

## ASPECTOS AMBIENTAIS QUE INFLUENCIAM O TRATAMENTO DA SAÚDE MENTAL: UMA REVISÃO DE LITERATURA

*ENVIRONMENTAL ASPECTS INFLUENCING MENTAL HEALTH TREATMENTS: A LITERATURE REVIEW*

Fernanda de Moraes Goulart<sup>1</sup>, Rosaria Ono<sup>1</sup>

### RESUMO:

Estudos científicos que estabelecem relações entre variáveis espaciais, variáveis de comportamento e de percepção são poderosos subsídios para a construção de espaços eficientes e atentos às necessidades dos usuários. No caso de estabelecimentos assistenciais à saúde mental, o ambiente físico é um elemento essencial na garantia da qualidade do tratamento. Entretanto esse é frequentemente subestimado pelas partes interessadas. Este artigo relata o resultado da revisão de literatura de trabalhos que fornecem evidências científicas da influência do ambiente físico na percepção e no comportamento de pessoas em sofrimento psíquico e seus cuidadores. O método escolhido foi o integrativo, que permite a inclusão de estudos empíricos e teóricos para uma compreensão mais ampla do fenômeno analisado. O resultado apresenta a síntese de 32 trabalhos científicos publicados em periódicos, centrada em três situações, a saber: o bem-estar de pessoas em tratamento, o bem-estar de trabalhadores da saúde e os conflitos de interesse entre esses dois tipos de usuários. Pessoas em sofrimento psíquico podem se beneficiar de ambientes que apresentam: (a) Acolhimento e conforto (b) Facilitadores de interação social (c) Liberdade e regulação de espaço pessoal e (d) Distrações positivas. Dois aspectos são relevantes à equipe de cuidadores: (a) Inserção do cliente no processo de projeto e (b) Ambientes funcionais. Há conflitos de interesse entre os dois tipos de usuários, no que concerne ao (a) Grau de liberdade e segurança, (b) Designação/flexibilização dos espaços, (c) Acesso de pacientes às enfermarias e (d) Número de pacientes em dormitórios. Todos os aspectos são discutidos neste trabalho.

**PALAVRAS-CHAVE:** Design baseado em evidências; saúde mental; estressores ambientais.

### ABSTRACT:

Scientific studies that establish relationships between spatial variables, behavioral variables, and perception are powerful tools in building efficient spaces that are attentive to users' needs. In the case of mental health care establishments, such as psychiatric hospitals and Psychosocial Care Centers, the physical environment is a key element in guaranteeing the quality of treatment. However, it is often underestimated by stakeholders. This article reports the result of a literature review of articles that provide scientific evidence on the influence of the physical environment on the perception and behavior of people in mental distress and their caregivers. The chosen method was the integrative method, which allows the inclusion of empirical and theoretical studies for a broader understanding of the analyzed phenomenon. The result presents the synthesis of 32 peer-reviewed scientific papers arranged in three categories: the well-being of patients, the well-being of healthcare employees and the conflicts of interest between these two types of users. The mentally ill can benefit from environments that present: (a) Refuge and comfort, (b) Facilitators of social interaction, (c) Freedom and regulation of personal space, and (d) Positive distractions. Two aspects are relevant to staff: (a) User participation in the design process and (b) Functional environments. There are conflicts of interest between the two types of users, regarding (a) Degree of freedom and security, (b) Designation/flexibility of spaces, (c) Access of patients to the wards, and (d) Number of patients in dormitories. All aspects are discussed in depth in the text.

**KEYWORDS:** Evidence based design; mental health; environmental stressors.

How to cite this article:

GOULART, F. M.; ONO, R. Aspectos Ambientais que influenciam o tratamento da saúde mental: Uma revisão de literatura. **Gestão & Tecnologia de Projetos**. São Carlos, v16, n4, 2021. <https://doi.org/10.11606/gtp.v16i4.176946>

<sup>1</sup>Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo.

**Fonte de Financiamento:** Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, processo nº2018/25152-1. CNQp, processo nº 08638/2020-4. Bolsa de Produtividade, Nível 2.

**Conflito de Interesse:** Declara não haver.

**Ética em Pesquisa:** Declara não haver necessidade.

**Submetido em:** 29/10/2020

**Aceito em:** 18/09/2021



## INTRODUÇÃO

Estabelecimentos Assistenciais da Saúde Mental são espaços que oferecem cuidados a pessoas que padecem de sofrimento psíquico diagnosticados como neuróticos ou psicóticos, podendo ter um perfil intensivo ou semi-intensivo (ambos com acolhimento noturno) ou não intensivo. No Brasil, este tipo de atendimento é prestado pela rede de atenção psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS), que é composta por equipamentos como: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); Centros de Convivência e Cultura, Unidades de Acolhimento (UAs), e leitos de atenção integral em Hospitais Gerais. Estes estabelecimentos resultam de uma extensa luta antimanicomial que, com a Lei Federal 10.216 de 2016, redireciona a política nacional de saúde mental para a desinstitucionalização. Tal movimento garante às pessoas portadoras de problemas psiquiátricos o direito de um tratamento humanizado, em ambiente terapêutico, preferencialmente em centros comunitários e abertos.

A chave para o entendimento de qual seria a forma mais adequada para se construir estes estabelecimentos está no estudo da ambiência, a relação intrínseca e amalgamada entre pessoa, ambiente físico e ambiente social. Do ponto de vista prático, investigar a ambiência de uma instituição auxilia no planejamento e manutenção de seus espaços, tornando-os funcionais e favoráveis ao desenvolvimento das relações humanas (ELALI, 2009; SOMMER, 1973). Logo, estudos científicos que estabelecem relações entre variáveis espaciais (tamanho de ambientes, iluminação, temperatura, disposição de mobiliários, quantidade de acessos, entre outros), variáveis de comportamento (agressividade, interações sociais, etc.) e de percepção (relaxamento, apinhamento, etc.) são poderosos subsídios na construção de espaços eficientes e atentos às necessidades dos usuários.

Como exemplo deste tipo de estudo, pode-se citar o artigo “Vista através de uma janela pode influenciar a recuperação cirúrgica”, publicado em 1984 na revista Science. Neste, verifica-se, pela primeira vez, que há uma relação causal positiva entre a presença de vegetação na vista de salas para pacientes e o sucesso na recuperação dos mesmos (ULRICH, 1984). Este estudo se destaca na área de Design Baseado em Evidências (DBE), por demonstrar de forma objetiva o papel do ambiente hospitalar no tratamento de doentes, frisando a necessidade de um modelo conceitual para a qualidade ambiental em espaços de saúde. DBE é um campo de estudo que pretende aplicar o conhecimento científico na construção de espaços, sobretudo aqueles dedicados à manutenção da saúde e ao tratamento de doenças. Trata-se de um método que procura diminuir erros de projeto, assinalando a arquitetos quais estratégias comprovadamente diminuem o stress de usuários, aumentam a segurança hospitalar e a produtividade de trabalhadores e otimizam o uso de recursos (ULRICH, 1984). De certa maneira, o DBE considera a arquitetura como um instrumento terapêutico propriamente dito, capaz de contribuir para o bem-estar físico e psicológico dos pacientes.

Um projeto de arquitetura que atente para questões como o atendimento às expectativas do usuário ou a adequação às qualidades do local deve, necessariamente, considerar plenamente a relação ambiente-comportamento que irão ocorrer em sua extensão. Portanto, para enumerar quais os principais elementos que devem ser considerados em projetos de construção, reforma e ampliação de Estabelecimentos Assistenciais da Saúde Mental se faz necessária a realização de uma revisão da literatura que forneça evidências científicas na influência do ambiente no tratamento de pessoas em sofrimento psíquico. Este trabalho é parte da tese de doutorado em desenvolvimento pela Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo, com o apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, processo nº 2018/25152-1.

