em Metamorfose. As adaptações do dormitório novo do Mosteiro de Celas*. Dissertação de Mestrado em Arquitectura. Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal. p.42)

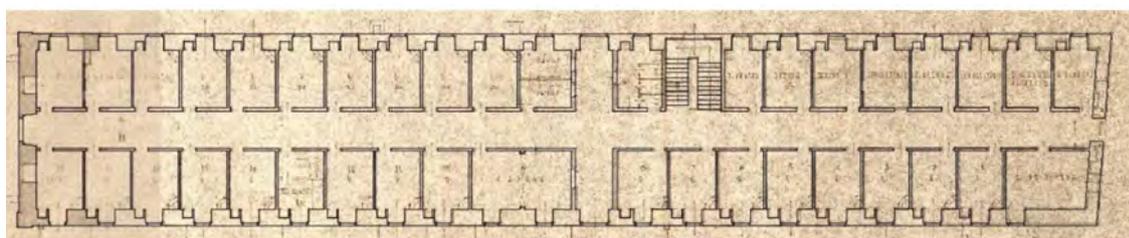


Fig. 92- Segundo piso do dormitório novo (Vaz, J. C. F. (2016). *Arquitectura em Metamorfose. As adaptações do dormitório novo do Mosteiro de Celas*. Dissertação de Mestrado em Arquitectura. Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal. p.42)



Fig. 93 - Corte transversal do dormitório novo (Vaz, J. C. F. (2016). *Arquitectura em Metamorfose. As adaptações do dormitório novo do Mosteiro de Celas*. Dissertação de Mestrado em Arquitectura. Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal. p.40)

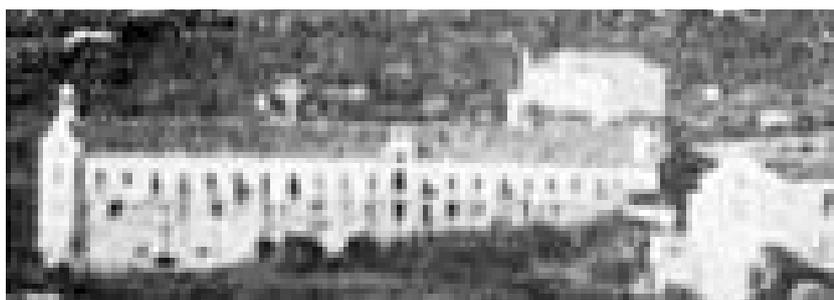


Fig. 94- Fachada Sul do dormitório novo, nos finais do séc. XIX/inícios do séc. XX (recuperado em <https://restosdecolecta.blogspot.com/2012/10/sanatorio-da-colonia-portuguesa-do.html>)

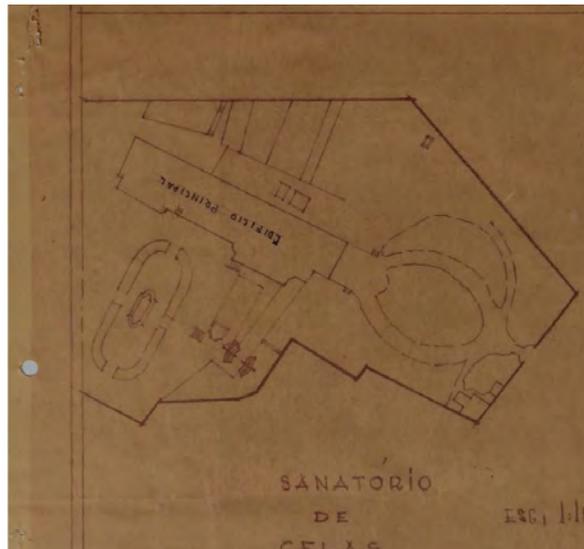


Fig. 95 - Planta localização do sanatório de Celas (Nunes, J. C. R. A. (2017). A arquitectura dos sanatórios para a tuberculose em Portugal: 1850-1970. Dissertação de Doutoramento em Arquitectura. Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal. Vol. II. P. 866)

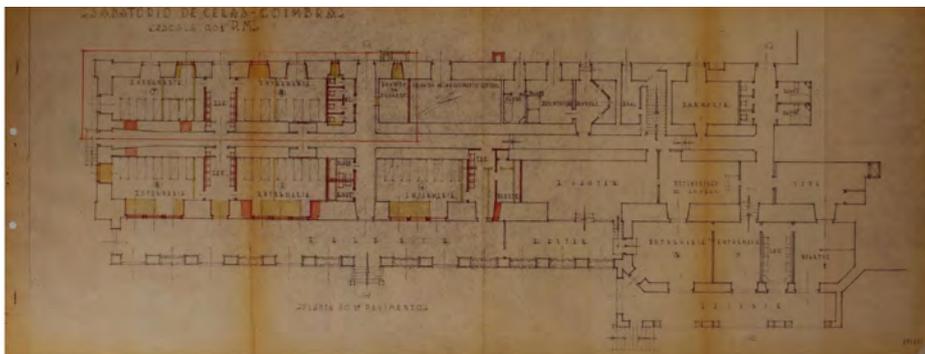


Fig. 96- Planta 1º piso do sanatório de Celas (Nunes, J. C. R. A. (2017). A arquitectura dos sanatórios para a tuberculose em Portugal: 1850-1970. Dissertação de Doutoramento em Arquitectura. Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal. Vol. II. P. 866)

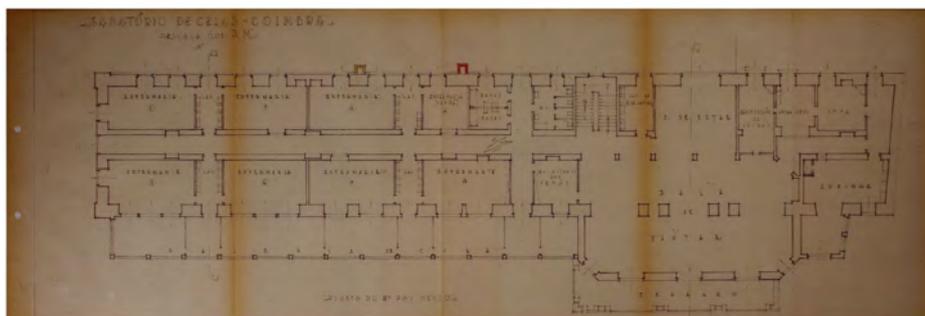


Fig. 97- Planta 2º piso do sanatório de Celas (Nunes, J. C. R. A. (2017). A arquitectura dos sanatórios para a tuberculose em Portugal: 1850-1970. Dissertação de Doutoramento em Arquitectura. Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal. Vol. II. P. 866)

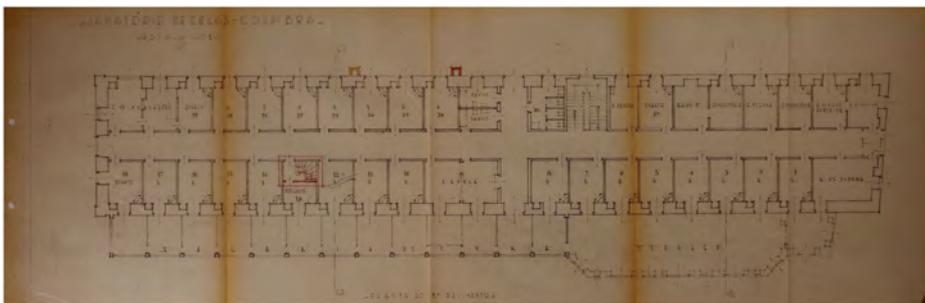


Fig. 98- Planta 3º piso do sanatório de Celas (Nunes, J. C. R. A. (2017). A arquitectura dos sanatórios para a tuberculose em Portugal: 1850-1970. Dissertação de Doutoramento em Arquitectura. Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal. Vol. II. P. 866)



Fig. 99- Vista sul, jardim e alçado (Nunes, J. C. R. A. (2017). A arquitectura dos sanatórios para a tuberculose em Portugal: 1850-1970. Dissertação de Doutoramento em Arquitectura. Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal. Vol. II. P. 886)



Fig. 100- Vista de jardins sul (Nunes, J. C. R. A. (2017). A arquitectura dos sanatórios para a tuberculose em Portugal: 1850-1970. Dissertação de Doutoramento em Arquitectura. Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal. Vol. II. P. 887)



Fig. 101- Jardim Sul (Nunes, J. C. R. A. (2017). A arquitectura dos sanatórios para a tuberculose em Portugal: 1850-1970. Dissertação de Doutoramento em Arquitectura. Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal. Vol. II. P. 888)



Fig. 102- Vista de jardins sul (Nunes, J. C. R. A. (2017). A arquitectura dos sanatórios para a tuberculose em Portugal: 1850-1970. Dissertação de Doutoramento em Arquitectura. Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal. Vol. II. P. 887)



Fig. 103- Alçado Nascente (Nunes, J. C. R. A. (2017). A arquitectura dos sanatórios para a tuberculose em Portugal: 1850-1970. Dissertação de Doutoramento em Arquitectura. Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal. Vol. II. P. 887)



Fig. 104- Entrada Nascente (Nunes, J. C. R. A. (2017). A arquitectura dos sanatórios para a tuberculose em Portugal: 1850-1970. Dissertação de Doutoramento em Arquitectura. Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal. Vol. II. P. 893)



Fig. 105- Terraço- galeria sul (Nunes, J. C. R. A. (2017). A arquitectura dos sanatórios para a tuberculose em Portugal: 1850-1970. Dissertação de Doutoramento em Arquitectura. Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal. Vol. II. P. 888)



Fig. 106- Terraço - galeria sul (Nunes, J. C. R. A. (2017). A arquitectura dos sanatórios para a tuberculose em Portugal: 1850-1970. Dissertação de Doutoramento em Arquitectura. Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal. Vol. II. P. 888)



Fig. 107- Galeria de cura (Nunes, J. C. R. A. (2017). A arquitectura dos sanatórios para a tuberculose em Portugal: 1850-1970. Dissertação de Doutoramento em Arquitectura. Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal. Vol. II. P. 889)



Fig. 108- Galeria de cura (Nunes, J. C. R. A. (2017). A arquitectura dos sanatórios para a tuberculose em Portugal: 1850-1970. Dissertação de Doutoramento em Arquitectura. Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal. Vol. II. P. 890)

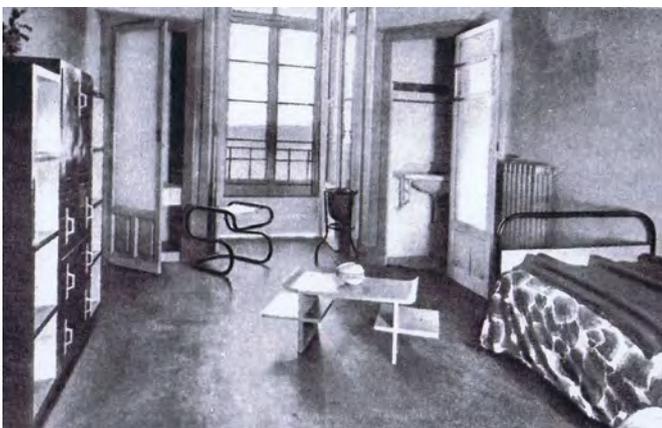


Fig. 109- Enfermaria (Nunes, J. C. R. A. (2017). A arquitectura dos sanatórios para a tuberculose em Portugal: 1850-1970. Dissertação de Doutoramento em Arquitectura. Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal. Vol. II. P. 891)



Fig. 110- Zona de espera (Nunes, J. C. R. A. (2017). A arquitectura dos sanatórios para a tuberculose em Portugal: 1850-1970. Dissertação de Doutoramento em Arquitectura. Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal. Vol. II. P. 893)



Fig.111- Planta do programa do piso térreo do Antigo Hospital Pediátrico de Coimbra (Desenho do trabalho de grupo de Ateleur de Pojeto II, com base no ficheiro do estudo do edifício do Antigo Hospital Pediátrico pelo projeto CuCa_Re)



Fig.112 - Planta do programa do 1º piso do Antigo Hospital Pediátrico de Coimbra (Desenho do trabalho de grupo de Ateleur de Pojeto II, com base no ficheiro do estudo do edifício do Antigo Hospital Pediátrico pelo projeto CuCa_Re)

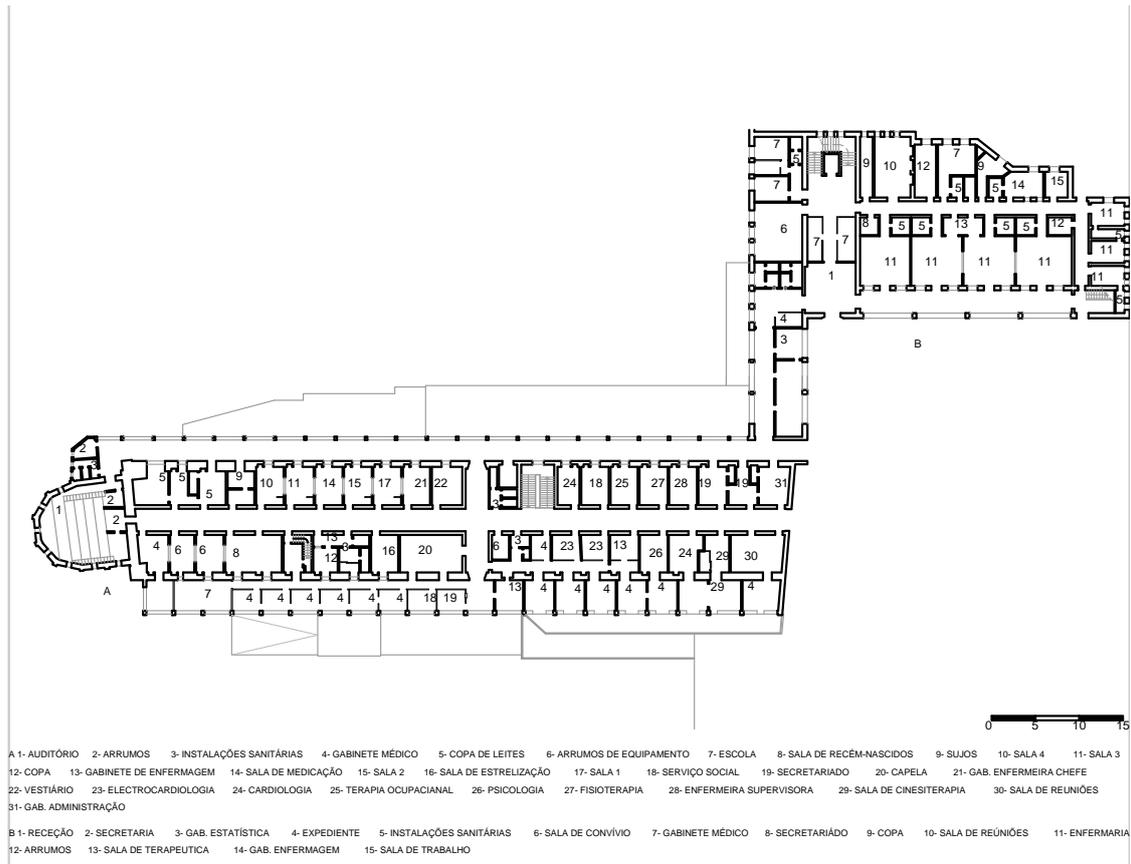


Fig.113- Planta do programa do 2º piso do Antigo Hospital Pediátrico de Coimbra (Desenho do trabalho de grupo de Ateleur de Pojeto II, com base no ficheiro do estudo do edifício do Antigo Hospital Pediátrico pelo projeto CuCa_Re)

