

LEONORA CRISTINA DA SILVA

**DIRETRIZES PARA A ARQUITETURA HOSPITALAR
PÓS-REFORMA PSIQUIÁTRICA SOB O OLHAR DA
PSICOLOGIA AMBIENTAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo na Área de Concentração Planejamento e Projeto de Arquitetura como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Arquitetura e Urbanismo.

Orientadora: Prof^a. Vera Helena Moro Bins Ely, Dra.

FLORIANÓPOLIS

2008

LEONORA CRISTINA DA SILVA

**DIRETRIZES PARA A ARQUITETURA HOSPITALAR
PÓS-REFORMA PSIQUIÁTRICA SOB O OLHAR DA
PSICOLOGIA AMBIENTAL**

Dissertação julgada e aprovada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal de Santa Catarina, em vinte e cinco de junho de dois mil e oito.

Prof^ª. Carolina Palermo Szücs, Dra.

Apresentada à Banca Examinadora integrada pelos professores:

Prof^ª. Vera Helena Moro Bins Ely, Dra.

Orientadora – Universidade Federal de Santa Catarina

Prof^ª. Marta Dischinger, PhD.

Membro Interno – Universidade Federal de
Santa Catarina

Prof^ª. Sonia Afonso, Dra.

Membro Interno – Universidade Federal de
Santa Catarina

Prof^ª. Giselle Arteiro Nielsen Azevedo, Dra.

Membro Externo – Universidade Federal do Rio de Janeiro

Dedico este trabalho a todos os portadores de
doenças mentais.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família, em especial meu pai José e minha mãe Zilda, por todos os ensinamentos e apoio ao longo desta caminhada.

Ao Danilo, por seu companheirismo, compreensão e incentivos.

À professora Vera Helena, por tudo que aprendi, por sua dedicação e orientações fundamentais.

Aos funcionários do Instituto Psiquiátrico de Santa Catarina e do Centro de Convivência Santana, pelas contribuições para a realização deste trabalho.

Havia enfermarias e mais enfermarias de
pacientes sentados sem fazer coisa alguma, dia
após dia, afastando-se cada vez mais para seus
mundos particulares, até que, aparentemente,
estavam inteiramente fora da realidade.
(Albert Deutch)

RESUMO

SILVA, Leonora Cristina. Diretrizes para a arquitetura hospitalar pós-reforma psiquiátrica sob o olhar da psicologia ambiental. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo. Universidade Federal de Santa Catarina. 2008. 198 p.

A arquitetura hospitalar psiquiátrica passa atualmente por um processo de reestruturação e reformulação para atender ao conjunto de mudanças terapêuticas resultantes da Reforma Psiquiátrica. Além do rebatimento espacial das alterações propostas pela Reforma, este trabalho aborda, ainda, a importância da relação usuário e ambiente, destacando os estudos relativos à Psicologia Ambiental na concepção ou reformulação das edificações hospitalares destinadas ao atendimento em saúde mental. Neste sentido, é efetuada uma revisão de literatura e realizado um estudo de caso, solidificando os conceitos abordados na parte teórica do trabalho. Além disso, o estudo de caso objetiva ilustrar e exemplificar situações reais destes espaços a partir do emprego de métodos como: levantamento sistemático dos ambientes, entrevistas com funcionários e observação sistemática do comportamento dos pacientes. Ao final, são explicitados princípios gerais relacionados à edificação hospitalar psiquiátrica e diretrizes de projeto específicas aos ambientes de maior uso por parte dos pacientes, constituídos pelas enfermarias, pátios e espaços destinados à prática de atividades terapêuticas. Espera-se promover melhorias à qualidade destes ambientes e, conseqüentemente, benefícios à saúde física e mental de seus usuários, concebendo espaços propícios ao desenvolvimento de sua função principal de cura.

Palavras-chaves: Hospital Psiquiátrico. Reforma Psiquiátrica. Psicologia Ambiental.

ABSTRACT

SILVA, Leonora Cristina. Guidelines for the hospital architecture after psychiatric reform under the view of environmental psychology. Master's Thesis. Postgraduate Program in Architecture and Urbanism. Federal University of Santa Catarina. 2008. 198 p.