## MÉTODO

O método integrativo de revisão de literatura permite a inclusão de estudos empíricos e teóricos para uma compreensão mais ampla do fenômeno analisado. Os artigos selecionados para este trabalho investigam o impacto do ambiente no bem-estar, integrando o conjunto de evidências sobre o tema, buscando responder à pergunta: Quais aspectos do ambiente construído de Estabelecimentos Assistenciais da Saúde Mental influenciam positivamente na percepção e comportamento de pessoas em sofrimento psíquico e seus cuidadores?

Foram buscados artigos de periódicos científicos com revisão por pares que tratam de temas como Arquitetura, Ambiente Hospitalar e Relação Pessoa-Ambiente. Na busca, foi empregado o método PICo, para pesquisas não-clínicas, selecionando as variáveis população, interesse e contexto, de acordo com as definições:

- População: Pessoas com sofrimento psíquico, equipe de saúde e equipe de apoio.
- Interesse: Influência do Ambiente na percepção ou no comportamento do ocupante.
- Contexto: Estabelecimentos Assistenciais de Saúde Mental em todo mundo.

A string de busca padrão utilizada foi composta pelos seguintes termos e sinônimos, que foram buscados na língua portuguesa e inglesa: ("Saúde Mental" OR "Sofrimento Psíquico" OR "Psiquiátrica") AND ("Estabelecimento de saúde" OR "Arquitetura" OR "Design"). A busca detectou 63 artigos submetidos a triagem de acordo com os critérios pré-definidos, que excluiu da análise os estudos que não mencionavam nenhum aspecto do ambiente físico e que não investigavam nenhum equipamento assistencial da saúde mental. Correspondiam ao critério de inclusão ensaios teóricos, estudos empíricos e revisões bibliográficas que foram lidos na íntegra, sendo submetidos à avaliação de qualidade. Para ser considerado adequado à pesquisa, os artigos deveriam fazer menção a pelo menos um dos quatro aspectos a saber: (1) Características do ambiente institucional/social, (2) Características desejáveis aos trabalhadores. (3) Características desejáveis aos pacientes. (4) Aspectos do ambiente construído que influenciam a saúde mental (Parâmetros de Design). A etapa de avaliação de qualidade reduziu a amostra para 32 artigos (tabela 01), que foram então lidos na íntegra. Todos os artigos avaliados foram publicados na língua inglesa, sendo que nenhum estudo brasileiro foi encontrado. Dentre os estudos empíricos, quatorze avaliavam um ambiente antes e depois de uma reforma.

Artigo	Autores	Periódico	Ano	Tipo	País	Participantes
Bedroom size and social interaction of the psychiatric ward	Ittelson, Proshansky, Rivlin.	Environment and Behavior	1970	Estudo Empírico	EUA	Pacientes
Behavioral and attitudinal effects of large-scale variation in the physical environment of psychiatric wards.	Holahan, Saegert.	Journal of Abnormal Psychology	1973	Estudo Empírico	EUA	
The aging psychiatric hospital: An approach to humanistic redesign	Whitehead, Ellison, Kerpen, Marshall.	Psychiatric Services	1976	Revisão de Literatura	EUA	Equipe de Saúde, Pacientes, Gestores
Community residential treatment for schizophrenia	Mosher, Menn.	Psychiatric Services	1978	Estudo Empírico	EUA	Pacientes

**Tabela 1.** Listagem dos 32 artigos selecionados, com as principais informações de cada.

**Fonte:** Editor

<b>The architectural design of a psychotherapeutic milieu</b>	Davis, Guck, Rosow.	Psychiatric Services	1979	Ensaio Teórico	EUA	
<b>The evaluation of an environmental remodeling program on a psychiatric geriatric ward</b>	Stahler, Frazer, Rappaport.	The Journal of Social Psychology	1984	Estudo Empírico	EUA	Pacientes
<b>Objective and subjective evaluation of psychiatric ward redesign</b>	Whitehead, Polsky, Crookshank, Edward.	American Journal of Psychiatry	1984	Estudo Empírico	EUA	Pacientes
<b>Effects of furniture rearrangement on the atmosphere of wards in a maximum-security hospital</b>	Baldwin.	Hospital & community psychiatry	1985	Estudo Empírico	Reino Unido	Equipe de Saúde, Pacientes
<b>How physical settings affect chronic mental patients</b>	Christenfeld, Wagner, Pastva, Acrish.	Psychiatric Quarterly	1989	Estudo Empírico	EUA	Pacientes
<b>Architectural guidelines for state psychiatric hospitals</b>	Gulak.	Psychiatric Services	1991	Ensaio Teórico	EUA	
<b>Psychiatric ward renovation</b>	Devlin.	Environment and Behavior	1992	Ensaio Teórico	EUA	Equipe de Saúde, Pacientes
<b>Improving psychiatric environments through minimal architectural change</b>	Gutkowski, Ginath, Guttman.	Psychiatric Services	1992	Ensaio Teórico	Israel	
<b>Patient overcrowding in psychiatric hospital units.</b>	Brooks, Mulaik, Gilead, Daniels.	Administration and Policy in Mental Health	1994	Estudo Empírico	EUA	Pacientes
<b>Environmental Characteristics Related to Patient Assault</b>	Lanza, Kayne, Hicks, Milner.	Issues in Mental Health Nursing	1994	Ensaio Teórico	EUA	
<b>The evolution of a therapeutic environment for patients with long-term mental illness as measured by the WAS.</b>	Smith, Gross, Roberts.	Journal of Mental Health	1996	Estudo Empírico	Reino Unido	Pacientes
<b>Healing Environment in Psychiatric Hospital Design</b>	Gross.	General Hospital Psychiatry	1998	Revisão de Literatura	Israel	
<b>Morning sunlight reduces length of hospitalization in bipolar depression</b>	Benedetti, Colombo, Barbini, et al.	Journal of Affective Disorders	2001	Estudo Empírico	Itália	Pacientes
<b>The impact of ward design on the behavior, occupational satisfaction and well-being of psychiatric nurses</b>	Graham, Gordon, Lyn	International Journal of Mental Health Nursing	2002	Estudo Empírico	Austrália	Equipe de Saúde
<b>Environment Contributors to Aggression in Two Forensic Psychiatric Hospitals</b>	Daffern, Mayer, Martin.	International Journal of Forensic Mental Health	2004	Estudo Empírico	Australia	Pacientes

<b>Effects of different interior decorations in the seclusion area of a psychiatric acute ward</b>	Vaaler, Morken, Linaker.	Nordic Journal of Psychiatry	2005	Estudo Empírico	Noruega	Pacientes
<b>Best practices: environmental and therapeutic issues in psychiatric hospital design</b>	Karlin, Zeiss.	Psychiatric Services	2006	Ensaio Teórico	EUA	Equipe de Saúde, Pacientes
<b>A Comparison of Patient and Staff Satisfaction with Services After Relocating to a New Purpose-Built Mental Health Facility</b>	Cleary, Hunt, Walter.	Australasian Psychiatry	2009	Estudo Empírico	Austrália	Equipe de Saúde, Pacientes
<b>Using arts to enhance mental healthcare environments</b>	Daykin, Byrne, Soteriou, Connor.	Arts & Health	2010	Estudo Empírico	Inglaterra	Equipe de Saúde, Pacientes, Gestores
<b>Client-Centered Design of Residential Addiction and Mental Health Care Facilities</b>	Novotná, Urbanoski, Rush.	Qualitative Health Research	2011	Estudo Empírico	Canada	Equipe de Saúde
<b>Towards a design theory for reducing aggression in psychiatric facilities</b>	Ulrich, Bogren, Lundin.		2012	Estudo Empírico	Suécia	Pacientes
<b>Impact of the physical environment of psychiatric wards on the use of seclusion</b>	Van der Schaaf, Dusseldorp, et al.	British Journal of Psychiatry	2013	Estudo Empírico	Holanda	Equipe de Saúde, Pacientes
<b>A study of agitation, conflict and containment in association with change in ward physical environment</b>	Jenkins, Dye, Foy.	Journal of Psychiatric Intensive Care	2014	Estudo Empírico	Reino Unido	Pacientes
<b>Quality of life and place attachment among people with severe mental illness</b>	Marcheschi, Laike, Brunt, Hansson, Johansson.	Journal of Environmental Psychology	2015	Estudo Empírico	Suécia	Pacientes
<b>Mental and behavioral health environments</b>	Shepley, Watson, et al.	General Hospital Psychiatry	2016	Estudo Empírico	EUA e Austrália	Equipe de Saúde, Gestores
<b>Housing design and people with severe mental illness</b>	Marcheschi, Johansson, Laike, Brunt.	Scandinavian Journal of Psychology	2016	Estudo Empírico	Suécia	Pacientes
<b>Psychiatric ward design can reduce aggressive behavior</b>	Ulrich, Bogren,, et al.	Journal of Environmental Psychology	2018	Estudo Empírico	Suécia	Pacientes

## RESULTADOS

Com os artigos selecionados realizou-se uma leitura integral, da qual foram extraídos os aspectos do ambiente construído de unidades assistenciais da saúde mental apontados como influências positivas na percepção e no comportamento dos usuários. Estes aspectos foram então categorizados em três grupos; aqueles que impactam o bem-estar de pessoas em

tratamento, de trabalhadores, e aqueles que apresentam conflito de interesses entre esses atores. Nestes grupos, foram definidas categorias, que emergiram a partir da análise dos textos.