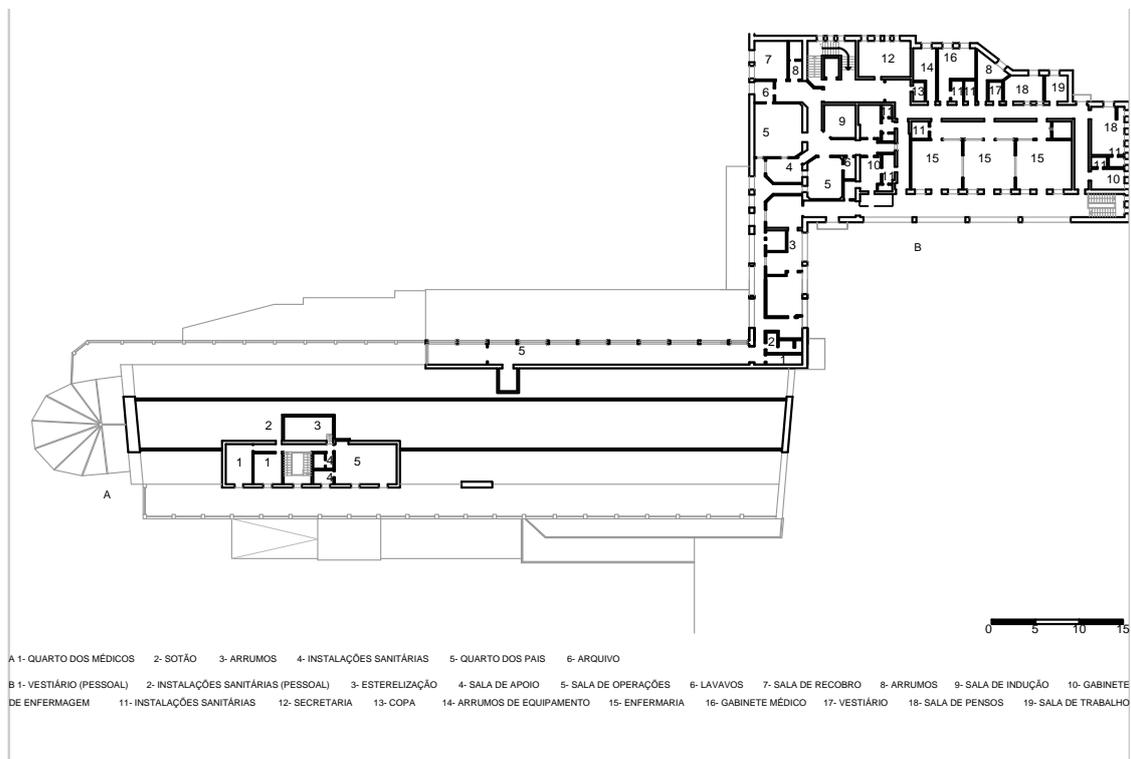


Fig. 114- Planta do programa do 3º piso do Antigo Hospital Pediátrico de Coimbra (Desenho do trabalho de grupo de Ateleur de Pojeto II, com base no ficheiro do estudo do edifício do Antigo Hospital Pediátrico pelo projeto CuCa_Re)



Fig. 115- Vista sul do quarteirão (fotografia do autor)



Fig. 116- Vista do jardim sanatorial (fotografia do autor)



Fig. 117- Pormenor de mobiliário fixo do jardim (fotografia de Paulo Catrica_Lfc1041)



Fig. 118- Sala sudeste do primeiro piso (fotografia do autor)



Fig. 119- Galeria Sul do piso térreo (fotografia do autor)



Fig. 120- Corredor central do piso térreo
(fotografia do autor)



Fig. 121-Vão no piso térreo
(fotografia do autor)



Fig. 122- Limite poente, 1º piso- pavilhão das crianças (fotografia do autor)



Fig. 123- Escadaria, 1º piso
(fotografia do autor)



Fig. 124- Corredor central, 1º piso
(fotografia do autor)



Fig. 125- Corredor central, 2º piso
(fotografia do autor)



Fig. 126- Corredor central, 2º piso
(fotografia do autor)



Fig. 127-Entrada da capela, 2º piso
(fotografia do autor)

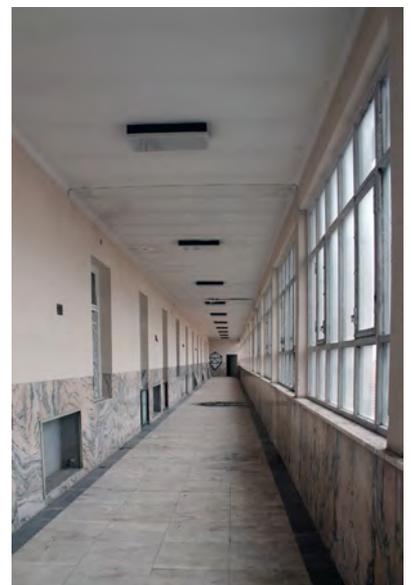


Fig. 128- Galeria norte, 2º piso
(fotografia do autor)

MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR

Direcção-Geral do Ensino Superior

Despacho n.º 1416/2011

Considerando que o n.º 1 do ponto 5 das normas técnicas nacionais para atribuição de bolsa de estudo a estudantes do ensino superior no ano lectivo de 2010-2011, aprovadas por despacho do director-geral do Ensino Superior, de 15 de Outubro de 2010, e publicadas pelo Aviso n.º 20906-A/2010 (2.ª série), de 19 de Outubro, prescreve, como uma das condições para requerer a atribuição de bolsa de estudo, que o estudante esteja inscrito num número mínimo de 30 ECTS;

Considerando todavia que vêm-se verificando casos de estudantes que, encontrando-se em condições de concluir o respectivo curso, estão inscritos num número inferior a 30 ECTS;

Considerando assim que nestes casos é destituída de razoabilidade a decisão de indeferimento liminar do requerimento da concessão de bolsa de estudo, nos termos da alínea d) do n.º 1 do artigo 15.º do Regulamento de Atribuição de Bolsas de Estudo a Estudantes do Ensino Superior, aprovado pelo Despacho n.º 14474/2010 (2.ª série), de 16 de Setembro;

Em conformidade, determino:

1 — Sem prejuízo do preenchimento das demais condições de elegibilidade, o estudante que encontrando-se em condições de concluir o respectivo ciclo de estudos esteja inscrito num número inferior a 30 ECTS, pode requerer a atribuição de bolsa.

2 — O estudante pode beneficiar uma única vez do regime previsto no número anterior.

Lisboa, 7 de Janeiro de 2011. — O Director-Geral do Ensino Superior,
António Angelo Morão Dias.

204189923

MINISTÉRIO DA CULTURA

Gabinete do Secretário de Estado da Cultura

Portaria n.º 223/2011

O Mosteiro de Celas (Mosteiro de Santa Maria de Celas), classificado como monumento nacional por Decreto de Junho de 1910, fica localizado em Coimbra, no Largo de Celas, na freguesia de Santo António dos Olivais.

Trata-se de um antigo mosteiro de religiosos, fundado por volta de 1215 por D. Sancha, filha do rei D. Sancho I, no sítio de Vimarões, localizado na direcção da Porta do Sol da cidade de Coimbra. A nova fundação recebeu o nome de Celas de Vimarões e filiou-se na ordem de Cister.

Um dos principais motivos de interesse artístico deste Mosteiro reside no claustro, com um núcleo de capitéis historiados da transição do século XIII para o XIV; no século XVI foi alvo de grandes reformas, datando desta época, por exemplo, o portal do átrio da igreja (1530), da frontaria, mas também aqui se encontram elementos já do século XVIII, nomeadamente a porta interior de acesso à igreja (1753).

Este Mosteiro, do qual só resta a igreja, o coro, a sala do capitulado e o claustro, tornou-se conhecido pelos seus doces, sendo o mais afamado o manjar branco.

A zona especial de protecção constitui a moldura de enquadramento da bacia visual em que o imóvel classificado se insere, tendo em conta a sua implantação, numa zona já fortemente urbanizada, face ao impacto das construções envolventes sobre o monumento, em termos de visibilidade. Engloba assim os quarteirões confrontantes com o imóvel, essenciais na preservação e ou valorização do ambiente edificado, dada a necessidade de manutenção da contiguidade espacial da malha urbana, e de forma a abranger os locais onde se encontram elementos arquitectónicos notáveis, bem como a área do cone visual delimitado pela Rua de Bernardo de Albuquerque e Avenida de Bissaya Barreto, e Avenida de Armando Gonçalves.

Por outro lado, não avança para pontos localizados na zona do Largo da Cruz de Celas e do cruzamento das Avenidas de Armando Gonçalves e de Calouste Gulbenkian, já muito afastados e peçados de construções, face à volumetria, arquitectura e impacto destas últimas sobre a área, nem tão pouco constitui uma «área vedada à construção», visto que se trata de uma zona urbana particularmente activa da cidade e em regeneração, sendo natural e desejável uma transformação, desde que, conforme acontece, a relação urbana do Mosteiro com o espaço edificado envolvente se encontre devidamente salvaguardada e preservada pela zona especial de protecção.

Nos termos do artigo 43.º da Lei n.º 107/2001, de 8 de Setembro, os imóveis classificados devem dispor de uma zona especial de protecção (ZEP).

Foram cumpridos os procedimentos de audição de todos os interessados previstos no artigo 27.º da Lei n.º 107/2001, de 8 de Setembro, e nos artigos 100.º e seguintes do Código do Procedimento Administrativo, bem como efectuadas as consultas públicas previstas no Decreto-Lei n.º 181/70, de 28 de Abril.

Assim:

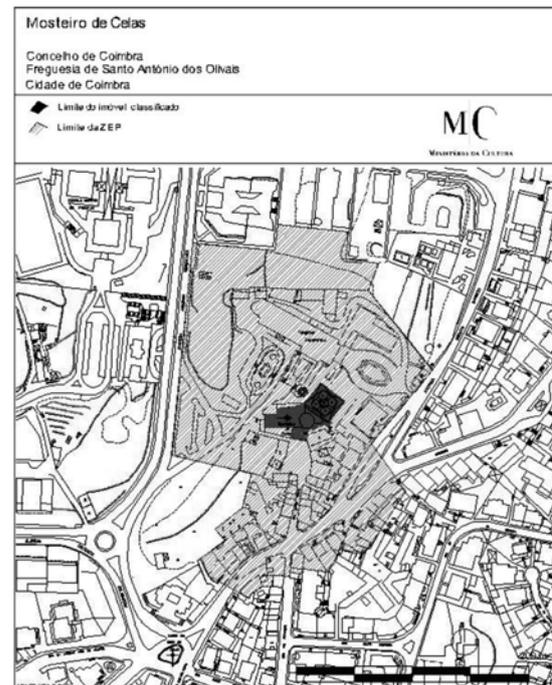
Sob proposta dos serviços competentes e ao abrigo do disposto no n.º 2 do artigo 43.º da Lei n.º 107/2001, de 8 de Setembro, no n.º 1 do artigo 78.º do Decreto-Lei n.º 309/2009, de 23 de Outubro, bem como no n.º 16 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 321/2009, de 11 de Dezembro, e no uso das competências delegadas pela Ministra da Cultura, através do despacho n.º 431/2010, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 4, de 7 de Janeiro de 2010, manda o Governo, pelo Secretário de Estado da Cultura, o seguinte:

Artigo único

É fixada a zona especial de protecção do Mosteiro de Celas (Mosteiro de Santa Maria de Celas), localizado no Largo de Celas, freguesia de Santo António dos Olivais, concelho e distrito de Coimbra, classificado como monumento nacional (MN) por decreto publicado no *Diário do Governo*, n.º 136, de 23 de Junho de 1910, de acordo com a delimitação constante da planta anexa à presente portaria, da qual faz parte integrante.

7 de Janeiro de 2010. — O Secretário de Estado da Cultura, *Elisio Costa Santos Summavielle.*

ANEXO



204188765

Instituto de Gestão do Património Arquitectónico
e Arqueológico, I. P.

Aviso n.º 1648/2011

Nos termos e para efeitos dos dispostos no artigo 36.º da Portaria n.º 83-A/2009, de 22 de Janeiro, avisa-se que se encontra afixada nas instalações do Instituto de Gestão do Património Arquitectónico e Arqueológico, I. P., sito no Palácio Nacional da Ajuda, e no *site* www.igespar.pt, a lista unitária de ordenação final do procedimento concursal comum para a carreira e categoria de técnico superior (área de engenharia

Programa Funcional

| CONSULTA EXTERNA - H.U.C. | | | | | |
|--|--|-------------|-----------|------------|------------------------|
| Nome do compartimento | Função do compartimento | Nº de comp. | Área útil | Área Total | Observações |
| ÁREA DO UTENTE | | | | | |
| Zona de Entrada - Admissão | | 1 | 150 | 150 | |
| Recepção / Secretária | Secretaria com zona de atendimento de público | 14 | 12 | 168 | |
| Sala de Espera para 20 Pessoas | Para doentes e acompanhantes junto à recepção/secretaria | 14 | 30 | 420 | |
| Sala de Espera para 40 Pessoas | idem | 14 | 60 | 840 | |
| Sala de Espera para Doentes Acamados | idem | 7 | 20 | 140 | |
| Instalação Sanitária | | 28 | 14 | 392 | adaptada a deficientes |
| I. S. (sala espera acamados) | | 7 | 14 | 98 | adaptada a deficientes |
| ÁREA TÉCNICA | | | | | |
| Cluster 1 - Obstetrícia/Ginecologia | | | | | |
| Gabinete de consulta (Obstetrícia/ Ginecologia) com IS e cabine vestiário* | Elaboração da história clínica do doente e observação | 6 | 16 | 96 | com luz natural |
| Sala de enfermagem | | 1 | 16 | 16 | |
| Instalação sanitária e cabine de vestiário | | 6 | 6 | 36 | |
| Sala tratamentos/ exames | Pensos e outros tratamentos | 2 | 16 | 32 | |
| Sala de Ecografia | | 2 | 16 | 32 | |
| Cluster 2 - Angiologia e Cirurgia Vascular, Cardiologia, Cirurgia Cardiorácica, Pneumologia | | | | | |
| Gabinete de Consulta Médica | Elaboração da história clínica do doente e observação | 10 | 16 | 160 | com luz natural |
| Sala de enfermagem | | 2 | 16 | 32 | |
| Sala tratamentos/ exames | Pensos e outros tratamentos | 2 | 16 | 32 | |
| Cluster 3 - Endocrinologia, Reumatologia, Imunoalergologia, Nefrologia | | | | | |
| Gabinete de Consulta Médica | Elaboração da história clínica do doente e observação | 8 | 16 | 128 | com luz natural |
| Sala de enfermagem | | 1 | 16 | 16 | |
| Sala tratamentos/ exames | Pensos e outros tratamentos | 2 | 16 | 32 | |
| Sala de diabéticos | | 1 | 24 | 24 | |
| Cluster 4 - Medicina Interna, Infeciosas, Hematologia, Imunohematologia | | | | | |
| Gabinete de Consulta Médica | Elaboração da história clínica do doente e observação | 16 | 16 | 256 | com luz natural |
| Sala de enfermagem | | 3 | 16 | 48 | |
| Sala tratamentos/ exames | Pensos e outros tratamentos | 3 | 16 | 48 | |
| Sala de psicólogo | | 1 | 16 | 16 | |
| Cluster 5 - Ortopedia | | | | | |
| Gabinete de Consulta Médica (Ortopedia) | Elaboração da história clínica do doente e observação | 4 | 16 | 64 | com luz natural |