Nowadays, the psychiatric hospital architecture is going through a restructuration and reformulation process to follow the group of therapeutic changes as a result of the Psychiatric Reform. Besides, the interferences in the space from the changes proposed by the Reform, this paper approaches the important relation between user and environment, highlighting the studies related to the Environmental Psychology in the conception or reformulation of the hospital facilities addressed to take care of the mental health. In this sense, it is done a review of literature and conducted a case study reinforcing the concepts discussed in the theoretical part. Moreover, the case study aims to illustrate and exemplify real situations of these spaces as from the use of methods such as systematic survey of environments, interviews with employees and systematic observation of the patients' behavior. In the end, it specifies general principles related to psychiatric hospital facilities and designs guidelines for specific environment of large use by patients, consisting of wards, courtyards and spaces for the practice of therapeutic activities. It is expected to promote quality improvements for these environments and thus, benefits to the physical and mental health of its users, conceiving spaces conducive to the development of its main healing function.

Key words: Psychiatric Hospital. Psychiatric Reform. Environmental Psychology.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Fig. 1:	Prisão de <i>Petite Roquette</i> , projeto do ano de 1844, Paris	26
Fig. 2:	<i>Narrenturm</i> : Hospital Psiquiátrico na Áustria, 1784	26
Fig. 3:	Diagrama conceitual: arquitetura introspectiva	26
Fig. 4:	Hospício de Pedro II, projeto do ano de 1852, RJ	31
Fig. 5:	Diagrama conceitual: Arquitetura da exteriorização	36
Fig. 6:	Localização do Hospital em relação à capital	37
Fig. 7:	Vista do Hospital em 1944	37
Fig. 8:	Pacientes em espaço considerado sociofugal do <i>Kunming Mental Hospital</i>	63
Fig. 9:	Imagem de um pátio interno de hospital psiquiátrico para mulheres	64
Fig. 10:	Fonte de água localizada no jardim de entrada do IPq/SC	66
Fig. 11:	Iluminação zenital em corredor de enfermaria do <i>Sevenacres Acute Mental Health</i>	69
Fig. 12:	Uso da cor azul em posto de enfermagem do <i>St Bernard's Local Secure Unit</i> em Londres, Inglaterra	71
Fig. 13:	Lambri de azulejo em enfermaria do IPq/SC	75
Fig. 14:	Uso de formas circulares no teto e em parede de tijolos de vidro do Hospital Psiquiátrico <i>Meadowfield</i> , EUA.	76
Fig. 15:	Vista do Hospital atual, com demarcação do projeto original	89
Fig. 16:	Partido do projeto original	90
Fig. 17:	Circulações do projeto original	91
Fig. 18:	Adição dos sólidos e constituição dos pátios	92
Fig. 19:	Eixo de simetria	92
Fig. 20:	Implantação atual do Complexo Santana com a demarcação dos locais estudados	94
Fig. 21:	Planta baixa da 2ª enfermaria feminina e de seu pátio interno com zoneamento	96
Fig. 22:	Setor 1: refeitório e quartos divisórias	97
Fig. 23:	Setor 2: leitos abertos	97
Fig. 24:	Setor 3: leitos abertos	97
Fig. 25:	Planta baixa da 2ª enfermaria masculina e de seu pátio com zoneamento	98
Fig. 26:	Setor 1 enfermaria masculina	98
Fig. 27:	Setor 2 enfermaria masculina	98
Fig. 28:	Refeitório e quartos em um mesmo setor da enfermaria feminina	100
Fig. 29:	Refeitório da enfermaria masculina, já com mobiliário para refeições retirado, configurado em um estar.	100
Fig. 30:	Quarto de 2 pacientes da enfermaria feminina.	101
Fig. 31:	Quarto de 3 pacientes da enfermaria masculina.	101
Fig. 32:	Circulação central da enfermaria feminina.	103
Fig. 33:	Rachadura e cor da parede em azul muito pálido, utilizado na enfermaria masculina.	103
Fig. 34:	Forro enfermaria feminina	103
Fig. 35:	Esquadria enfermaria feminina	104
Fig. 36:	Esquadria enfermaria masculina apresenta peitoril alto	104
Fig. 37:	Setor 3 da enfermaria feminina	106
Fig. 38:	Móvel da televisão e do equipamento de som	107
Fig. 39:	Área de estar e refeitório	107
Fig. 40:	Barras de apoio junto ao boxe do banheiro feminino	109