## **ASPECTOS AMBIENTAIS QUE IMPACTAM O BEM-ESTAR DE PESSOAS EM TRATAMENTO.**

Os artigos consultados demonstram que o ambiente construído influencia o comportamento, de maneira que a sua configuração passa a ser um recurso para promover o bem-estar das pessoas em tratamento psicossocial. Para Whitehead, Polsky, Cookshank e Fik (1984) estudos em DBE podem avaliar como o ambiente se correlaciona com as mudanças no comportamento, nas interações sociais e na redução de psicopatologias de pessoas com sofrimento psíquico. Este último, entretanto, trata-se de uma variável difícil de se avaliar, uma vez que os comportamentos psicopatológicos ou indesejados (agressividade, vandalismo, apatia etc.) possuem causas não somente ambientais, como também fisiológicas e psicológicas.

Contudo, mesmo considerando tais limitações, as pesquisas mostraram, com sucesso e confiabilidade, o impacto do contexto ambiental na saúde mental. Por exemplo, Smith, Gross e Roberts (1996) realizaram um estudo longitudinal em pacientes esquizofrênicos, bipolares e com transtorno de personalidade em um hospital psiquiátrico que passou por reformas. Os pacientes foram avaliados antes da reforma e nos próximos três anos, mostrando uma melhoria do seu quadro logo no primeiro ano. Pacientes esquizofrênicos mostraram-se particularmente vulneráveis e sensíveis ao ambiente; para eles, tanto salas com muitos estímulos quanto as desestimulantes possuem um efeito tóxico, agravando alucinações, paranoias e comportamentos agitados. A diversidade de ambientes estimulantes, relaxantes e lenientes é um recurso interessante para acomodar pacientes com diversos tipos de transtorno mental.

Quando realizadas de maneira a criar uma ambiência mais agradável, as reformas em unidades assistenciais de saúde elevam o moral e fornecem uma atmosfera terapêutica melhor (STAHLER; FRAZER; RAPPAPORT, 1984; TYSON; LAMBERT; BEATTIE, 2002). Em suma, o lócus da saúde mental precisa ser atrativo, restaurador, propenso a interações sociais e ao esparecimento, mostrando à pessoa em tratamento que sua condição de vida é importante, convidando-o a pensar melhor sobre si mesmo.

### **Acolhimento e conforto**

O desenho de interiores e a composição da ambiência, têm um impacto importante na recuperação de doentes mentais (NOVOTNÁ; URBANOSKI; RUSH, 2011). Estabelecimentos assistenciais à saúde mental precisam se apresentar como um espaço de acolhimento, onde os pacientes se sintam amparados, seguros e confortáveis para tratar seus distúrbios. Assim sendo, as escolhas estéticas neste tipo de estabelecimento devem convergir para criar um local de escuta, onde a pessoa em tratamento possa se sentir à vontade, ou em outras palavras, um ambiente mais “familiar” e menos “institucional”. Estudos mostram que simplesmente mudar a ambiência de uma instituição psiquiátrica para que essa se assemelhe a uma residência melhora o ânimo e o comportamento dos pacientes. (CHRISTENFELD et al., 1989) e reduz incidentes de vandalismo (VAALER; MORKEN; LINAKER, 2005).

Tradicionalmente, enfermarias, clínicas e hospitais psiquiátricos são construídos de maneira a reduzir os estímulos sociais e a facilitar a circulação e operação dos profissionais de saúde, com paredes brancas, mobiliários rígidos e salas de observação e dormitórios convergindo para longos corredores. Não há evidências científicas que comprovem que este tipo de arranjo, comumente referido como “institucional”, apresente vantagens no desempenho clínico do paciente (VAALER; MORKEN; LINAKER, 2005). Por outro lado, Devlin (1992) realizou um

estudo que comparava o comportamento de pacientes em uma unidade psiquiátrica antes e depois de uma reforma, mostrando que uma decoração do estilo “residencial” contribuiu para a redução de comportamentos como falar sozinho, autoagressão e andar sem propósito.

Este tipo de desenho de interiores é frequentemente apontado como preferido por pessoas em tratamento, sobretudo as mulheres (VAALER; MORKEN; LINAKE, 2005). Todavia, não existe uma definição clara do que pode ser qualificado como ambiente residencial, o que pode variar de acordo com o contexto cultural e social em que a unidade está inserida (SHEPLEY et al., 2016). Por exemplo, em um projeto de interiores de unidades de acolhimento como CAPS e SRT deve-se considerar que muitos usuários moram na rua ou em residências de baixíssima qualidade. Ainda assim, pode-se afirmar que, de uma maneira geral, uma residência é comumente entendida como um ambiente que transmite um sentimento de acolhimento, segurança e respeito pelo paciente (SHEPLEY et al., 2016). Alguns elementos presentes na estética residencial são: a aplicação de cores e texturas na parede, revestimentos cerâmicos coloridos, pé direito baixo, cortinas nas janelas, armários de madeira, cadeiras e sofás estofados e confortáveis, arranjos florais, vasos de plantas e itens pessoais nos quartos dos pacientes. (DAVIS; GLICK; ROSOW, 1979; DEVLIN, 1992; GROSS et al., 1998; VAALER; MORKEN; LINAKE, 2005).

Do ponto de vista da experiência do usuário, o uso de diferentes cores e texturas aumenta o leque de estimulações sensoriais que, em um contexto de atendimento à saúde mental, pode ter fins terapêuticos. Para Karlin e Zeiss (2006), tanto paletas de cores monocromáticas e tons pastéis, quanto estampas muito exorbitantes devem ser evitadas. O uso de cores pode ressaltar as atividades desempenhadas em cada espaço, cores calmas e frias para dormitórios e animadoras e quentes nas salas comuns, mas a associação de cores com sensações específicas deve ser adaptada às condições socioculturais (DAVIS; GLICK; ROSOW, 1979; GULAK, 1991).

A qualidade da iluminação também desempenha um papel crucial (VAALER; MORKEN; LINAKE, 2005), sobretudo a luz natural, que deve ser utilizada amplamente. (DAVIS; GLICK; ROSOW, 1979; KARLIN; ZEISS, 2006; SHEPLEY et al., 2016; ULRICH; BOGREN; LUNDIN, 2012; WHITEHEAD et al., 1976). Assim como ocorre com cores e texturas, as janelas aumentam habilidades sensoriais, contribuindo para a redução de delírios e paranoias (KARLIN; ZEISS, 2006) e têm sido consideradas um elemento auxiliar ao tratamento de depressão e bipolaridade (BENEDETTI et al., 2001). Ainda, os estudos constataram que os corredores longos, sem janelas ou pinturas na parede, foram os locais em que mais se reportaram eventos de distorção perceptiva (KARLIN; ZEISS, 2006). Já a iluminação artificial deve ser idealmente indireta, suave, difusa e de espectro total com possibilidade de dimerização (DAVIS; GLICK; ROSOW, 1979; KARLIN; ZEISS, 2006).