Programa Funcional

| CONSULTA EXTERNA - H.U.C. | | | | | |
|---|--|-------------|-----------|------------|---|
| Nome do compartimento | Função do compartimento | Nº de comp. | Área útil | Área Total | Observações |
| Sala de enfermagem | | 1 | 16 | 16 | |
| Sala de Gesso | | 2 | 20 | 40 | |
| Sala de Tratamento | Pensos e outros tratamentos | 1 | 16 | 16 | |
| Cluster 6 - Cirurgia Geral | | | | | |
| Gabinete de Consulta Médica | Elaboração da história clínica do doente e observação | 6 | 16 | 96 | com luz natural |
| Sala de enfermagem | | 1 | 16 | 16 | |
| Sala tratamentos/ exames | Pensos e outros tratamentos | 6 | 16 | 96 | |
| Cluster 7 - Urologia, Gastroenterologia, Anestesiologia | | | | | |
| Gabinete de Consulta Médica | Elaboração da história clínica do doente e observação | 6 | 16 | 96 | com luz natural |
| Sala de enfermagem | | 1 | 16 | 16 | |
| Sala tratamentos/ exames | Pensos e outros tratamentos | 2 | 16 | 32 | |
| Cluster 8 - Neurologia, Neurocirurgia | | | | | |
| Gabinete de Consulta Médica | Elaboração da história clínica do doente e observação | 6 | 16 | 96 | com luz natural |
| Sala de enfermagem | | 1 | 16 | 16 | |
| Sala tratamentos/ exames | Pensos e outros tratamentos | 2 | 16 | 32 | |
| Cluster 9 - Oftalmologia, ORL | | | | | |
| Gabinete de Consulta Médica (OFT) | Elaboração da história clínica do doente e observação com cadeira de oftalmologia | 6 | 16 | 96 | com luz natural |
| Gabinete de Consulta Médica (ORL) | Elaboração da história clínica do doente e observação c/ videoendoscopia, laringoscopia rígida, etc. | 6 | 16 | 96 | com luz natural |
| Sala de enfermagem | | 2 | 16 | 32 | |
| Sala tratamentos/ exames | Pensos e outros tratamentos, dilatação, espera | 3 | 16 | 48 | |
| Cluster 10 - Cirurgia maxilofacial, Estomatologia, Cirurgia Plástica, Dermatologia | | | | | |
| Gabinete de Consulta Médica (Dermatologia) | Elaboração da história clínica do doente e observação | 4 | 16 | 64 | com luz natural |
| Gabinete de Consulta Médica (Estomatologia, CMF) | Elaboração da história clínica do doente e observação | | 16 | 0 | Já existente no Serviço de Medicina Dentária |
| Gabinete de Consulta Médica (Cirurgia Plástica) | Elaboração da história clínica do doente e observação | | 16 | 0 | Já existente no Serviço de Cirurgia Plástica e Reconstructiva e Queimados |
| Sala de Tratamento | Pensos e outros tratamentos | 1 | 16 | 16 | |
| Sala tratamentos/ exames | Pensos e outros tratamentos | 1 | 16 | 16 | |
| Sala de laser de dermatologia | | 1 | 16 | 16 | |

Programa Funcional

| CONSULTA EXTERNA - H.U.C. | | | | | |
|---|---|-------------|-----------|-------------|--|
| Nome do compartimento | Função do compartimento | Nº de comp. | Área útil | Área Total | Observações |
| * A área indicada para o gabinete não inclui área da IS com cabine/vestiário, que é indicada a seguir | | | | | |
| Cluster 11 - Medicina Física e Reabilitação | | | | | |
| Gabinete de consulta Médica | Elaboração da história clínica do doente e observação | 4 | 16 | 64 | com luz natural |
| Sala de enfermagem | | 1 | 16 | 16 | |
| Sala tratamentos/ exames | | 1 | 16 | 16 | |
| Cluster 12 - Psiquiatria | | | | | |
| Gabinete de consulta Médica | Elaboração da história clínica do doente e observação | 8 | 16 | 128 | com luz natural |
| Sala de apoio (psicólogo/técnico do serviço social/enfermagem) | | 2 | 16 | 32 | |
| Sala de enfermagem | | 2 | 16 | 32 | |
| Cluster 13 - Oncologia | | | | | |
| Gabinete de Consulta Médica | Elaboração da história clínica do doente e observação | 4 | 16 | 64 | com luz natural |
| Sala de enfermagem | | 1 | 16 | 16 | |
| Sala tratamentos/ exames | Pensos e outros tratamentos | 1 | 16 | 16 | |
| Reserva | | | | | |
| Gabinete de Consulta Médica | Elaboração da história clínica do doente e observação | 6 | 16 | 96 | com luz natural |
| Sala de enfermagem | | 1 | 16 | 16 | |
| Sala tratamentos/ exames | Pensos e outros tratamentos | 1 | 16 | 16 | |
| | | | | 4740 | |
| ÁREA LOGÍSTICA | | | | | |
| Arrecadação geral | Armazenagem | 2 | 20 | 40 | arrumação em armário / estante / carro |
| Arrecadação geral | Armazenagem | 1 | 12 | 12 | arrumação em armário / estante / carro |
| Arrecadação de roupa limpa | Armazenagem | 2 | 12 | 24 | arrumação em armário / estante / carro |
| Arrecadação de Medicamentos (40 utentes) | Armazenagem | 2 | 12 | 24 | arrumação em armário / estante / carro |
| Arrecadação de material de limpeza | Armazenagem | 4 | 6 | 24 | arrumação em armário / estante / carro |
| Zona intermédia | | 4 | 6 | 24 | |
| Depósito de Sujos | Para arrumação temporária de sacos de roupa suja e de resíduos e despejos | 4 | 6 | 24 | |
| | | | | 172 | |

Programa Funcional

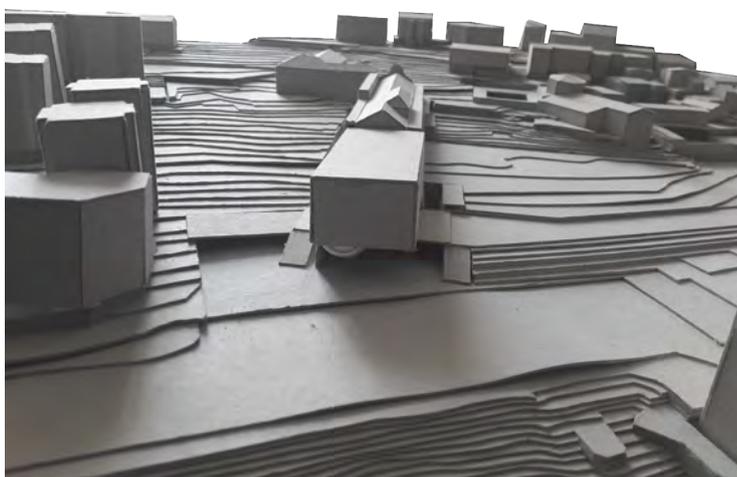
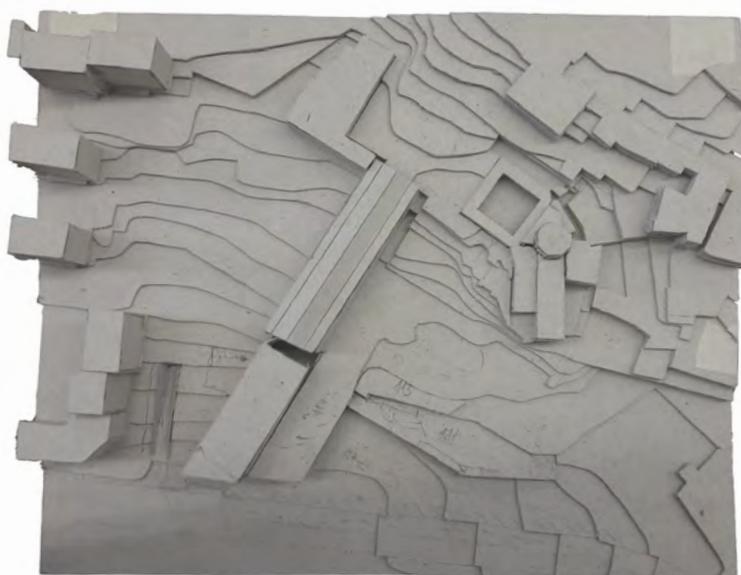
| CONSULTA EXTERNA - H.U.C. | | | | | |
|---|-------------------------|-------------|-----------|------------|------------------------|
| Nome do compartimento | Função do compartimento | Nº de comp. | Área útil | Área Total | Observações |
| ÁREA DE PESSOAL | | | | | |
| Gabinete de Trabalho Administrativo | | 6 | 12 | 72 | |
| Gabinete de supervisor (enfermeira chefe) | | 3 | 10 | 30 | |
| Sala de Reuniões para 10 pessoas | | 2 | 16 | 32 | |
| Instalações Sanitárias de pessoal | | 6 | 10 | 60 | adaptada a deficientes |
| Posto de Trabalho de Enfermagem (preparação de medicação) | | 6 | 8 | 48 | |
| Depósito de Sujos | | 6 | 6 | 36 | |
| Sala descanso pessoal | | 6 | 12 | 72 | |
| | | | | 350 | |

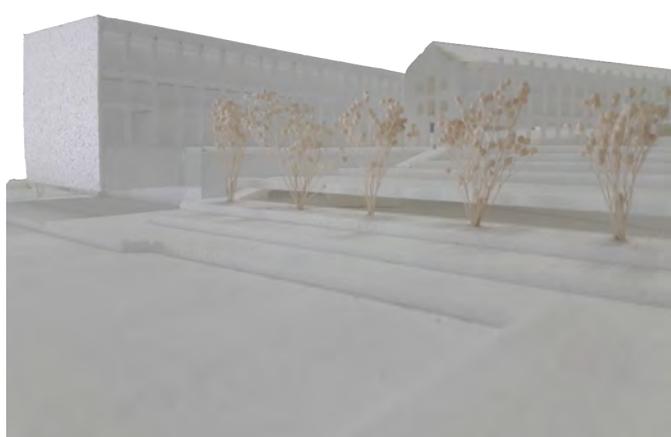
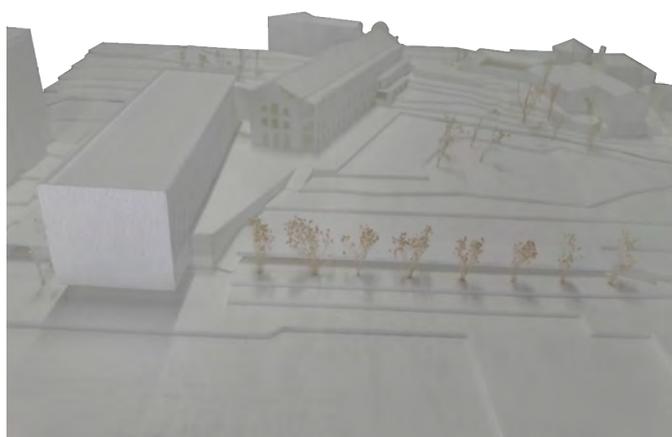
| | | |
|------------------------------|--------------|---------------|
| | Total | 5262 |
| Área Bruta (Au x 1,8) | | 9471,6 |
| Gabinetes de consulta | 100 | |

| SERVIÇOS DE APOIO GERAL | | | | | |
|------------------------------|-----------------------------------|--|--|--|--|
| CENTRAL ESTERILIZAÇÃO | A utilizar o existente nos H.U.C. | | | | |
| SISTEMAS INFORMAÇÃO | A utilizar o existente nos H.U.C. | | | | |
| LAVANDARIA/ROUPARIA | A utilizar o existente nos H.U.C. | | | | |
| SERVIÇO ALIMENTAÇÃO | A utilizar o existente nos H.U.C. | | | | |
| REFEITÓRIO PESSOAL | A utilizar o existente nos H.U.C. | | | | |
| S. INST. EQUIPAMENTOS | A utilizar o existente nos H.U.C. | | | | |
| CENTRAL TRANSPORTES | A utilizar o existente nos H.U.C. | | | | |
| CENTRAL LIMPEZA | A utilizar o existente nos H.U.C. | | | | |
| SERVIÇOS GERAIS | A utilizar o existente nos H.U.C. | | | | |
| VESTIÁRIO CENTRAL | A utilizar o existente nos H.U.C. | | | | |
| APROVISIONAMENTO | A utilizar o existente nos H.U.C. | | | | |