Fig. 41:	Pátio interno enfermaria feminina	111
Fig. 42:	Área mais reservada do pátio interno da enfermaria masculina.	111
Fig. 43:	Caminhos no pátio da enfermaria masculina	112
Fig. 44:	Irregularidades e acúmulo de limo no pátio masculino.	112
Fig. 45:	Rampa de acesso pátio interno feminino.	113
Fig. 46:	Pátio interno feminino: espaço sociofugal.	114
Fig. 47:	Espaço coberto do pátio interno masculino	114
Fig. 48:	Espaço coberto do pátio masculino	115
Fig. 49:	Detalhe de uma das pinturas do mural	115
Fig. 50:	Enfermaria masculina: fragilidade das divisórias	126
Fig. 51:	Grades pátio interno feminino	126
Fig. 52:	Desgaste das quinas do reboco, circulação principal da enfermaria feminina.	126
Fig. 53:	Cabine vaso sanitário enfermaria feminina	126
Fig. 54:	Vestígios da existência de banco de concreto	127
Fig. 55:	Retirada das cadeiras das mesas e locação junto à parede no refeitório feminino.	127
Fig. 56:	Cadeiras de roda armazenadas no banheiro feminino.	128
Fig. 57:	Área reservada do pátio masculino	129
Fig. 58:	Quartos da enfermaria feminina com portas fechadas	129
Fig. 59:	Planta baixa do sombreiro da 2ª enfermaria masculina	135
Fig. 60:	Painéis que dividem o espaço em um ambiente menor	136
Fig. 61:	Estrutura do madeiramento do sombreiro	137
Fig. 62:	Bancos de madeira são utilizados para facilitar a visualização do exterior	137
Fig. 63:	Bancos fixos de concreto localizados junto às paredes	137
Fig. 64:	Área onde se armazenam muitos entulhos e móveis de outras enfermarias	138
Fig. 65:	Desnível existente, sem rampa, no principal acesso ao espaço de atividades terapêuticas	138
Fig. 66:	Muitos painéis e paredes riscadas causam poluição visual no ambiente	139
Fig. 67:	Quadro retrata marido de uma paciente	140
Fig. 68:	Pintura abstrata realizada por paciente nas oficinas	140
Fig. 69:	Pintura figurativa realizada por paciente nas oficinas	140
Fig. 70:	Sala utilizada para pinturas	142
Fig. 71:	Área externa a sala de pintura	142
Fig. 72:	Sala para atividades com argila e cerâmica	142
Fig. 73:	Sala para confecção de velas, bijuterias, tapetes	142
Fig. 74:	Vista externa CAPS Ponta do Coral II	143
Fig. 75:	Vista aérea da implantação do IPq Nova York	145
Fig. 76:	Vista aérea da implantação do IPq São Paulo.	145
Fig. 77:	Pátio interno Hospital Psiquiátrico <i>Menninger Foundation</i> , Houston, EUA.	147
Fig. 78:	Espaço para prática terapêutica esportiva - Hospital Psiquiátrico <i>St Nicholas</i> , EUA.	147
Fig. 79:	Sala de estar em unidade psiquiátrica para adolescentes, Estado da Califórnia, EUA.	149
Fig. 80:	Parte interna da esquadria empregada na reformulação do IPq São Paulo.	150
Fig. 81:	Parte externa da esquadria: emprego de brises verticais móveis.	150
Fig. 82:	Espaços cobertos, ao redor de pátio interno, do <i>Mid Hertfordshire Community Treatment Units</i> , EUA.	151