Soma-se às exigências de iluminação requerimentos referentes à acústica da unidade (ULRICH; BOGREN; LUNDIN, 2012). Idealmente, estabelecimentos assistenciais de saúde mental necessitam de uma ambiência sossegada, protegida de ruídos externos e ecos (KARLIN; ZEISS, 2006). Contudo, estes locais tendem a ser justamente os mais barulhentos, com pouco controle da propagação de ruídos entre os ambientes da unidade, como o som alto da televisão ligada na sala de espera ou de conversas particulares nos consultórios (ULRICH et al., 2018). Por fim, deve-se atentar para a qualidade do ar, garantindo uma boa ventilação e odores neutros (KARLIN; ZEISS, 2006). Todos esses fatores associados ao conforto do usuário contribuem para a redução do chamado “Estresse Ambiental” (ULRICH et al., 2018), e facilitam a recuperação de pessoas lidando com diversos tipos de sofrimento psíquico.

### Facilitadores de interação social

Um dos fatores mais importantes no tratamento em saúde mental é o desenvolvimento de interações sociais positivas; a capacidade do paciente em conversar com outros pacientes e

com a equipe de saúde, compartilhar suas experiências e expressar suas necessidades (MARCHESCHI et al., 2016). Tão somente, maiores níveis de conexão e interação com as pessoas é algo que os pacientes efetivamente desejam (SMITH; GROSS; ROBERTS, 1996). O desenvolvimento de tais faculdades pode ocorrer em ambientes especificamente desenhados para tal, como cozinhas comunitárias (DAVIS; GLICK; ROSOW, 1979), salas de jantar (GROSS et al., 1998), salas de convivência e de atividades em grupo (KARLIN; ZEISS, 2006), cafeterias (WHITEHEAD et al., 1984), áreas verdes (MARCHESCHI et al., 2016) ou lobbys (GROSS et al., 1998). Entretanto, para que tais espaços possam dar suporte adequado às oportunidades de interação social é necessário que sejam planejados levando em consideração seu mobiliário, a facilidade de acesso e sua capacidade de ocupação.

Interações sociais positivas parecem ocorrer mais em ambientes que possuam altos níveis de conforto, fácil acesso e mobiliário móvel, que funcione como organizador social (MARCHESCHI et al., 2016). Este último aspecto consiste na disposição de assentos em grupos pequenos, cerca de quatro lugares, dividindo o ambiente em subáreas com cadeiras próximas (CHRISTENFELD et al., 1989). De fato, o posicionamento dos assentos desempenha um papel importante como facilitador de interação social. O simples rearranjo do mobiliário em uma unidade psiquiátrica pode contribuir para aumentar a incidência de conversas entre usuários, melhorar a avaliação de enfermeiros e reduzir o número de reclusão (BALDWIN, 1985; STAHLER; FRAZER; RAPPAPORT, 1984). Em um experimento realizado em uma unidade de psiquiatria geriátrica, pesquisadores rearranjaram os assentos que estavam dispostos linearmente para grupos de quatro convergindo para uma mesa. Ao comparar as atividades antes e depois da intervenção, foi observado que os pacientes passaram a interagir mais vezes, em grupos maiores e por mais tempo (SOMMER e ROSS, 1958).

No que diz respeito à ocupação dos ambientes, sabe-se que grupos menores de pessoas aumentam as relações interpessoais, de maneira que quartos e áreas de atividades devem comportar um número reduzido de usuários (ULRICH; BOGREN; LUNDIN, 2012). Ao estudar a relação entre tamanho dos quartos e interação social, Ittelson, Proshansky e Rivlin (1970) observaram uma variedade maior de atividades sociais em quartos com uma a três camas, enquanto os pacientes em quartos maiores passaram quase a totalidade do seu tempo deitado em sua cama, seja acordado ou dormindo. Também é interessante enriquecer os quartos possibilitando sua personalização, ao reservar um local para os pacientes exibirem objetos pessoais e expressarem sua identidade, o que, por sua vez, gera momentos de interação com os colegas (NOVOTNÁ; URBANOSKI; RUSH, 2011; STAHLER; FRAZER; RAPPAPORT, 1984; WHITEHEAD et al., 1976).

### Liberdade e regulação de espaço pessoal

Uma unidade de atendimento psicossocial deve ser construída e operada de maneira a dar autonomia e espontaneidade ao paciente. Denomina-se “portas abertas” a política institucional que permite o paciente a transitar livremente dentro e fora da unidade, dando-lhe um maior poder de decisão sobre o local em que deseja estar e as condições do seu tratamento. Se comparada ao modelo de hospital psiquiátrico fechado e restritivo, este tipo de configuração ajuda a pessoa em tratamento a melhor desenvolver faculdades como independência, autonomia e socialização, bem como reduzir o uso de remédios prescritos (MOSHER, 1980).

As pessoas em situação de sofrimento psíquico desejam o máximo de liberdade de ir e vir e um menor controle dos enfermeiros sobre suas decisões (CLEARY; HUNT; WALTER, 2009; NOVOTNÁ; URBANOSKI; RUSH, 2011; SMITH; GROSS; ROBERTS, 1996). Entretanto, os pacientes também expressam a necessidade de conviver em um local com menos agressividade e maior socialização (CLEARY; HUNT; WALTER, 2009). Em estudos sobre a relação entre comportamentos agressivos e as características ambientais em enfermarias, constatou-se que



comportamentos agressivos são mais frequentes quando os pacientes são privados da possibilidade de circular pelo local (DAFFERN; MAYER; MARTIN, 2004; LANZA et al., 1994). Estas duas questões, percepção de liberdade e socialização estão interligadas, no sentido de que, ao ganhar mais liberdade para regular seu espaço pessoal, uma pessoa passa a ter oportunidade de se afastar toda vez que se sentir sobrecarregada, cansada ou indisposta, evitando, assim, desentendimentos com colegas e com a equipe de saúde.

Em suma, pessoas com sofrimento psíquico não devem ser forçadas a interagir contra a sua vontade, sob o risco de se aumentar o seu nível de estresse (GULAK, 1991). Logo, a chave para evitar agressões em unidades assistenciais de saúde mental é o controle do apinhamento, que é a avaliação subjetiva de uma densidade populacional alta (BROOKS et al., 1994; DAFFERN; MAYER; MARTIN, 2004; GROSS et al., 1998; LANZA et al., 1994; ULRICH et al., 2018; VAN DER SCHAAF et al., 2013). O apinhamento funciona como um grande estressor, reduzindo as oportunidades de reclusão e aumentando os níveis de estimulação sensorial, o que, por sua vez, aumenta a ocorrência de comportamentos psicopatológicos (ULRICH et al., 2018).

Como o apinhamento é uma percepção subjetiva, a melhor forma de controlá-lo é permitindo que a pessoa em tratamento circule em liberdade, regulando sua própria necessidade de interagir ou estar em reclusão. Do ponto de vista da arquitetura, isto significa que as unidades assistenciais devem ter tanto quartos e espaços privativos, para relaxar e descansar, quanto áreas comuns amplas, para as pessoas se relacionarem com os colegas (DAFFERN; MAYER; MARTIN, 2004; DEVLIN, 1992; GROSS et al., 1998; GULAK, 1991; ULRICH et al., 2018). Em quartos coletivos com até cinco camas, os pacientes conseguem regular suas atividades para que todos tenham um momento de descanso sozinho, mantendo a percepção de privacidade (ITTELSON; PROSHANSKY; RIVLIN, 1970). Nas áreas comuns, para reduzir ainda mais o apinhamento e aumentar as possibilidades de regulação do espaço pessoal, recomenda-se o uso de mobiliário móvel (ULRICH; BOGREN; LUNDIN, 2012).

Tratamento psiquiátrico não deve ser sinônimo de perda de liberdade (GUTKOWSKI; GINATH; GUTTMANN, 1992). Para isso, as unidades da rede de assistência psicossocial devem ser construídas com livre circulação, contribuindo para a redução do estigma de um cárcere, onde a autonomia e os desejos da pessoa em sofrimento psíquico não são respeitados.