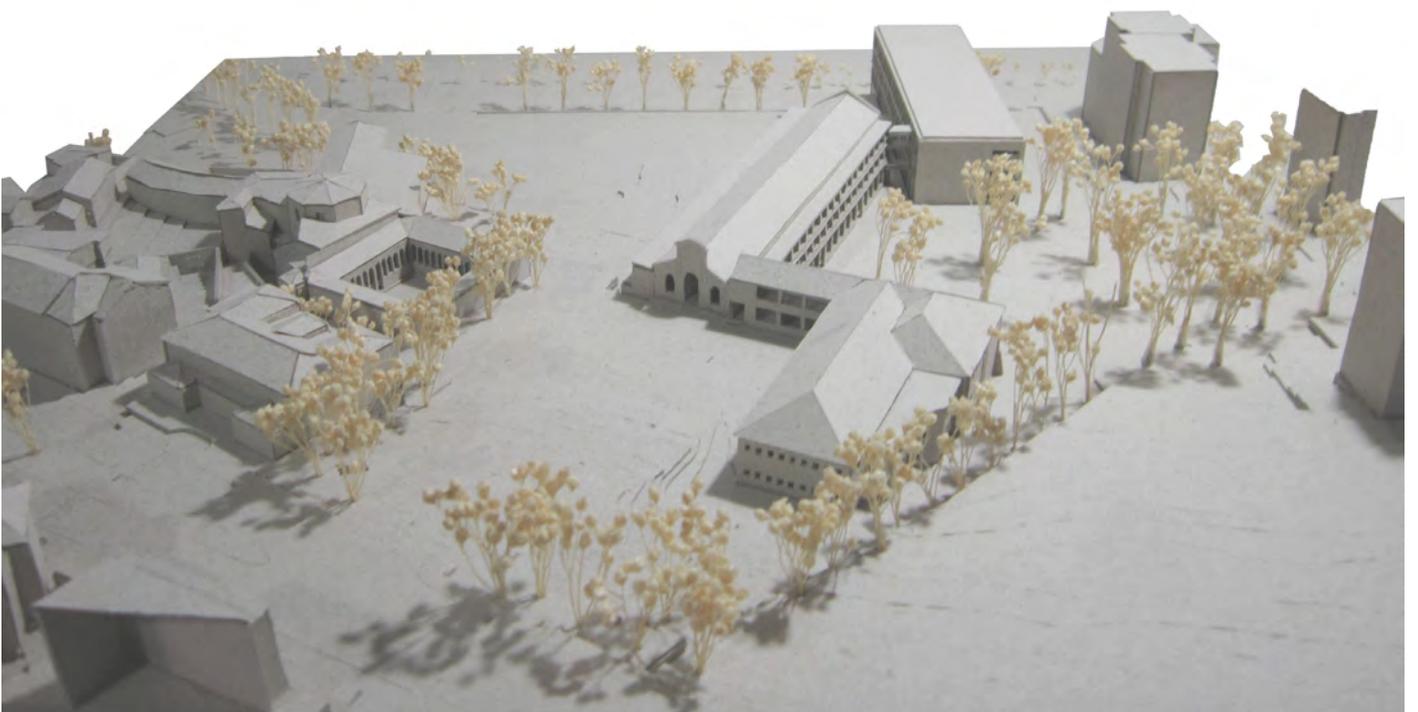
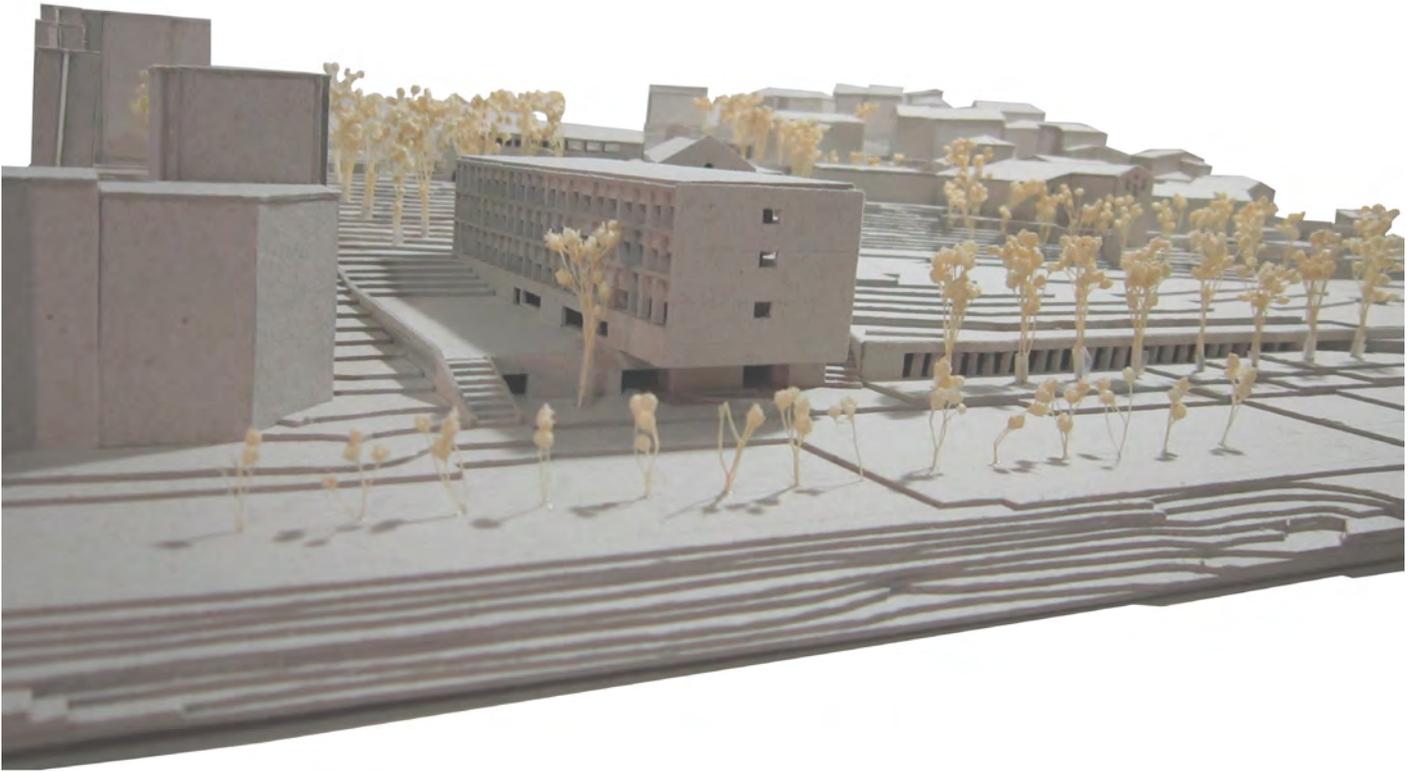


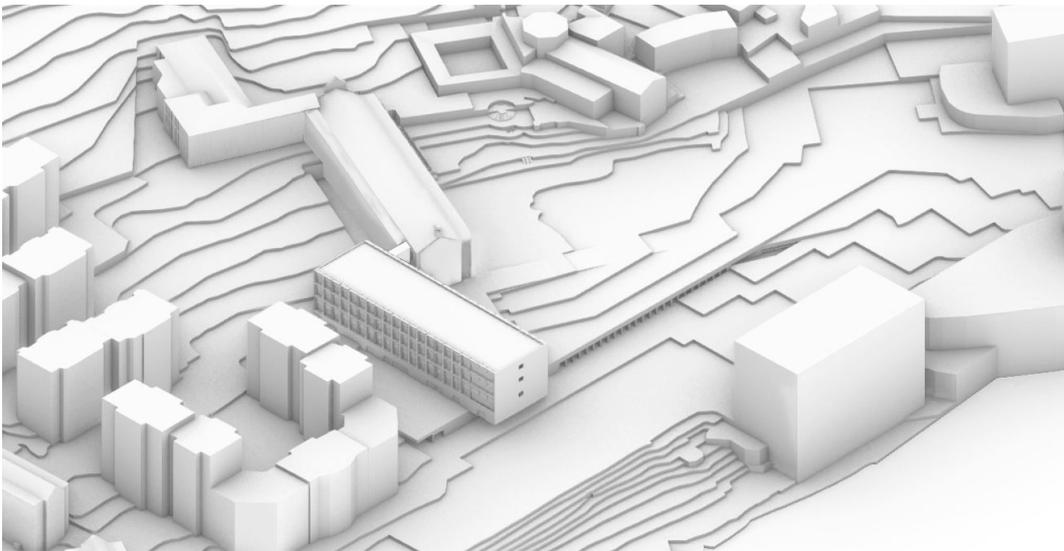


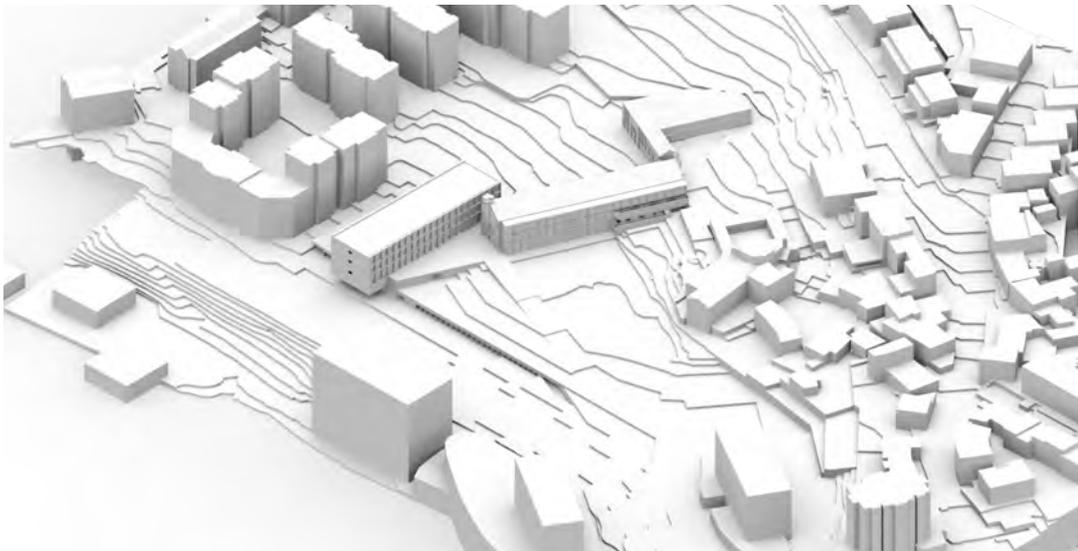
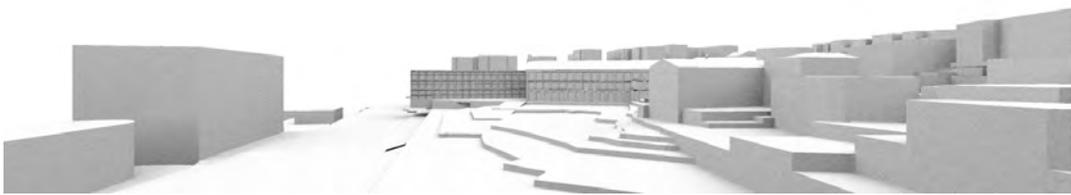












Lista de Desenhos

- 01 | Planta de Implantação | Esc. 1/1500
- 02 | Axonometria Vista Exterior
- 03 | Planta de Coberturas | Esc. 1/500
- 04 | Perfis Longitudinais | Esc. 1/500
- 05 | Planta Piso -2 | Esc. 1/500
- 06 | Planta Piso -1 | Esc. 1/250
- 07 | Planta Piso 0 | Esc. 1/250
- 08 | Planta Piso 1 | Esc. 1/250
- 09 | Planta Piso 2 | Esc. 1/250
- 10 | Plantas Pisos 1, 2 e 3- Administração | Esc. 1/250
- 11 | Perfil Transversal | Esc. 1/250
- 12 | Secção da planta Piso -1 (Edifício novo) | Esc. 1/75
- 13 | Secção da planta Piso 0 (Edifício novo) | Esc. 1/75
- 14 | Secção da planta Piso 1 (Edifício existente) | Esc. 1/75
- 15 | Corte Transversal | Esc. 1/75
- 16 | Corte Longitudinal| Esc. 1/75
- 17 | Corte Transversal | Esc. 1/75
- 18 | Gabinete Tipo- Planta Pormenor | Esc. 1/20. Fotomontagens.
- 19 | Pormenores | Esc. 1/20. Corte transversal e
planta métrica estrutural | Esc. 1/300



- 1. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
- 2. Antigo Hospital Pediátrico

— Propriedade do antigo Hospital Pediátrico

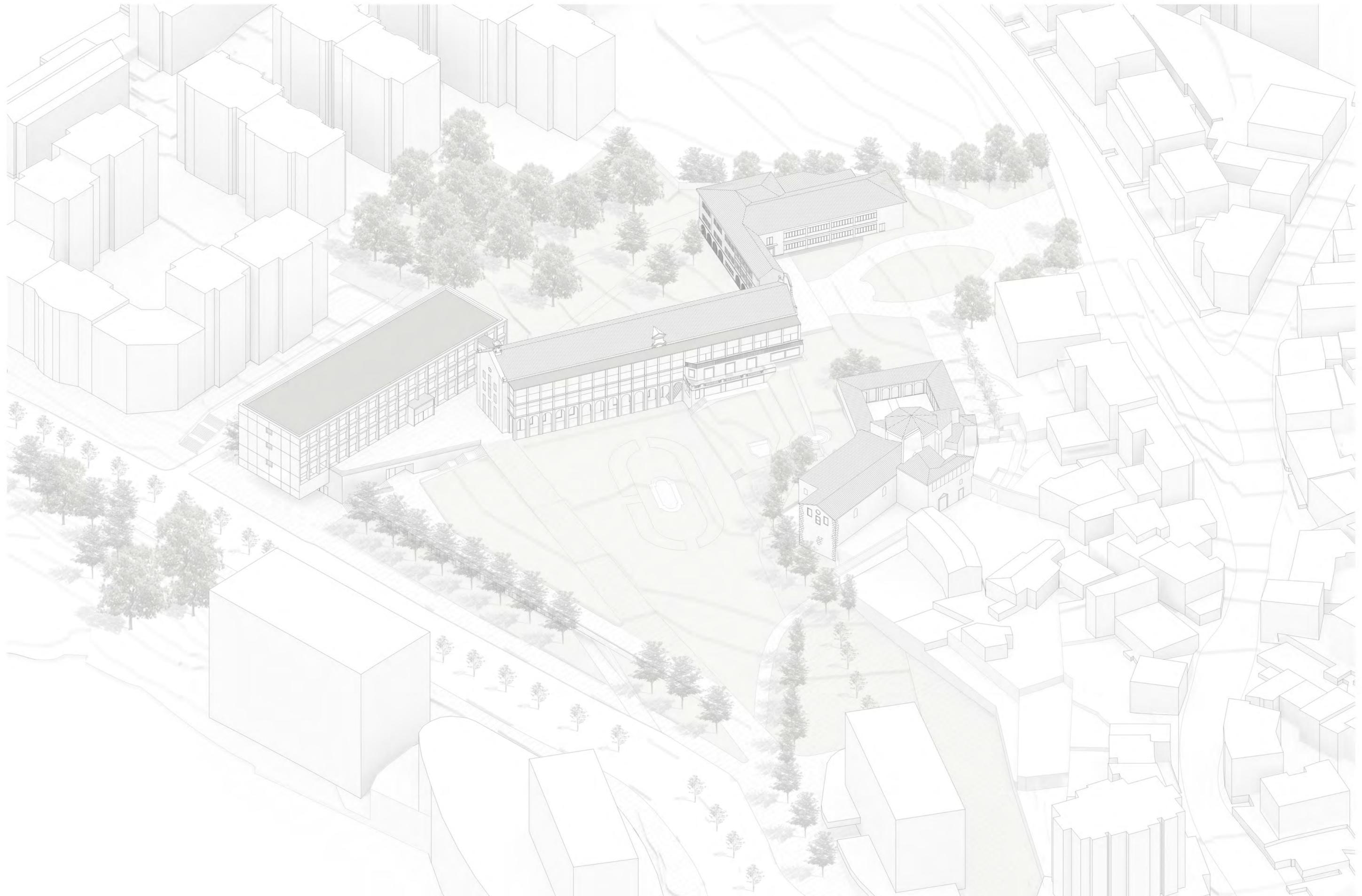
2

1

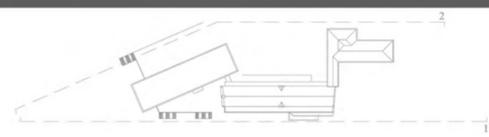
Reabilitar o Património Hospitalar
Reuso do Ex-Hospital Pediátrico como Serviço de Consultas Externas