Fig. 83:	Exemplo de hospital psiquiátrico horizontal: Croqui do <i>Rathbone Low Secure Unit</i> , Liverpool, Inglaterra.	152
Fig. 84:	Exemplo de terraço jardim da rede Sarah Kubitschek em Salvador, Bahia.	152
Fig. 85:	Trecho de uma enfermaria do Instituto Psiquiátrico de São Paulo contendo dois clusters.	154
Fig. 86:	Enfermaria do <i>Vista Hill Psychiatric Hospital</i> contendo três clusters.	154
Fig. 87:	Exemplo de porta com visor no <i>St Bernard's Local Secure Unit</i> .	155
Fig. 88:	Uso da cor verde em um quarto de uma unidade psiquiátrica para adolescentes, Estado da Califórnia, EUA.	156
Fig. 89:	Exemplo de área de bancos ao sol, <i>Alaska Psychiatric Institute</i> , Anchorage, EUA.	158
Fig. 90:	Exemplo de área coberta, tipo gazebo, Hospital Psiquiátrico <i>Menninger Foundation</i> , Houston, EUA.	158
Fig. 91:	Ilhas de vegetação localdas em determinadas áreas do pátio interno - <i>Mid Hertfordshire Community Treatment Units</i> , EUA.	158
Fig. 92:	Canteiros altos do Hospital Psiquiátrico <i>Stormont Health Center</i> , EUA.	159
Fig. 93:	Exemplo de mobiliário com formato côncavo, - Pátio interno do Hospital Psiquiátrico Southwestern, Londres, Inglaterra.	161
Fig. 94:	Muro do pátio interno em tijolos, Hospital Psiquiátrico Southwestern, Londres, Inglaterra.	161
Fig. 95:	Espaço para prática terapêutica esportiva do IPq/SP.	162

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1:	Gráfico síntese do número de internações por ano do Hospital Colônia Santana.	38
-------------------	---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1:	Proporção de internações por transtornos mentais no Brasil	21
Quadro 2:	Sistematização das etapas do processo de relação usuário x ambiente	42
Quadro 3:	Efeitos psicológicos das cores	70
Quadro 4:	Métodos aplicados ao estudo das enfermarias e pátios	80
Quadro 5:	Síntese dos métodos aplicados	84
Quadro 6:	Sistematização dos resultados apresentados	87
Quadro 7:	Comparativo das dimensões existentes dos ambientes e Norma RDC-50.	102
Quadro 8:	Comparativo distâncias existentes entre leitos/paredes e Norma RDC-50.	105

LISTA DE SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSadi	Centro de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes com problemas com álcool ou drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes
IPq/SC	Instituto Psiquiátrico de Santa Catarina
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial

OMS	Organização Mundial de Saúde
PNASH	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
QI	Quociente de Inteligência
SAD	<i>Seasonal Affective Disorder</i>
SRTs	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS	Sistema Único de Saúde
UDQ	Unidade de Dependência Química
UGP	Unidade de Gestão Participativa
UPHG	Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1: INTRODUÇÃO	14
1.1 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO TEMA	14
1.2 PERGUNTAS DE PESQUISA	16
1.3 OBJETIVOS	17
1.3.1 Objetivo geral	17
1.3.2 Objetivos específicos	17
1.4 ORGANIZAÇÃO DA DISSERTAÇÃO	18
CAPÍTULO 2: A DOENÇA MENTAL E UM BREVE HISTÓRICO DA RELAÇÃO ENTRE O TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO E O AMBIENTE HOSPITALAR	20
2.1 O USUÁRIO PRINCIPAL: DOENÇAS MENTAIS FREQUENTES	21
2.2 HISTÓRIA DAS INSTITUIÇÕES PSIQUIÁTRICAS NO CONTEXTO MUNDIAL: CONCEPÇÃO ASILAR, ESPAÇOS TERAPÊUTICOS E A REFORMA PSIQUIÁTRICA	25
2.3 HISTÓRIA DAS INSTITUIÇÕES PSIQUIÁTRICAS NO BRASIL	30
2.4 REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL	32
2.4.1 O processo de desinstitucionalização	33
2.4.2 Hospitais Psiquiátricos: uma nova realidade	34
2.5 SAÚDE MENTAL: SANTA CATARINA E FLORIANÓPOLIS	36
CAPÍTULO 3: O APORTE DA PSICOLOGIA AMBIENTAL NA BUSCA DE UM AMBIENTE SINOMÓRFICO	40
3.1 PSICOLOGIA AMBIENTAL	40
3.2 SISTEMATIZAÇÃO DO PROCESSO DE RELAÇÃO HUMANO X AMBIENTE	41
3.2.1 Estímulos do meio e percepção	43
3.2.1.1 Recepção e obtenção do estímulo	44
3.2.1.2 A seleção e a transdução da informação	49
3.2.2 Consciência e comportamento	51
CAPÍTULO 4: HUMANIZAÇÃO DOS AMBIENTES HOSPITALARES	59
4.1 ATRIBUTOS PARA A HUMANIZAÇÃO	60
4.1.1 Controle do ambiente	61
4.1.2 Suporte social	62
4.1.3 Distrações positivas	65
4.2 FATORES QUE INFLUENCIAM O BEM ESTAR FÍSICO E EMOCIONAL DO SER HUMANO	67
4.2.1 Luz	68
4.2.2 Cor	69
4.2.3 Som	72
4.2.4 Aroma	73
4.2.5 Textura	74
4.2.6 Forma	75
CAPÍTULO 5: MÉTODOS APLICADOS AO ESTUDO DE CASO	77
5.1 ESCOLHA DO OBJETO DE ANÁLISE	77
5.2 MÉTODOS E TÉCNICAS APLICADAS	79