### Distrações positivas

Por todas as razões já enumeradas, uma unidade de saúde mental deve, indispensavelmente, contar com espaços de convivência, locais estimulantes para interação e locais reclusos para descanso (HOLAHAN; SAEGERT, 1973; MARCHESCHI et al., 2015). Além de possibilitarem a regulação do espaço pessoal e aumentarem a percepção de liberdade, tais ambientes fornecem diversas amenidades que funcionam como distrações positivas, capazes de reduzir o estresse dos pacientes. Por definição, as distrações positivas são entendidas como elementos da natureza ou obras de arte que proporcionam sentimentos bons ao paciente, prendem sua atenção e despertam o interesse, afastando-os de pensamentos sobre sua doença (ULRICH et al., 2018). Tais elementos servem à valorização estética da unidade, pois criam um ambiente interessante e estimulante, promovendo uma imagem positiva do edifício na comunidade (NOVOTNÁ; URBANOSKI; RUSH, 2011; WHITEHEAD et al., 1976).

No geral, a presença abundante de plantas em unidades assistenciais à saúde mental é bem avaliada pelos pacientes, tanto em ambientes internos, quanto externos (DEVLIN, 1992; KARLIN; ZEISS, 2006). A exposição visual à natureza basta para reduzir significativamente o estresse e a fadiga (KARLIN; ZEISS, 2006; ULRICH, 1984); entretanto, o acesso físico a ambientes naturais é ainda mais interessante, pois permite uma variedade maior de atividades terapêuticas, como cuidar de jardins e hortas comunitárias, utilização de pátios para atividades físicas e de espaços reclusos para consultas e locais para experimentar quietude e relaxamento

(GROSS et al., 1998; SHEPLEY et al., 2016; ULRICH et al., 2018; WHITEHEAD et al., 1976). Idealmente, as áreas internas e externas devem estar integradas por espaços de transição e pela presença de janelas com vistas para a natureza em quartos e consultórios. (KARLIN; ZEISS, 2006; ULRICH; BOGREN; LUNDIN, 2012; WHITEHEAD et al., 1976).

Obras de arte também são compreendidas como elementos positivos no ambiente da saúde, pois o embelezamento estético reforça aspectos positivos e diminui os aspectos negativos da ambiência, além de promover oportunidades de interação entre pacientes e funcionários (DAYKIN et al., 2010; MARCHESCHI et al., 2015). Para controlar a ansiedade e o estresse das pessoas em tratamento, recomenda-se o uso de obras de arte calmantes e, preferencialmente, com imagens da natureza ou referências ao território (DAYKIN et al., 2010; KARLIN; ZEISS, 2006; ULRICH et al., 2018) Arte abstrata deve ser evitada, pois essa é mais susceptível à projeção de sentimentos e memórias negativas pela pessoa em sofrimento psíquico (ULRICH et al., 2018). Ainda, obras de arte, quando produzidas com participação do usuário, podem ser instrumentos valiosos na afirmação de sua identidade e na superação de estigmas (DAYKIN et al., 2010). Artesanatos, pinturas e painéis produzidos em oficinas terapêuticas aliam o desenvolvimento de habilidades motoras e de auto expressão, podendo ser utilizadas para a personalização de espaços comuns e privativos da unidade (MARCHESCHI et al., 2015; NOVOTNÁ; URBANOSKI; RUSH, 2011; WHITEHEAD et al., 1976)

Finalmente, recomenda-se a instalação de amenidades em espaços internos, desde que não apresentem nenhum risco à segurança de usuários e sejam utilizadas sob supervisão da equipe (SHEPLEY et al., 2016). Unidades de saúde mental podem contar com áreas específicas para a prática de atividades da vida diária (AVD's), de autocuidado ou para programas recreacionais (CHRISTENFELD et al., 1989). Passatempos como pebolim e bicicletas ergométricas são formas de manter os pacientes distraídos e ativos. Cozinhas podem ser utilizadas para terapias de AVD como cozinhar ou lavar louças (DAVIS; GLICK; ROSOW, 1979).

## ASPECTOS AMBIENTAIS QUE IMPACTAM O BEM-ESTAR DE TRABALHADORES

O cotidiano da equipe que cuida de pacientes em sofrimento psíquico envolve tomadas de decisão sob pressão, situações inesperadas e a mediação de desentendimentos. Mesmo quando não estão desempenhando nenhuma atividade com os pacientes, os funcionários estão alertas para essas necessidades, cuidando para manter o sossego no ambiente terapêutico. Elementos do design podem tornar essas tarefas mais ou menos desafiadoras, impactando na carga diária de estresse vivenciado pela equipe. Como o estresse é um mediador importante no impacto do ambiente físico na saúde, os efeitos de uma reforma ou adequação no ambiente hospitalar são ainda mais evidentes para eles (CHRISTENFELD et al., 1989; NOVOTNÁ; URBANOSKI; RUSH, 2011). Há uma noção equivocada de que reformas são experiências estressantes e influenciam negativamente a ambiência; entretanto, os estudos mostraram que a equipe de saúde tende a responder positivamente às mudanças ambientais (HOLAHAN; SAEGERT, 1973; VAALER; MORKEN; LINAKE, 2005).

### Inserção do funcionário no processo de projeto.

A ampla aceitação de reformas em ambientes da saúde mental pode ser explicada a partir de um fenômeno cunhado como “viés da novidade”; que afirma que pessoas em tratamento, de uma maneira geral, se sentem satisfeitos com espaços recém construídos (VAALER; MORKEN; LINAKE, 2005). Sob essa argumentação, alguns pesquisadores afirmam que a equipe de saúde tem maior capacidade de orientar arquitetos e definir programas de necessidades que se adequem tanto às suas exigências funcionais quando ao bem-estar dos pacientes. Esta cooperação tem se mostrado essencial na criação de novos ambientes, principalmente quando o envolvimento da equipe atinge todos os níveis do processo de planejamento (DAVIS; GLICK;

ROSOW, 1979; GUTKOWSKI; GINATH; GUTTMANN, 1992). Naturalmente, isso não significa que pacientes e seus familiares devam ser excluídos do processo (GUTKOWSKI; GINATH; GUTTMANN, 1992). Permitir que a pessoa em tratamento opine sobre seu ambiente, seja concedendo entrevistas ou sugerindo novas formas de personalização do espaço, é uma maneira de promover sua independência, identidade e bem-estar (GULAK, 1991; MARCHESCHI et al., 2015; NOVOTNÁ; URBANOSKI; RUSH, 2011).

Um projeto alheio aos anseios dos pacientes pode ter um efeito negativo em sua qualidade de vida, contudo, quando a arquitetura não corresponde às exigências organizacionais, enfermeiros e médicos passam a sofrer altos níveis de esgotamento profissional, que repercute na qualidade do atendimento prestado (TYSON; LAMBERT; BEATTIE, 2002). Em contrapartida, ambientes bem adaptados às atividades terapêuticas aumentam o moral e o ânimo da equipe de saúde, que passa a lidar mais facilmente com os pacientes, diminuindo eventos agressivos e desentendimentos (DEVLIN, 1992; VAALER; MORKEN; LINAKER, 2005). Ainda, a instalação de elementos decorativos como obras de arte tem maiores chances de ser aceita entre os outros usuários, se os funcionários participarem de sua escolha (DAYKIN et al., 2010). Sob essa perspectiva, pode-se afirmar que a contribuição da equipe é imprescindível na avaliação de espaços para a saúde mental, auxiliando na identificação de pontos fortes e fracos de unidades existentes e no planejamento de novos projetos. (CLEARY; HUNT; WALTER, 2009).

### Ambientes Funcionais

Conforme explicado anteriormente, espaços que fazem lembrar um hospital, sem elementos decorativos e com paredes brancas, não são agradáveis às pessoas em sofrimento psíquico, mais receptivas a ambientes que se assemelhem ao de uma residência. Do ponto de vista estético, a equipe de saúde também costuma preferir ambientes em estilo residencial (KARLIN; ZEISS, 2006). Todavia, para que as atividades sejam desempenhadas com excelência, é necessário que se dê uma atenção especial a aspectos como funcionalidade, salubridade e manutenção dos ambientes, pois não são todos os elementos de uma estética residencial que funcionam em uma unidade de assistência à saúde mental (WHITEHEAD et al., 1976).