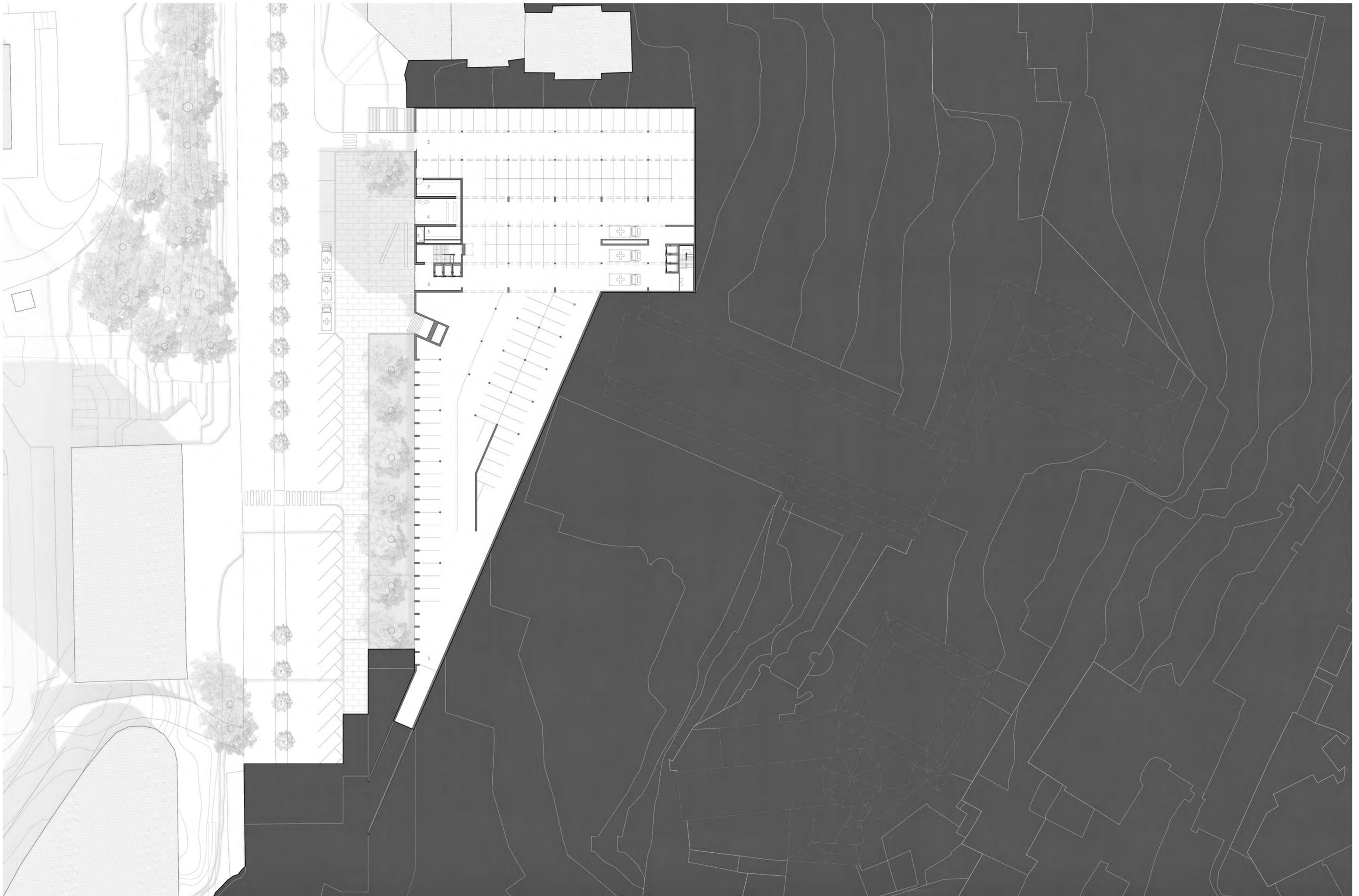
PLANTA DE IMPLANTAÇÃO | ESC. 1/1500

FCTUC | Dep. de Arquitetura | Dissertação de Mestrado em Arquitetura
Orientação de Professor Doutor João Paulo Providência e Arq. João Branco
André Rafael Teixeira Santiago | Setembro 2020









1. Entrada estacionamento; 2. Saída estacionamento; 3. Foyer entrada; 4. Farmácia; 5. Arrumos da Farmácia

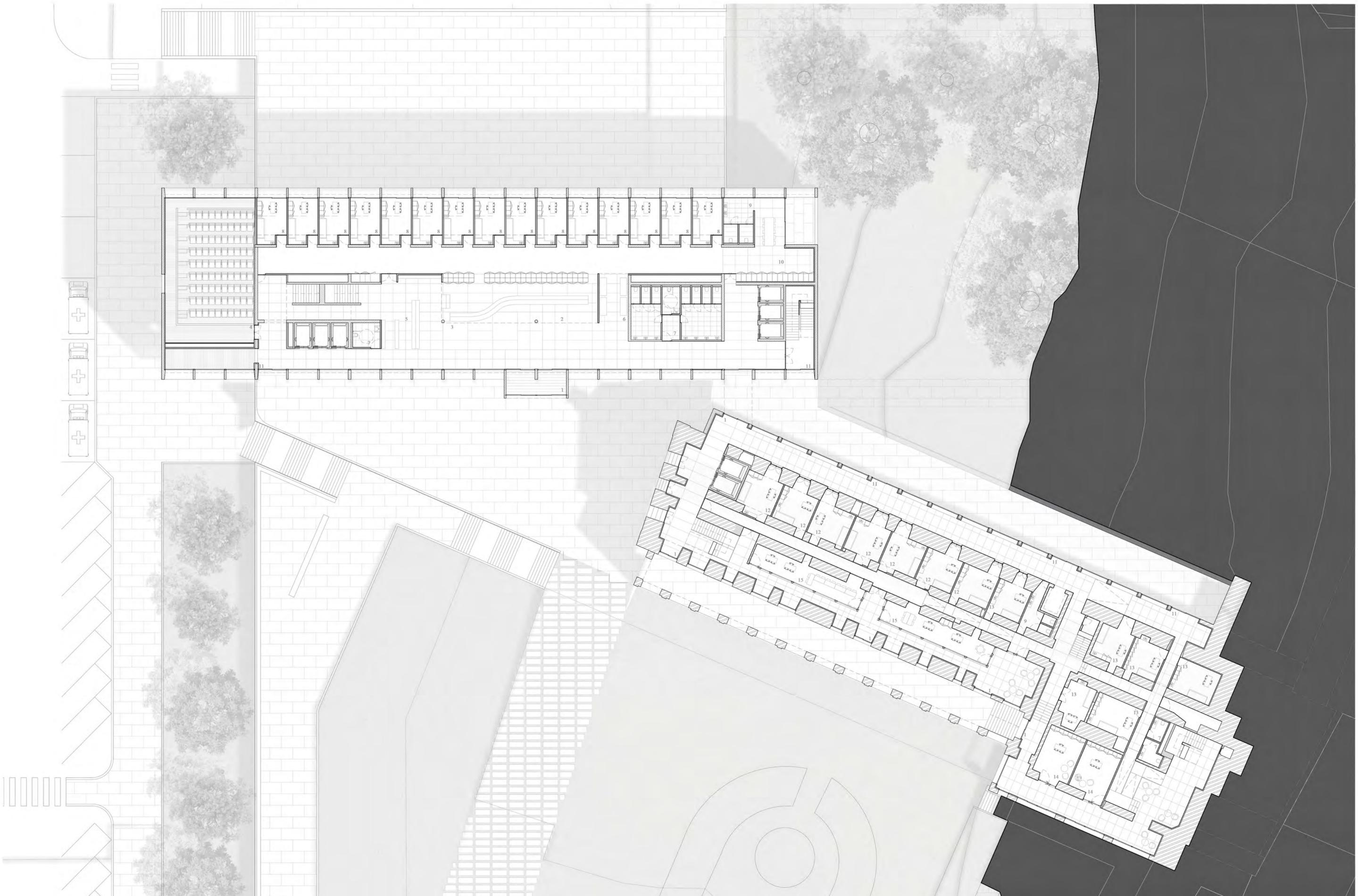




1. Entrada; 2. Foyer entrada; 3. Sala de Conferências; 4. Auditório; 5. Quiosque; 6. Copa; 7. Cozinha; 8. Preparação de carnes/peixes; 9. Armazém; 10. Camâras frigoríficas; 11. Preparação de legumes; 12. Entrada privada de serviço; 13. Área Técnica; 14. Serviço de imagiologia- meios de diagnóstico; 15. Tomografia computadorizada (TAC); 16. Ressonância magnética; 17. Radiologia de urgência; 18. Gabinete de apio; 19. Vestiários.

Reabilitar o Património Hospitalar
Reuso do Ex-Hospital Pediátrico como Serviço de Consultas Externas
 PLANTA PISO -1 | ESC. 1/250

FCTUC | Dep. de Arquitetura | Dissertação de Mestrado em Arquitetura
 Orientação de Professor Doutor João Paulo Providência e Arq. João Branco
 André Rafael Teixeira Santiago | Setembro 2020



1. Entrada; 2. Recepção geral/admissão; 3. Recepção/Secretaria Cluster 3 (Medicina Interna, Infeciosas, Hematologia, Imunohematologia); 4. Auditório; 5. Sala de espera; 6. Sala de espera para doentes acamados; 7. I. S. Utentes; 8. Gabinete de consulta médica - Cluster 3; 9. I.S. Profissionais de saúde; 10. Sala dos profissionais de saúde; 11. Saida de Emergência; 12. Sala de Enfermagem, Tratamentos e Exames - Cluster 3; 13. Sala de Enfermagem, Tratamentos e Exames - Cluster 4; 14. Gabinete de psicologia; 15. Associação do Utente.

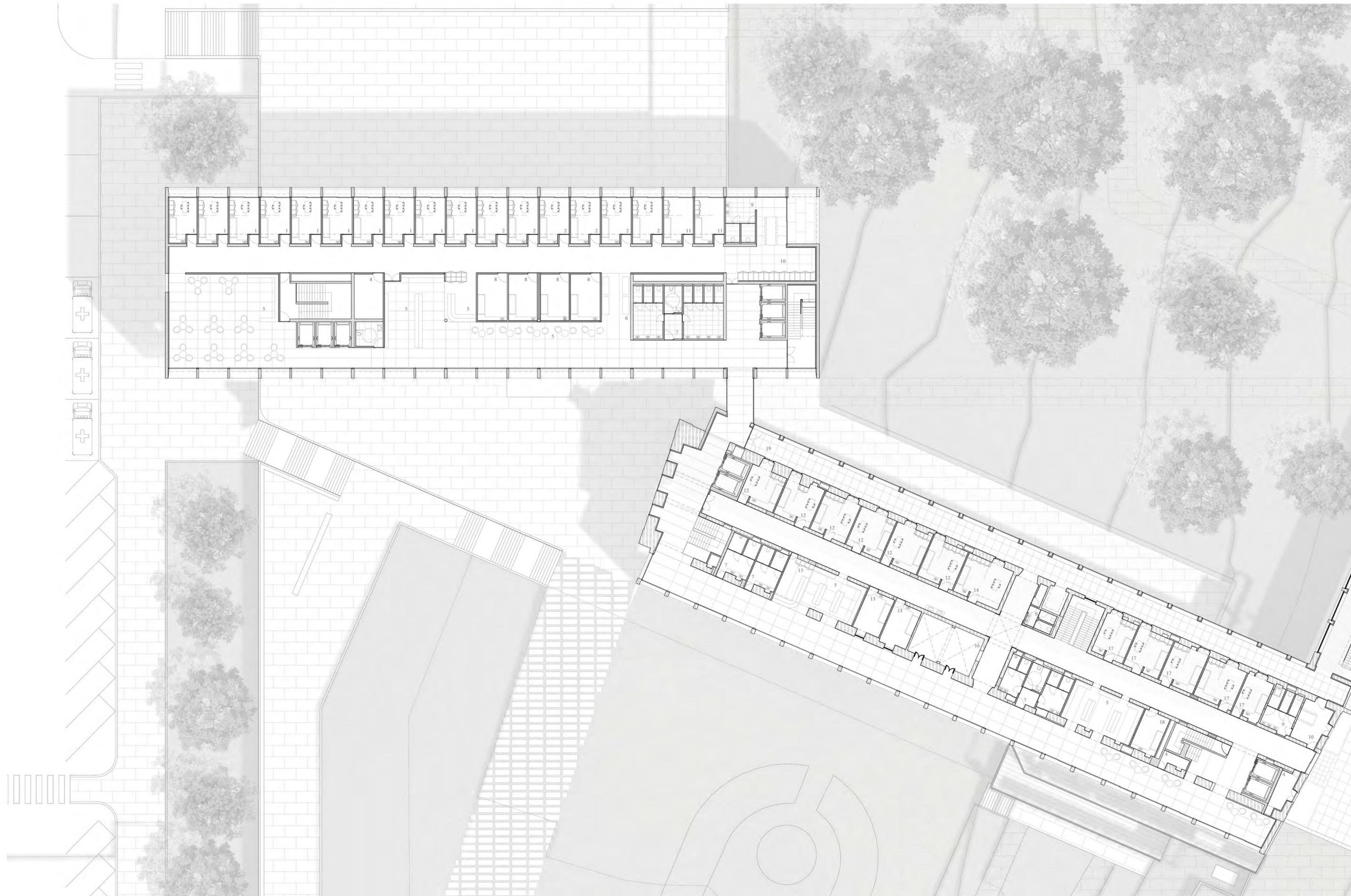
Reabilitar o Património Hospitalar
 Reuso do Ex-Hospital Pediátrico como Serviço de Consultas Externas

PLANTA PISO 0 | ESC. 1/250

FCTUC | Dep. de Arquitetura | Dissertação de Mestrado em Arquitetura
 Orientação de Professor Doutor João Paulo Providência e Arq. João Branco
 André Rafael Teixeira Santiago | Setembro 2020



1.Gabinete de consulta médica - Cluster 6 (Oftalmologia, ORL); 2.Gabinete de consulta médica - Cluster 4 (Cirurgia Geral); 3.Recepção/Secretaria Cluster 4 e Cluster 6; 4.Arrumos; 5.Sala de espera; 6.Sala de espera para doentes acamados; 7.I. S. Utentes; 8.Sala de Enfermagem, Tratamentos e Exames - Cluster 6; 9.I.S. Profissionais de saúde; 10.Sala dos profissionais de saúde; 11.Gabinete de consulta médica - Cluster 7 (Cirurgia Maxiofacial, Estomatologia, Cirurgia Plástica, Dermatologia); 12.Sala de Tratamentos, Exames e laser de dermatologia - Cluster 8; 13.Gabinete de consulta médica - Cluster 8 (Oncologia); 14.Sala de Enfermagem, Tratamentos e Exames - Cluster 8; 15.Recepção/Secretaria Cluster 7 e Cluster 8; 16.Corredor de serviço.