5.3 DESCRIÇÃO DOS EXPERIMENTOS	84
CAPÍTULO 6: RESULTADOS DO ESTUDO DE CASO	87
6.1 COMPLEXO: HOSPITAL E CENTRO DE CONVIVÊNCIA	89
6.1.1 Leitura espacial do projeto original	89
6.1.2 Organização atual e processo da Reforma Psiquiátrica	93
6.2 ENFERMARIAS E PÁTIOS	95
6.2.1 Estímulos do meio	95
6.2.1.1 Dados gerais e organização espacial	95
6.2.1.2 Enfermarias	99
6.2.1.3 Pátios	111
6.2.2 Funcionamento	115
6.2.3 Percepção	119
6.2.4 Comportamento	123
6.2.4.1 Visão dos funcionários em relação ao comportamento dos pacientes	124
6.2.4.2 Resultados das fichas de observação do comportamento	125
6.2.5 Discussão dos resultados a partir dos diferentes métodos empregados	131
6.3 ESPAÇO PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADES TERAPÊUTICAS	134
6.3.1 Dados gerais e organização espacial	134
6.3.2 Resultados da planilha de avaliação do ambiente	135
6.4 CAPS PONTA DO CORAL II	140
6.4.1 Resultados gerais	141
CAPÍTULO 7: DIRETRIZES GERAIS DE PROJETO	144
7.1 PRINCÍPIOS GERAIS DIRECIONADOS AS EDIFICAÇÕES HOSPITALARES PSIQUIÁTRICAS	144
7.1.1 Aproximação da comunidade	145
7.1.2 Humanização como forma de mudar a imagem estigmatizada	146
7.2 DIRETRIZES GERAIS DE PROJETO	148
7.2.1 Enfermarias	148
7.2.2 Pátios	157
7.2.3 Espaços destinados à prática de atividades terapêuticas	162
CAPÍTULO 8: CONCLUSÃO	164
8.1 CONCLUSÕES GERAIS DA PESQUISA	164
8.2 DIFICULDADES ENCONTRADAS PARA REALIZAÇÃO DO TRABALHO	167
8.3 RECOMENDAÇÕES PARA PESQUISAS FUTURAS	168
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	169
GLOSSÁRIO	177
APÊNDICES	179
ANEXO	196

CAPÍTULO 1: INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica consiste em um processo de mudanças efetuadas por toda a rede de serviços, tratamentos e demais esferas de atuação relacionadas à saúde mental. Estas alterações também influenciam na forma de se pensar a arquitetura hospitalar psiquiátrica, até então constituída por uma imagem fortemente estigmatizada, configurada por espaços contrários a função de auxiliar na cura do indivíduo.

Neste sentido, o presente trabalho além de abordar o rebatimento da Reforma Psiquiátrica na arquitetura hospitalar, observando um conjunto de mudanças e reestruturações atualmente necessárias, ressalta a importância de compreender a elaboração destes espaços, enfatizando os conceitos relativos à psicologia ambiental, sob uma abordagem simbiótica da relação entre usuário e ambiente.

A seguir, este capítulo apresenta a justificativa e relevância das temáticas em estudo, apontando as perguntas norteadoras da pesquisa, os objetivos propostos a serem alcançados e uma breve explanação sobre a organização da dissertação.

1.1 Justificativa e relevância do tema

Nos últimos 30 anos iniciou-se no Brasil o processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, tendo como principal objetivo a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial dos pacientes acometidos por doenças mentais. Neste contexto, surgiram várias associações e movimentos de funcionários e familiares, dentre os quais o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, que têm como principal objetivo buscar a superação do uso da internação psiquiátrica como forma exclusiva de tratamento para a doença mental.