Um exemplo disto é a instalação de carpetes, um item típico de residências nos Estados Unidos. Devlin (1992) avaliou a instalação deste e outros materiais considerados residenciais em quatro enfermarias psiquiátricas americanas. Os carpetes foram usados para dar um aspecto confortável e elegante às salas de convivência, porém, rapidamente tal decisão mostrou-se inapropriada, já que alguns pacientes sofriam de incontinência urinária (DEVLIN, 1992). Os mobiliários considerados “residenciais”, são comumente fabricados com materiais menos resistentes, como madeira ou tecido. Por um lado, são mais agradáveis do que as camas e mesas hospitalares metálicas, entretanto são menos duráveis e de difícil limpeza. Em unidades assistenciais de saúde mental, isso é relevante pois o ambiente é frequentemente objeto de atuação (termo derivado do inglês “*acting out*”) de um paciente nervoso (SHEPLEY et al., 2016). A mesma lógica se aplica para outros elementos residenciais, como acabamentos em gesso, janelas e portas em vidro comum e objetos decorativos leves (DAFFERN; MAYER; MARTIN, 2004).

Ignorar o impacto do desenho do ambiente na execução dos serviços de saúde pode levar a erros de projeto, como estações de enfermeiras muito pequenas e sem espaço para armazenamento de materiais (NOVOTNÁ; URBANOSKI; RUSH, 2011). Psicólogos, médicos e assistentes sociais valorizam em especial ambientes de fácil manutenção, resistentes a danos, com uma boa iluminação natural e qualidade acústica, onde as consultas possam ser conduzidas sem interrupções (DAVIS; GLICK; ROSOW, 1979). É de amplo consenso entre profissionais de saúde a necessidade de um espaço de descanso exclusivo aos funcionários, como uma pequena copa restrita aos mesmos, onde possam descomprimir do estresse

cotidiano e fortalecer a relação entre os membros da equipe (NOVOTNÁ; URBANOSKI; RUSH, 2011).

## **CONFLITOS DE INTERESSE ENTRE A EQUIPE DE SAÚDE E PESSOAS EM TRATAMENTO.**

Estudos indicam que reformas no ambiente hospitalar costumam ser percebidas como positivas, sendo que geralmente os usuários do sistema as apreciam mais do que a equipe de saúde (TYSON; LAMBERT; BEATTIE, 2002). Há diferenças significativas entre procedimentos de design com enfoque no paciente e com enfoque no trabalhador, pois o primeiro tende a ignorar algumas necessidades da equipe, como espaços exclusivos de descanso, número de estações de enfermagem e locais para armazenamento de materiais (NOVOTNÁ; URBANOSKI; RUSH, 2011). Ainda, pacientes frequentemente solicitam alterações ambientais que não são convenientes ao serviço de saúde, gerando tensões durante as reuniões de projeto participativo. Estes conflitos de interesses entre a equipe de saúde e pacientes serão discutidos a seguir.

### **Grau de liberdade e segurança**

Práticas modernas de cuidado à saúde mental chamam a atenção para a importância do cuidado em liberdade, em respeito aos direitos fundamentais da pessoa em sofrimento, que não deve ser mantida em uma instituição contra a sua vontade. Frequentemente, estabelecimentos de “portas abertas” enfrentam desafios no que se refere à segurança de seus usuários, pois a mesma política criada para manter a liberdade dos pacientes acaba por facilitar furtos, a entrada de substâncias proibidas e oportunidades para a agressão (NOVOTNÁ; URBANOSKI; RUSH, 2011; SHEPLEY et al., 2016). Instituições fechadas possuem algumas vantagens nesse aspecto, apresentando menores taxas de fuga, menor necessidade de fiscalização interna, maior controle de contrabando e de visitantes indesejados (CLEARY; HUNT; WALTER, 2009).

Estabelecimentos da saúde mental devem ser construídos de forma a garantir a segurança das pessoas e de seu patrimônio (WHITEHEAD et al., 1976). Os elementos arquitetônicos para a segurança incluem medidas como a instalação de um sistema interno de comunicação, sistema de câmeras em circuito fechado, leiaute que permita a visibilidade dos pacientes, acabamentos a prova de violência e o controle do número de usuários (ULRICH et al., 2018; VAN DER SCHAAF et al., 2013). Discute-se, no entanto, até que ponto as estratégias de segurança podem ferir a liberdade das pessoas em tratamento. Por exemplo, alguns pesquisadores sugerem a importância de criar quartos individuais com banheiros privativos, para diminuir a sensação de apinhamento e aumentar a privacidade e autonomia do paciente (ULRICH et al., 2018) ao passo que outros enfatizam a dificuldade de monitoramento de espaços que restringem o acesso de enfermeiros (DAVIS; GLICK; ROSOW, 1979; KARLIN; ZEISS, 2006; NOVOTNÁ; URBANOSKI; RUSH, 2011; SHEPLEY et al., 2016).

O propósito do acolhimento em liberdade é permitir que o paciente receba seu tratamento sem ser privado do contato social e de realizar suas próprias escolhas. Sob a perspectiva da composição espacial, isto implica no direito de circular dentro e fora da unidade. Entretanto, estudos mostraram que um certo nível de controle por parte dos funcionários pode resultar em ambientes organizados, fiscalizados e seguros, onde a interação entre pacientes passa a ser supervisionada e comportamentos agressivos e inapropriados são rapidamente gerenciados (LANZA et al., 1994; SMITH; GROSS; ROBERTS, 1996). Elementos de segurança não-invasivos, que reduzem os riscos de acidentes e aumentam a visibilidade dos enfermeiros, são formas de resguardar a unidade sem fazer com que os pacientes sintam que a equipe de saúde duvida de suas capacidades. É o caso de mobiliários e equipamentos especialmente escolhidos para

impedir práticas violentas ou suicidas. Por exemplo, cadeiras e mesas pesadas demais para serem atiradas, suportes de cortina pouco resistentes para evitar enforcamentos ou portas sólidas, sem trancas e abrindo para fora (DAVIS; GLICK; ROSOW, 1979; JENKINS; DYE; FOY, 2015; KARLIN; ZEISS, 2006; SHEPLEY et al., 2016).

### Designação/flexibilização dos espaços

Uma pessoa em tratamento em uma unidade psicossocial precisa ter a sua disposição uma combinação de ambientes sossegados e estimulantes. Pois é justamente a diversidade de ambiências que permite que ela regule sozinha o seu espaço pessoal, se afastando de situações que geram sensações negativas como o estresse, o apinhamento, a confusão etc. A forma como cada paciente irá reagir às diferentes ambiências é particular, de maneira que um design flexível, com divisórias deslizantes e mobiliários móveis passa a ser interessante para áreas de convivências e dormitórios. Este tipo de configuração permite que a equipe de saúde otimize o uso do espaço, criando grupos terapêuticos cujo tamanho varia de acordo com o tipo de problema que o paciente está sofrendo (KARLIN; ZEISS, 2006; WHITEHEAD et al., 1976). Além do mais, o uso de mobiliários leves e fáceis de serem movidos, possui propósitos terapêuticos per se, pois, encorajam os pacientes a personalizar o espaço e interagir entre si enquanto se movimentam (DAVIS; GLICK; ROSOW, 1979; ULRICH et al., 2018).

Por outro lado, alguns pesquisadores apontaram para a importância da clareza na diferenciação das diversas áreas dos edifícios e na função desempenhada em cada ambientes (GULAK, 1991; NOVOTNÁ; URBANOSKI; RUSH, 2011). Para funcionários, não saber qual atividade deve ser desempenhada em qual ambiente é um grande causador de estresse. Ainda, a flexibilização cria espaços genéricos, que são mal adaptados para a realização de atividades específicas (NOVOTNÁ; URBANOSKI; RUSH, 2011); por exemplo, realização de oficinas de trabalhos manuais em salas que não possuem pias e bancadas. Ainda, para evitar ambiguidade e desorientação, é importante que a unidade seja devidamente sinalizada, com um visual limpo e de fácil identificação. (GULAK, 1991).