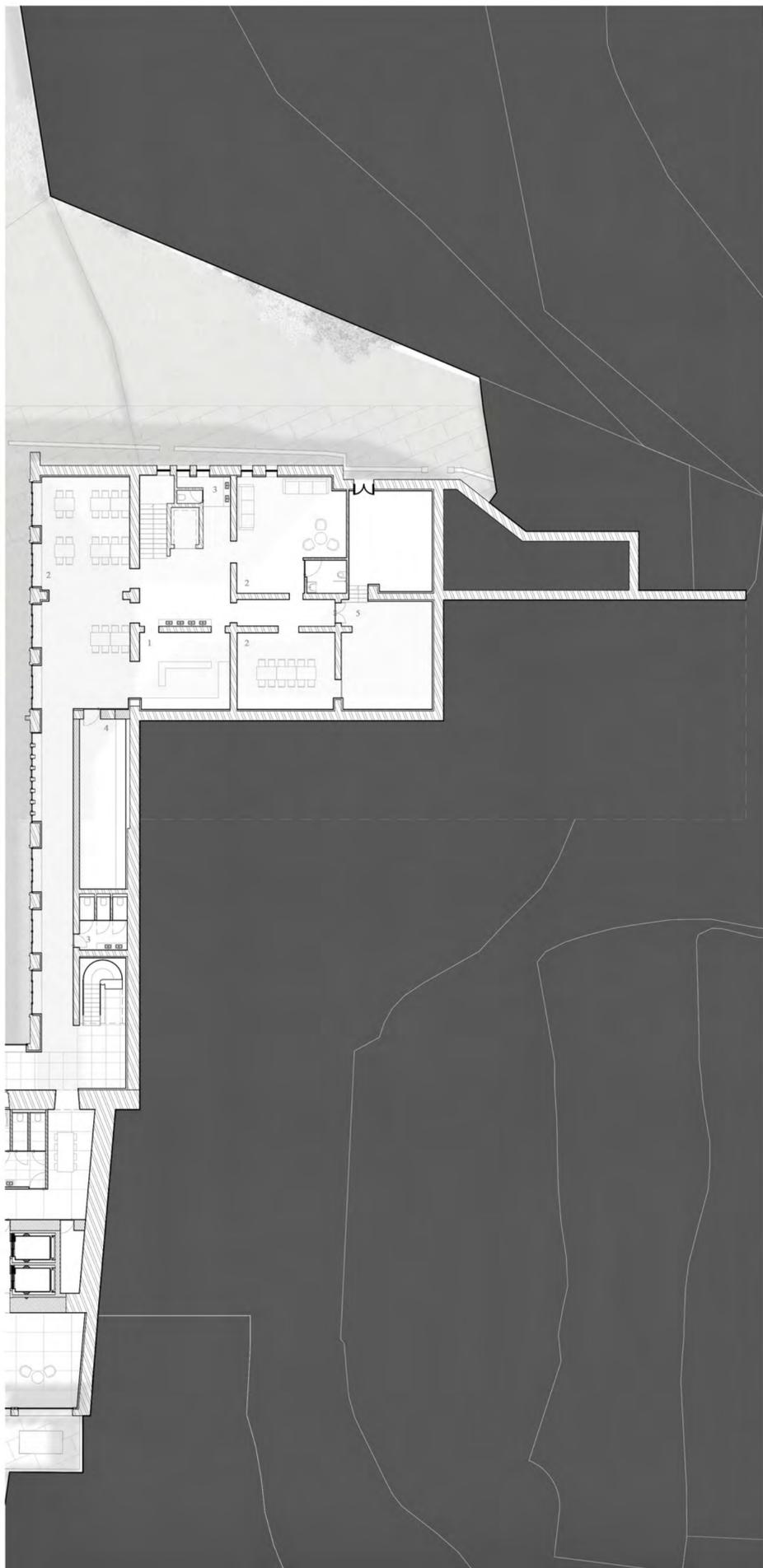


1.Gabinete de consulta médica - Cluster 1 (Angiologia e Cirurgia Vascular, Cardiologia, Cirurgia Cardiorácica, Pneumologia); 2.Gabinete de consulta médica - Cluster 5 (Urologia, Gastroenterologia, Anestesiologia); 3.Recepção/Secretaria Cluster 1 e Cluster 5; 4.Arrumos; 5.Sala de espera; 6.Sala de espera para doentes acamados; 7.I. S. Utentes; 8.Sala de Enfermagem, Tratamentos e Exames - Cluster 1; 9.I.S. Profissionais de saúde; 10.Sala dos profissionais de saúde; 11.Sala de Enfermagem, Tratamentos e Exames - Cluster 5; 12.Gabinete de consulta médica - Cluster 2 (Endocrinologia, Reumatologia, Imunoalergologia, Nefrologia); 13. Sala de Enfermagem, Tratamentos e Exames - Cluster 2; 14.Sala de diabéticos - Cluster 2; 15.Recepção/Secretaria Cluster 2 e Cluster 9 (Reserva); 16.Capela; 17.Gabinete de consulta médica - Cluster 9 (Reserva); 18.Sala de Enfermagem, Tratamentos e Exames - Cluster 9; 19.Corredor de serviço.

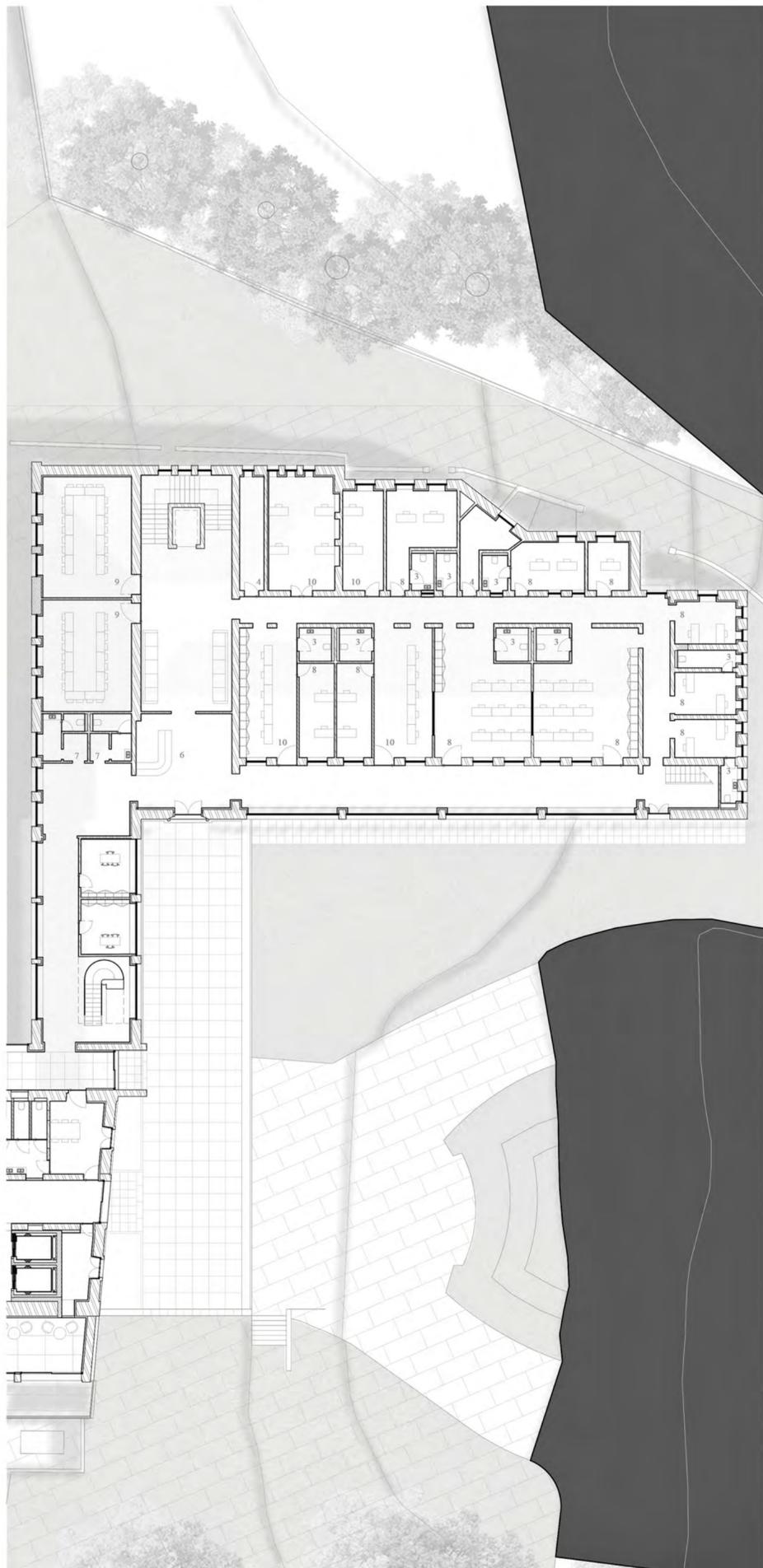
Reabilitar o Património Hospitalar
Reuso do Ex-Hospital Pediátrico como Serviço de Consultas Externas

PLANTA PISO 2 | ESC. 1/250

FCTUC | Dep. de Arquitetura | Dissertação de Mestrado em Arquitetura
 Orientação de Professor Doutor João Paulo Providência e Arq. João Branco
 André Rafael Teixeira Santiago | Setembro 2020



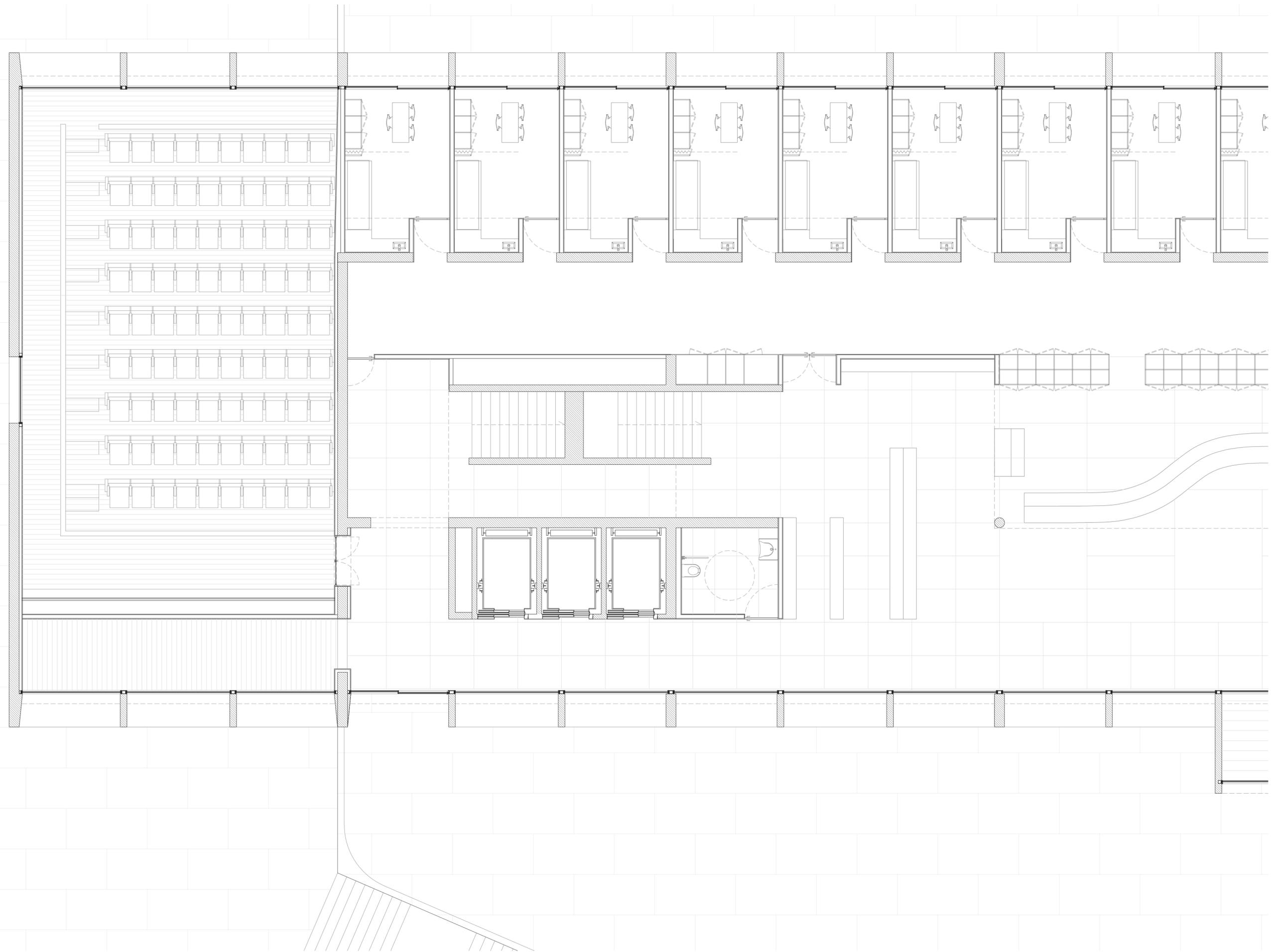
1.Bar; 2.Cafeteria profissionais de saúde e administrativos; 3.I.S. Profissionais de saúde e administrativos; 4.Arrumos; 5.Armazém; 6.Foyer e recepção da administração; 7.I.S. público; 8.Gabinete de trabalho administrativo; 9. Sala de reuniões; 10.Atendimento ao público; 11.Acesso à cobertura da galeria norte.