Esta luta ganhou forças em 2001 com a implantação da Lei Federal nº 10.216 que estabelece os direitos dos pacientes e regulamenta as internações psiquiátricas. Como um dos resultados deste processo e fruto dos novos conceitos de tratamentos trazidos pela Reforma, surge uma rede de estruturas extra-hospitalares. Estas novas estruturas buscam diminuir a segregação do paciente da sociedade e, conseqüentemente, seu grau de isolamento, modificando as práticas de tratamento dos portadores de transtornos mentais. Neste sentido, destacam-se, como estruturas extra-hospitalares importantes, os Centros de Atenção

Psicossocial (CAPS). Estes Centros estão fundamentados em um modelo de atenção de base comunitária, prestando serviços de atendimento assistencial com o paciente e sua família, em bases territoriais, tratando de pacientes de uma mesma região, e sem internação.

Porém, após o surgimento desta nova estruturação extra-hospitalar, cabe perguntar: Qual o destino dos hospitais psiquiátricos de grande porte já existentes? Como os hospitais estão se adequando as novas filosofias de tratamento e que tipos de alterações espaciais estão sendo submetidos?

A Portaria/GM nº 251 (2002) estabelece novas diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos e define a estrutura para as internações psiquiátricas na rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta portaria regulamenta inúmeras mudanças a serem efetuadas nestas instituições e que implicam em algumas alterações espaciais das edificações.

Estas mudanças estão diretamente ligadas ao destino e evolução da psiquiatria e, conseqüentemente, a um conjunto de transformações em processo de efetivação. É neste sentido que se ressalta a importância, por parte do profissional arquiteto, de observar e acompanhar este processo de mudanças, e seu rebatimento na arquitetura destas instituições.

Podem-se levantar, ainda no âmbito da arquitetura, questões que expressam a preocupação da qualidade oferecida pelos ambientes hospitalares, não só do ponto de vista de sua adequação aos novos conceitos psiquiátricos, mas, também, no que diz respeito à interferência das configurações espaciais no bem estar e tratamento dos pacientes.

Portanto, o presente trabalho destaca, também, a importância da análise destes locais de tratamento sob a abordagem dos conceitos da psicologia ambiental. Estudos comprovam a influência do espaço na alteração do comportamento humano. A psicologia ambiental, considerada uma disciplina ainda recente, tem como objetivo estudar relações entre o ser humano e o ambiente. Neste sentido, é possível dizer que o projeto arquitetônico, dependendo de seus atributos, pode estimular sensações benéficas ao paciente, trazendo melhorias ao seu tratamento e reduzindo, inclusive, o tempo de internação. Segundo Vasconcelos (2004), hoje, um hospital, além de responder a todas as necessidades funcionais, deve atender aos requisitos que influenciam psicologicamente no paciente para uma recuperação mais rápida.

Destá forma, destaca-se o importante papel do arquiteto como criador do espaço construído e de sua relação com o ser humano, conciliando no projeto hospitalar as necessidades do usuário e trabalhando o espaço para despertar estímulos sensoriais benéficos.

Logo, edificações hospitalares psiquiátricas não devem mais ser concebidas ou reformuladas como uma prisão à prova de fuga, sendo evidente a necessidade de avaliação

destes espaços. No caso específico de um hospital psiquiátrico, o paciente encontra-se fragilizado, seja pela doença ou em função de medicamentos, o que dificulta sua ação de percepção, cabendo ao espaço a função de potencializar determinados estímulos. Conseqüentemente, é responsabilidade do arquiteto buscar, na concepção do projeto, atributos e configurações que estimulem positivamente o corpo humano.

A psicologia ambiental, neste âmbito, levanta a importância de múltiplos e simultâneos aspectos da relação humano x ambiente, estudando fatores e atributos espaciais que potencializem os benefícios desta relação. São elementos como luzes e cores, formas e volumes, sons, aromas e texturas, presentes no ambiente, que afetam nosso comportamento. É evidente que a arquitetura não age diretamente, apenas nos oferece estímulos à percepção a partir da estruturação do projeto arquitetônico (partidos e arranjos espaciais, relação entre interior e exterior, por exemplo) e da configuração do interior destes espaços (disposições de layout, uso de cores e outros).