### Ambientes inacessíveis aos pacientes

Um assunto controverso é a criação de áreas restritas à equipe. A ausência destes espaços diminui as chances de interação e estreitamento de laços entre funcionários. Ainda, sem um local próprio para repouso, profissionais da saúde trabalham ininterruptamente, sem a possibilidade de se remover do ambiente clínico em momentos particularmente estressantes (NOVOTNÁ; URBANOSKI; RUSH, 2011). Por este motivo, algumas unidades optam por tornar a estação das enfermeiras um local fechado, onde a equipe possa se reunir e discutir questões referentes aos pacientes, administrar remédios e preencher relatórios. Entretanto, para muitos, a criação destes espaços exclusivos segrega os pacientes, diminuem as chances de sua interação com os funcionários e aumentam o número de incidentes agressivos. (ULRICH; BOGREN; LUNDIN, 2012; VAN DER SCHAAF et al., 2013; WHITEHEAD et al., 1984)

O debate a respeito das estações de enfermaria abertas ou fechadas gira em torno do balanceamento da necessidade de supervisão dos pacientes e de segurança da equipe (SHEPLEY et al., 2016). Existe a preocupação de que as pessoas em tratamento invadam enfermarias abertas o que, na prática, não ocorre (WHITEHEAD et al., 1984). Por outro lado, estações de enfermaria centralizadas, com fácil acesso às áreas comuns e janelas a prova de acidentes são uma forma sutil de controle, da qual a equipe de saúde poderia usufruir e estar atenta aos gatilhos que levam a comportamentos violentos (GROSS et al., 1998; JENKINS; DYE; FOY, 2015; VAN DER SCHAAF et al., 2013).

## Número de pacientes em dormitórios

Estabelecimentos assistenciais de saúde mental comumente oferecem o acolhimento integral aos pacientes em estados mais graves ou em situações de vulnerabilidade. Espera-se que a pessoa em tratamento aproveite seu período de estadia se engajando em diferentes práticas terapêuticas e descansando o máximo possível em seus quartos. Contudo, os dormitórios e seus corredores adjacentes são justamente os locais que apresentam a maior probabilidade de ocorrência de eventos agressivos (LANZA et al., 1994).

Estudos mostram que a configuração espacial tem grande impacto na redução de comportamentos indesejáveis e violentos em espaços compartilhados (HOLAHAN; SAEGERT, 1973). Uma maior privacidade nos quartos dificulta a observação dos pacientes por parte da equipe, de maneira que quartos e banheiros privativos ou de baixa densidade comprometem a segurança (SHEPLEY et al., 2016). Além do mais, no caso de algum sinistro, como acidentes ou tentativas de suicídio, colegas de quarto podem interferir, notificando os funcionários da situação (TYSON; LAMBERT; BEATTIE, 2002).

Quartos grandes, com muitas camas apresentam um menor custo construtivo e de manutenção, mas há debates sobre as propriedades terapêuticas deste tipo de configuração (ITTELSON; PROSHANSKY; RIVLIN, 1970). Da perspectiva do paciente, quartos individuais são uma melhor opção (NOVOTNÁ; URBANOSKI; RUSH, 2011). Espaços privativos aumentam a autonomia dos usuários, reduzem o barulho nas unidades, são locais para conversas íntimas com familiares e médicos e, em alguns casos, aumentam a disposição de participar de atividades terapêuticas (KARLIN; ZEISS, 2006; ULRICH et al., 2018; VAN DER SCHAAF et al., 2013).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ambiente físico de Estabelecimentos Assistenciais da Saúde Mental é um elemento importante, mas frequentemente subestimado. Estudos mostram que as características do ambiente físico se relacionam diretamente à eficiência operacional, ao bem-estar psicológico de usuários e efetividade dos tratamentos (NOVOTNÁ; URBANOSKI; RUSH, 2011; TYSON; LAMBERT; BEATTIE, 2002). Uma premissa básica do Design Baseado em Evidências é que estressores ambientais mediam e desencadeiam comportamentos, de maneira que é possível projetar espaços com um conjunto de estratégias que reduzam condutas indesejáveis e violentas e estimulem a participação e interação. Contudo, cada tipo de usuário requer condições ambientais específicas, a depender de seu sofrimento psíquico, no caso de pacientes, ou papel na rede de cuidado, no caso da equipe de saúde e apoio. Psiquiatras precisam de salas confortáveis e acusticamente isoladas para o atendimento individualizado, terapeutas precisam de ambientes amplos para atividades em grupo etc. Mas dentro deste contexto, os pacientes são aqueles que são submetidos à maior parte do estresse ambiental, uma vez que este está associado ao seu sofrimento físico e psíquico.

Vale ainda ressaltar que a literatura consultada teve como objeto de estudo diversos estabelecimentos que atendem pessoas com sofrimento psiquiátrico, sem dedicar-se à comparação destes ambientes com outros espaços de saúde. Desta maneira, não foi possível delimitar quais elementos arquitetônicos seriam mais relevantes para pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, um assunto que necessita ser abordado em pesquisas futuras. Destacamos ainda que, na realidade brasileira, o atendimento básico à saúde mental é estruturado para acolher pessoas de um mesmo território, com transtornos mentais variados, o que, a priori, dificulta a definição de sua arquitetura a partir de um recorte patológico.

Portanto, é de extrema importância que as diretrizes apresentadas neste artigo sejam analisadas sob o olhar do contexto no qual a unidade será construída ou reformada, adaptando o projeto arquitetônico para que este reflita os valores, objetivos dos tratamentos e as expectativas da equipe e dos pacientes. (KARLIN; ZEISS, 2006). Neste sentido, ressalta-se a urgência para a realização de um estudo que avalie o impacto das características ambientais nos tratamentos de unidades da Rede de Atenção Psicossocial do SUS, considerando as especificidades do contexto brasileiro atual.

### **Referências Bibliográficas**

BALDWIN, S. Effects of furniture rearrangement on the atmosphere of wards in a maximum-security hospital. **Hospital and Community Psychiatry**, , v. 36, n. 5, p. 525–528, 1985. DOI: 10.1176/ps.36.5.525

BENEDETTI, F.; COLOMBO, C.; BARBINI, B.; CAMPORI, E.; SMERALDI, E. Morning sunlight reduces length of hospitalization in bipolar depression. **Journal of Affective Disorders**, , v. 62, n. 3, p. 221–223, 2001. DOI: 10.1016/S0165-0327(00)00149-X

BROOKS, K. L.; MULAIK, J. S.; GILEAD, M. P.; DANIELS, B. S. Patient overcrowding in psychiatric hospital units: Effects on seclusion and restraint. **Administration and Policy in Mental Health**, , v. 22, n. 2, p. 133–144, 1994. DOI: 10.1007/BF02106547

CHRISTENFELD, R.; WAGNER, J.; PASTVA, W. G.; ACRISH, W. P. How physical settings affect chronic mental patients. **Psychiatric Quarterly**, , v. 60, n. 3, p. 253–264, 1989. DOI: 10.1007/BF01064801

CLEARY, M.; HUNT, G.; WALTER, G. A comparison of patient and staff satisfaction with services after relocating to a new purpose-built mental health facility. **Australasian Psychiatry**, , v. 17, n. 3, p. 212–217, 2009. DOI: 10.1080/10398560802691693

DAFFERN, M.; MAYER, M. M.; MARTIN, T. Environment contributors to aggression in two forensic psychiatric hospitals. **International Journal of Forensic Mental Health**, , v. 3, n. 1, p. 105–114, 2004. DOI:10.1080/14999013.2004.10471200

DAVIS, C.; GLICK, I. D.; ROSOW, I. The architectural design of a psychotherapeutic milieu. **Hospital and Community Psychiatry**, , v. 30, n. 7, p. 453–460, 1979. DOI: 10.1176/ps.30.7.453

DAYKIN, N.; BYRNE, E.; SOTERIOU, T.; O'CONNOR, S. Using arts to enhance mental healthcare environments: Findings from qualitative research. **Arts & Health**, , v. 2, n. 1, p. 33–46, 2010. DOI: 10.1080/17533010903031408

DEVLIN, A. S. Psychiatric Ward Renovation: Staff Perception and Patient Behavior. **Environment and Behavior**, , v. 24, n. 1, p. 66–84, 1992. DOI: 10.1177/07399863870092005

ELALI, G. A. Relações entre comportamento humano e ambiência: Uma reflexão com base na psicologia ambiental. **Colóquio Internacional Ambiências compartilhadas: cultura, corpo e linguagem**, , p. 1–17, 2009.