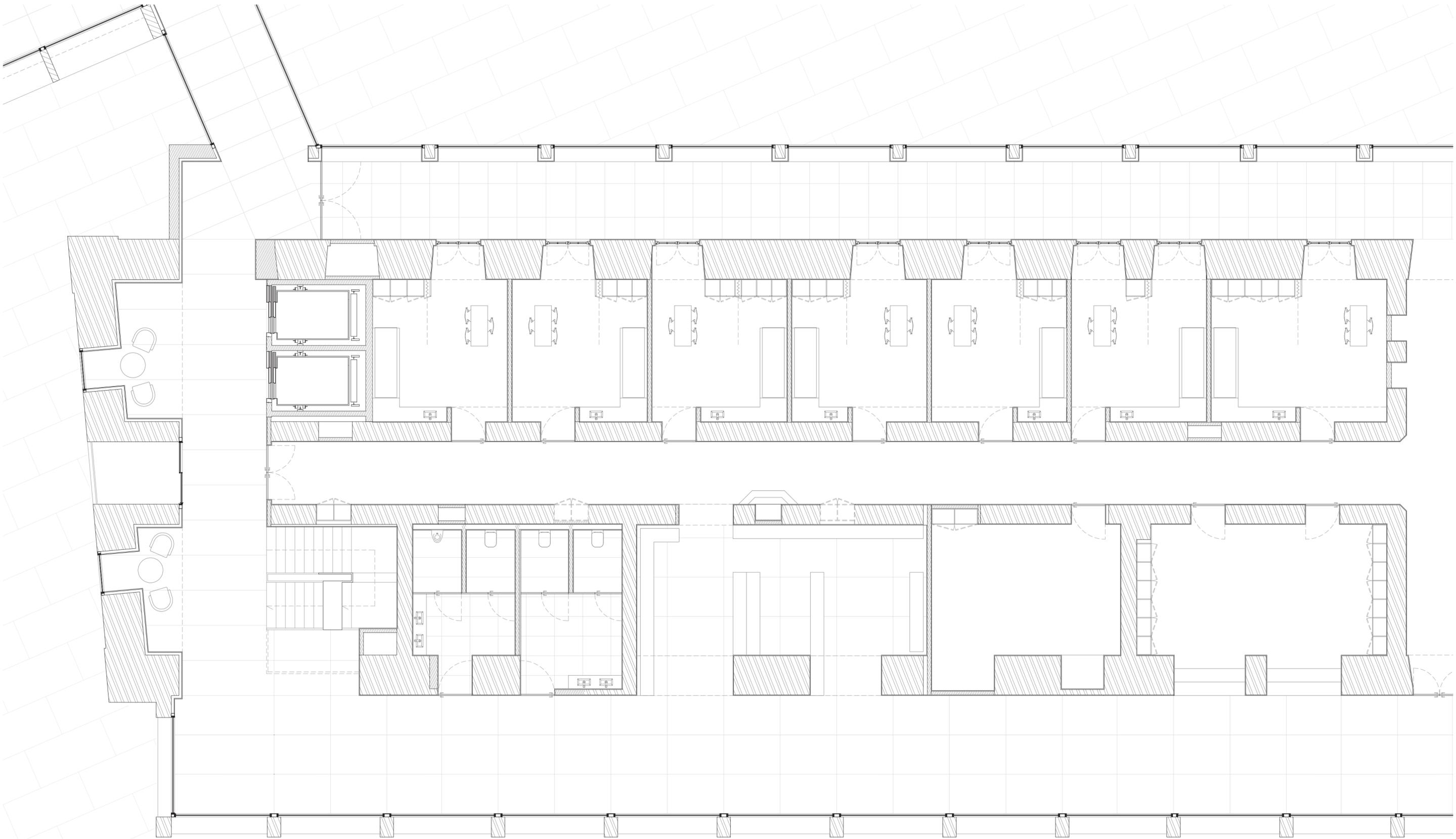


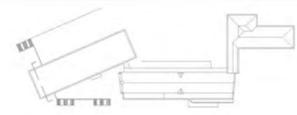
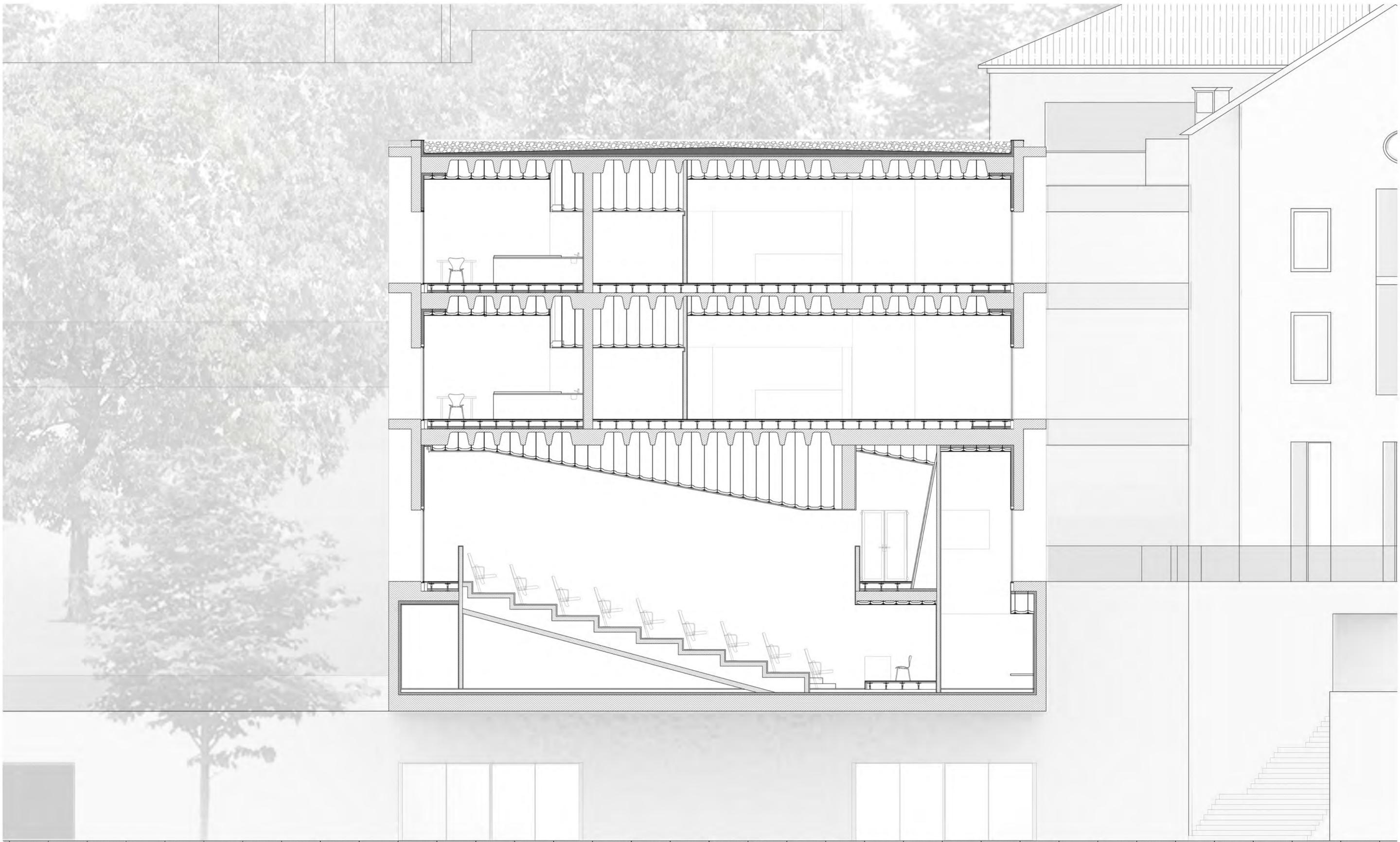
Reabilitar o Património Hospitalar
Reuso do Ex-Hospital Pediátrico como Serviço de Consultas Externas
PLANTAS PISOS 1, 2 e 3 - ADMINISTRAÇÃO | ESC. 1/250

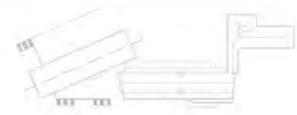
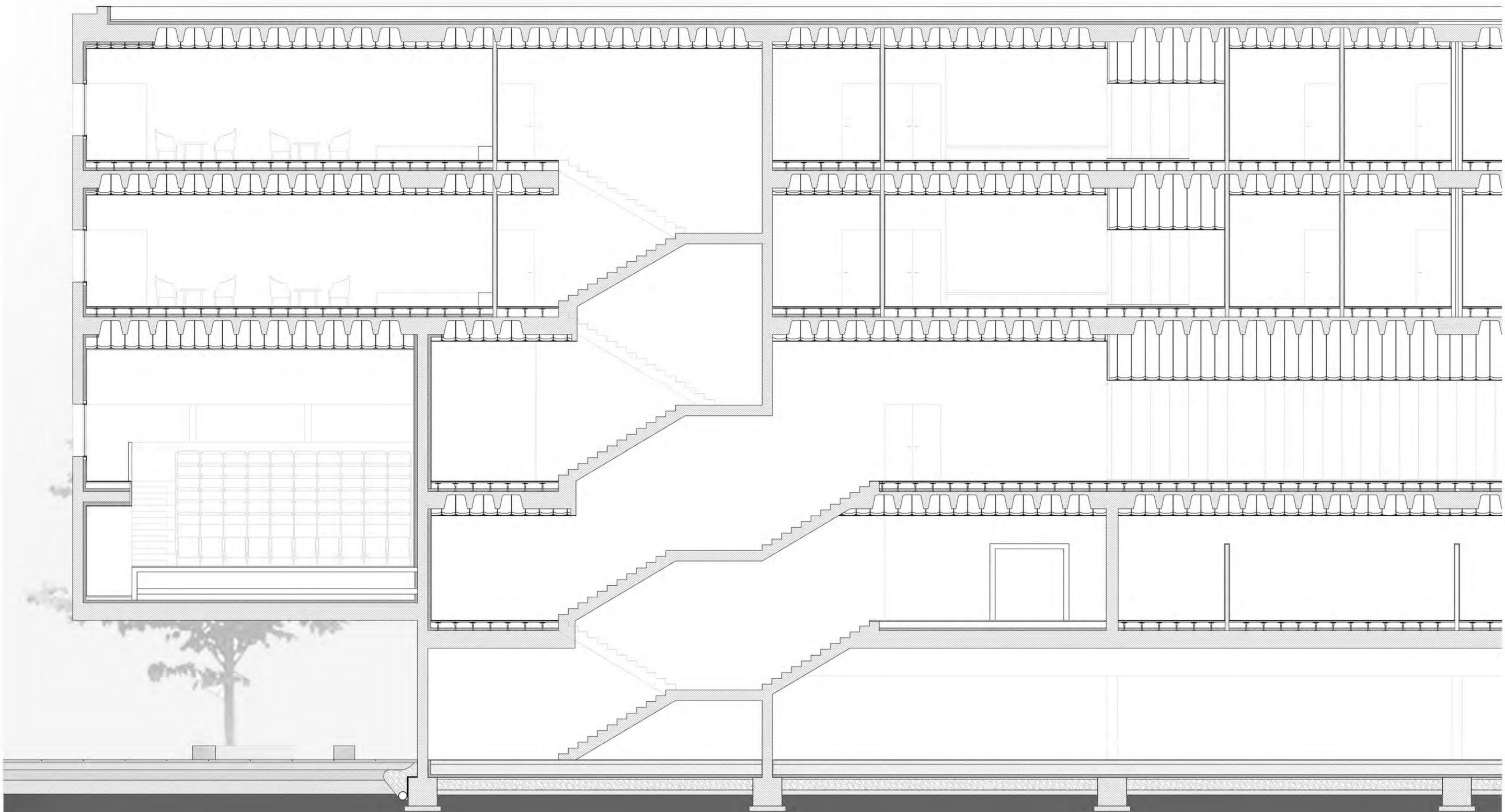


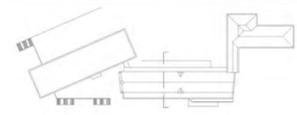


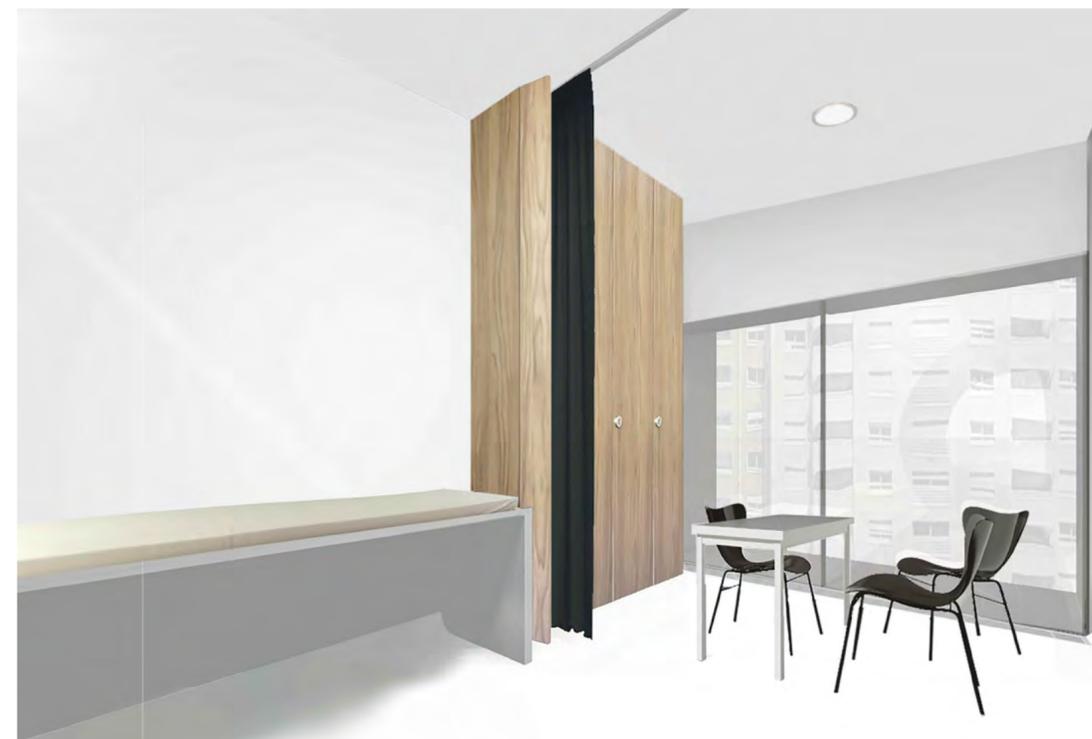
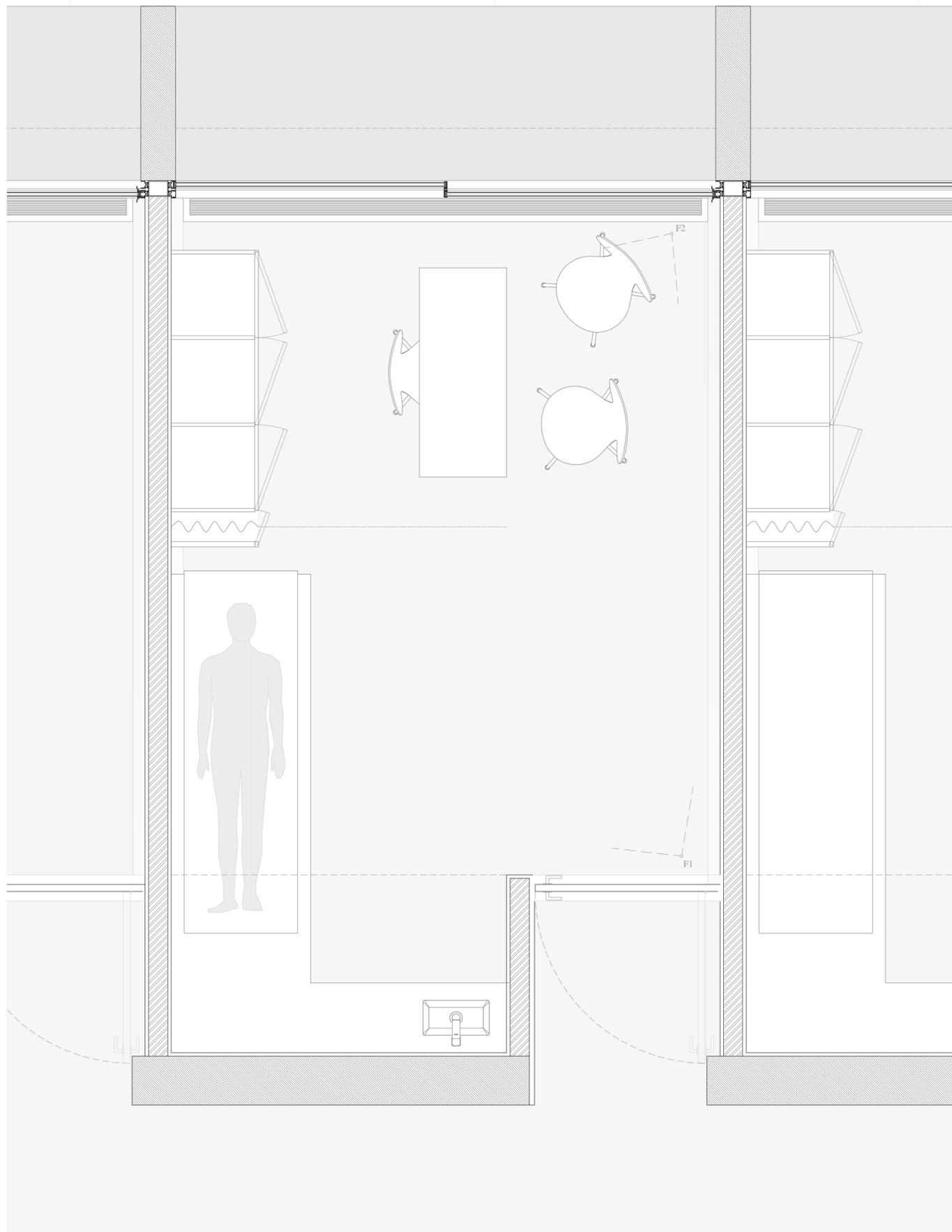