GROSS, R.; SASSON, Y.; ZARHY, M.; ZOHAR, J. Healing environment in Psychiatric Hospital design. **General Hospital Psychiatry**, , v. 20, n. 2, p. 108–114, 1998. DOI: 10.1016/S0163-8343(98)00007-3

GULAK, M. B. Architectural guidelines for state psychiatric hospitals. **Hospital and Community Psychiatry**, , v. 42, n. 7, p. 705–707, 1991. DOI: 10.1176/ps.42.7.705

GUTKOWSKI, S.; GINATH, Y.; GUTTMANN, F. Improving psychiatric environments through minimal architectural

change. **Hospital and Community Psychiatry**, , v. 43, n. 9, p. 920–923, 1992. DOI: 10.1176/ps.43.9.920

HOLAHAN, C. J.; SAEGERT, S. Behavioral and attitudinal effects of large-scale variation in the physical environment of psychiatric wards. **Journal of Abnormal Psychology**, , v. 82, n. 3, p. 454–462, 1973. DOI: 10.1176/ps.43.9.920

ITTELSON, W. H.; PROSHANSKY, H. M.; RIVLIN, L. G. Bedroom Size and Social Interaction of the Psychiatric Ward. **Environment and Behavior**, , v. 2, n. 3, p. 255–270, 1970. DOI: 10.1176/ps.43.9.920

JENKINS, O.; DYE, S.; FOY, C. A study of agitation, conflict and containment in association with change in ward physical environment. **Journal of Psychiatric Intensive Care**, , v. 11, n. 01, p. 27–35, 2015. DOI: 10.1176/ps.43.9.920

KARLIN, B. E.; ZEISS, R. A. Environmental and therapeutic issues in psychiatric hospital design: Toward best practices. **Psychiatric Services**, , v. 57, n. 10, p. 1376–1378, 2006. DOI: 10.1176/ps.43.9.920

LANZA, M. L.; KAYNE, H. L.; HICKS, C.; MILNER, J. Environmental characteristics related to patient assault. **Issues in Mental Health Nursing**, , v. 15, n. 3, p. 319–335, 1994. DOI: 10.3109/01612849409009393

MARCHESCHI, E.; JOHANSSON, M.; LAIKE, T.; BRUNT, D. Housing design and people with severe mental illness: An observational approach to the investigation of supported housing facilities. **Scandinavian Journal of Psychology**, , v. 57, n. 1, p. 12–21, 2016. DOI: 10.1111/sjop.12259

MARCHESCHI, E.; LAIKE, T.; BRUNT, D.; HANSSON, L.; JOHANSSON, M. Quality of life and place attachment among people with severe mental illness. **Journal of Environmental Psychology**, , v. 41, p. 145–154, 2015. DOI: 10.1016/j.jenvp.2014.12.003

MOSHER, L. R. Community residential treatment for schizophrenia: Two-year follow-up. **International Journal of Rehabilitation Research**, , v. 3, n. 3, p. 393–395, 1980. DOI: 10.1016/j.jenvp.2014.12.003

NOVOTNÁ, G.; URBANOSKI, K. A.; RUSH, B. R. Client-centered design of residential addiction and mental health care facilities: Staff perceptions of their work environment. **Qualitative Health Research**, , v. 21, n. 11, p. 1527–1538, 2011. DOI: 10.1016/j.jenvp.2014.12.003

SHEPLEY, M. M.; WATSON, A.; PITTS, F.; RITY, A. G.-; SPELMAN, E.; KELKAR, J.; FRONSMAN, A. Mental and Behavioral Health Environments: Critical Considerations for Facility Design. **General Hospital Psychiatry**, , 2016. DOI: 10.1016/j.jenvp.2014.12.003

SMITH, J.; GROSS, C.; ROBERTS, J. The evolution of a therapeutic environment for patients with long-term mental illness as measured by the Ward Atmosphere Scale. **Journal of Mental Health**, , v. 5, n. 4, p. 349–360, 1996. DOI: 10.1080/09638239619266

SOMMER, R. **Espaco pessoal: as bases comportamentais de projetos e planejamentos**. Tradução Dante Moreira Leite. São Paulo: [s.n.], 1973.

SOMMER, R.; ROSS, H. Social Interactions on a Geriatrics Ward. **International Journal of Social Psychiatry**, v. 4, n. 128, p. 128 – 133, 1958. DOI: 10.1177/002076405800400207.

STAHLER, G. J.; FRAZER, D.; RAPPAPORT, H. The evaluation of an environmental remodeling program on a psychiatric geriatric ward. **Journal of Social Psychology**, , v. 123, n. 1, p. 101–113, 1984. DOI: 10.1080/00224545.1984.9924518



TYSON, G. A.; LAMBERT, G.; BEATTIE, L. The impact of ward design on the behaviour, occupational satisfaction and well-being of psychiatric nurses. **International journal of mental health nursing**, , v. 11, n. 2, p. 94–102, 2002. DOI: 10.1080/00224545.1984.9924518

ULRICH, R. S. View through a window may influence recovery from surgery. **Science**, , 1984. DOI: 10.1126/science.6143402

ULRICH, R. S.; BOGREN, L.; GARDINER, S. K.; LUNDIN, S. Psychiatric ward design can reduce aggressive behavior. **Journal of Environmental Psychology**, , v. 57, n. January, p. 53–66, 2018. DOI: 10.1016/j.jenvp.2018.05.002

ULRICH, R. S.; BOGREN, L.; LUNDIN, S. Towards a design theory for reducing aggression in psychiatric facilities. **ARCH 12: ARCHITECTURE / RESEARCH / CARE / HEALTH Chalmers Institute of Technology**, , 2012.

VAALE, A. E.; MORKEN, G.; LINAKER, O. M. Effects of different interior decorations in the seclusion area of a psychiatric acute ward. **Nordic Journal of Psychiatry**, , v. 59, n. 1, p. 19–24, 2005. DOI: 10.1080/08039480510018887

VAN DER SCHAAF, P. S.; DUSSELDORP, E.; KEUNING, F. M.; JANSSEN, W. A.; NOORTHOORN, E. O. Impact of the physical environment of psychiatric wards on the use of seclusion. **British Journal of Psychiatry**, , v. 202, n. 2, p. 142–149, 2013. DOI: 10.1192/bjp.bp.112.118422

WHITEHEAD, C. C.; POLSKY, R. H.; CROOKSHANK, C.; FIK, E. Objective and subjective evaluation of psychiatric ward redesign. **American Journal of Psychiatry**, , v. 141, n. 5, p. 639–644, 1984. DOI: 10.1176/ajp.141.5.639

WHITEHEAD, C.; ELLISON, G.; KERPEN, S.; MARSHALL, D. The aging psychiatric hospital: an approach to humanistic redesign. **Hospital and Community Psychiatry**, v. 27, n. 11, p. 781–788, 1976. DOI: 10.1176/ps.27.11.781

## Notas

---

<sup>i</sup> Tradução livre do artigo original em inglês: “View through a window may influence recovery from surgery.”

Fernanda de Moraes Goulart  
[:fernandamgoulart@usp.br](mailto:fernandamgoulart@usp.br)

Rosaria Ono  
[rosaria@usp.br](mailto:rosaria@usp.br)