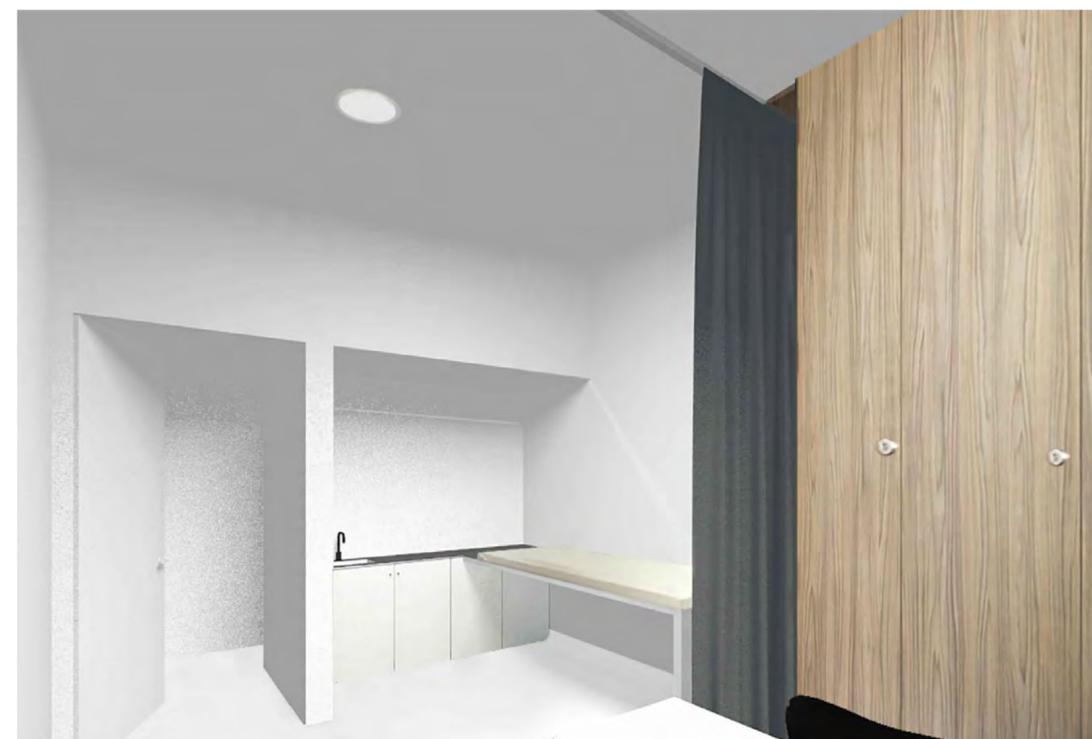




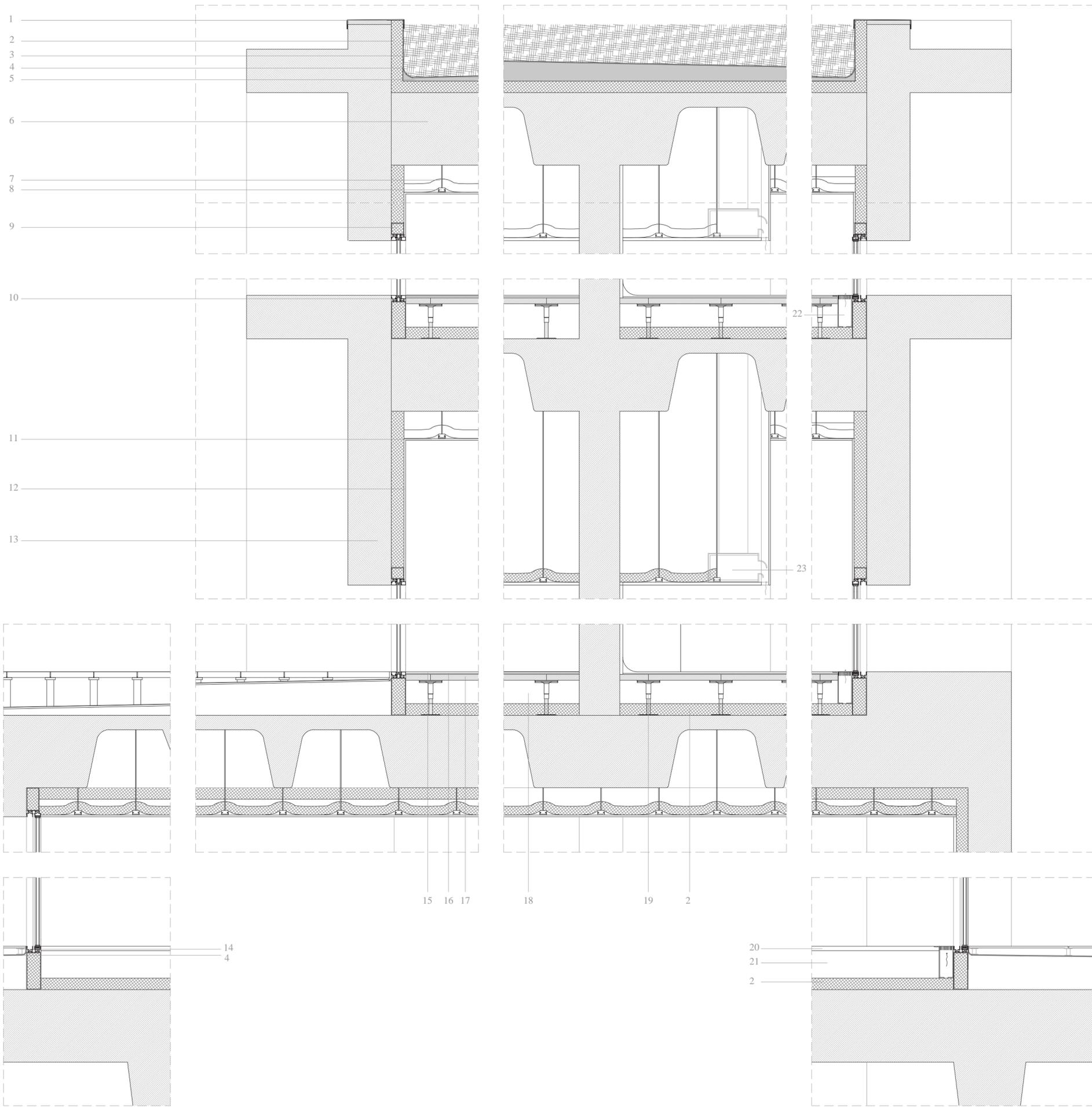




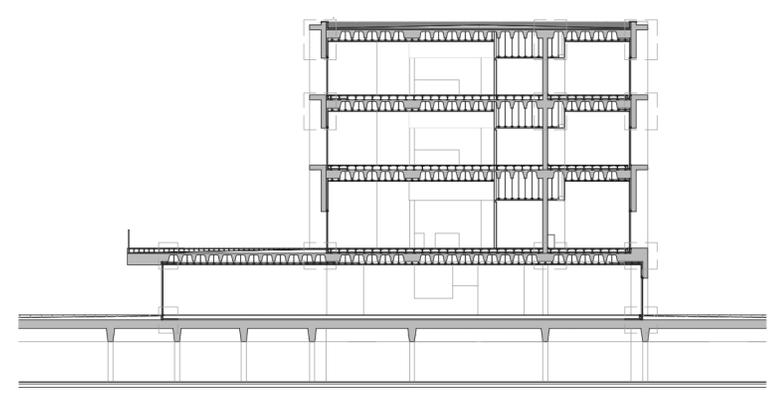
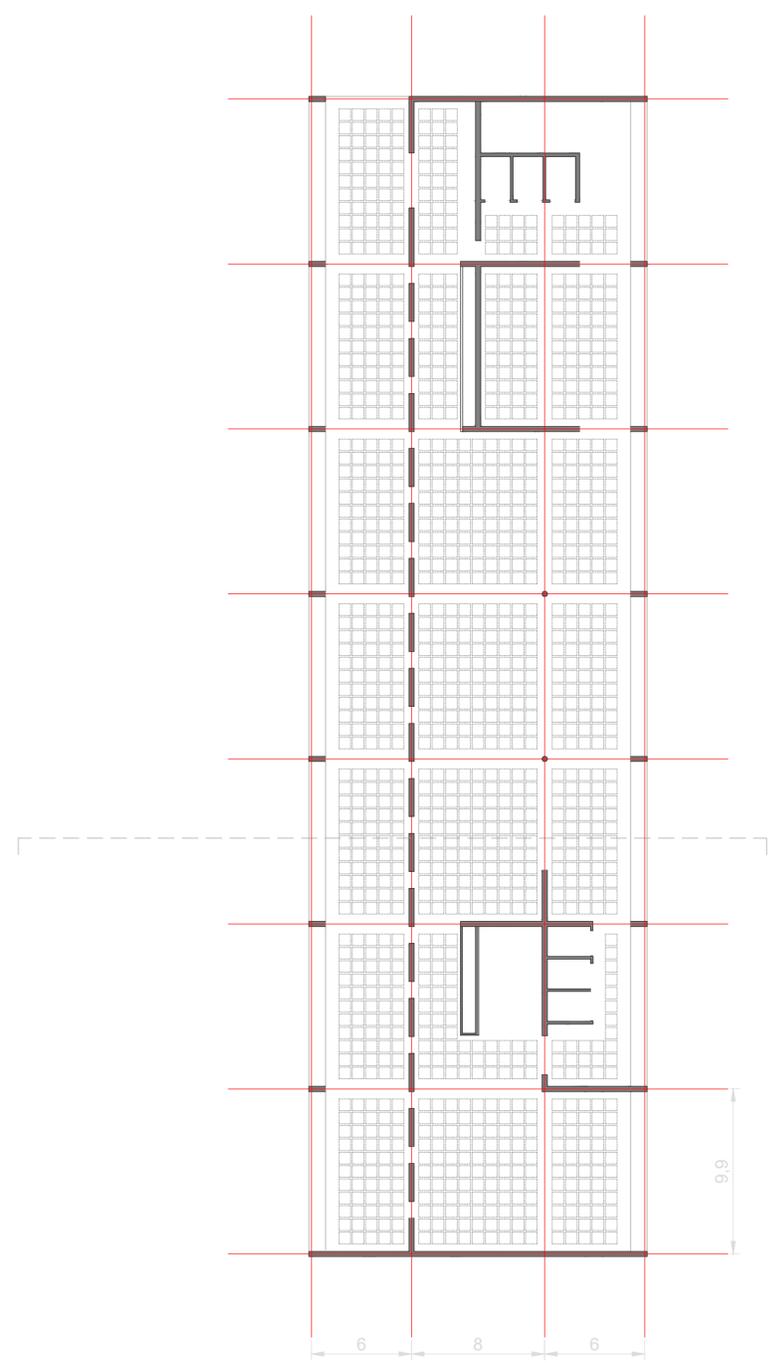
Fotomontagem 1



Fotomontagem 2



1.Rufo metálico; 2.Isolamento térmico XPS-esp. 80mm; 3.Gravilha; 4.Impermeabilização; 5.Camada de forma e pendente; 6.Laje fungiforme aligeirada; 7.Isolamento acústico/térmico em lã de rocha; 8.Montante metálico (perfil+pivot) para teto falso; 9.Perfil tubular metálico; 10.Caixilho deslizante de alumínio (Vitrocsa TH); 11.Placa de Gesso cartonado-esp.125mm; 12.Reboco estanhado pintado com tinta branca acrílica lavável; 13.Peça de betão pré-fabricado em "L" para composição da fachada; 14.Pedestal para piso técnico; 15.Pavimento em Grés Porcelânico polido; 16.Manta acustica; 17.Contraplacadado para chão falso de piso técnico-esp. 40mm; 18.Piso técnico; 19.Suportes pavimento; 20. Pavimento em Mármore carrara-esp.30mm; 21-Camada de regularização-esp.19mm; 22.Sistema de ventilação forçada - insuflação; 23.Sistema de ventilação forçada - extração.



Reabilitar o Património Hospitalar
Reuso do Ex-Hospital Pediátrico como Serviço de Consultas Externas

PORMENORES ESC. 1/20 | CORTE TRANSVERSAL ESC. 1/300 | PLANTA MÉTRICA ESTRUTURAL ESC. 1/300