Cabe, ainda, ressaltar a complexidade destas edificações cujo projeto arquitetônico deve atender uma multiplicidade de funções e necessidades específicas dos diferentes usuários – pacientes, funcionários e visitantes – muitas vezes desconhecidas pelo profissional arquiteto. A ausência de conhecimento sobre a doença mental e sobre as necessidades espaciais para proporcionar um tratamento digno exige um levantamento consistente de informações. Este levantamento requer não só o envolvimento de pesquisadores, mas tempo, o que dificilmente os profissionais podem dispor. Logo, ressalta-se a relevância deste trabalho no campo científico, diretamente ligada a todo conhecimento gerado acerca destes dois temas abordados ao longo da dissertação: o rebatimento espacial da Reforma Psiquiátrica e a influência do ambiente no comportamento de seus usuários.

1.2 Perguntas de pesquisa

Ao final do estudo pretende-se responder a algumas questões norteadoras da pesquisa:

a) Quais as alterações espaciais necessárias à adequação das edificações hospitalares psiquiátricas aos novos conceitos de tratamentos com base na Reforma Psiquiátrica?

b) Como se dá à relação humano x ambiente, e que atributos e elementos espaciais arquitetônicos proporcionam benefícios aos usuários destas edificações hospitalares?

1.3 Objetivos

São a seguir apresentados o objetivo geral e os demais objetivos específicos do trabalho que compõem o foco e influenciam em toda a estruturação da dissertação.

1.3.1 Objetivo geral

Considerando a necessidade das atuais alterações dos hospitais psiquiátricos e do estudo destes locais com base na aplicação dos conceitos relativos à psicologia ambiental, o objetivo geral do trabalho consiste em propor **diretrizes gerais de projeto** que auxiliem o profissional arquiteto na concepção ou reformulação dos locais de uso dos pacientes nestas edificações (enfermarias, pátios e ambientes destinados a realização de atividades terapêuticas).

1.3.2 Objetivos específicos

a) Levantar as **mudanças espaciais** necessárias à readaptação destas instituições aos novos conceitos de uso dos espaços psiquiátricos, designados pela Reforma;

b) Compreender a **relação entre o ser humano e o ambiente**, destacando atributos espaciais considerados benéficos aos seus usuários;

c) Realizar um **estudo de caso** que possibilite identificar e ilustrar exemplos relacionados aos dois temas abordados, Reforma Psiquiátrica e relação usuário x ambiente, em situações reais.

1.4 Organização da dissertação

A estratégia utilizada, para alcançar os objetivos propostos e chegar aos resultados finais do trabalho, consiste na realização inicial de uma revisão de literatura, onde são abordados os principais temas, conceitos e teorias, promovendo embasamento e subsídio científico para a posterior realização de um estudo de caso, o qual ilustra a teoria apresentada.

Trata-se, desta forma, de uma abordagem teórico-empírica estruturada da seguinte forma: Introdução, Revisão de literatura, Estudo de caso e Resultados finais da pesquisa.

A **Introdução** refere-se ao primeiro capítulo da dissertação, onde são expostas a justificativa e relevância do trabalho, explicitadas as perguntas de pesquisa, o objetivo geral e os objetivos específicos, além de apresentar a organização da dissertação.

A **Revisão de literatura** aborda os conteúdos correspondentes aos capítulos 2, 3 e 4 da dissertação e destaca assuntos selecionados segundo as duas grandes temáticas estudadas: questões referentes à Reforma Psiquiátrica e questões referentes à Psicologia Ambiental.

O capítulo 2, intitulado A doença mental e um breve histórico da relação entre o tratamento psiquiátrico e o ambiente hospitalar, busca compreender a realidade dos principais usuários destes espaços, conceituando a doença mental, apresentando algumas das doenças mais frequentemente encontradas em situações de internação, além de traçar um paralelo entre o surgimento e evolução da psiquiatria. Neste sentido, busca-se destacar as formas de pensar e tratar a doença mental e as edificações hospitalares ao longo do tempo, apresentando um panorama geral na esfera mundial, nacional e estadual e ressaltando a situação atual destas edificações, culminando no processo atual de ação da Reforma Psiquiátrica.

O capítulo 3, intitulado O aporte da psicologia ambiental na busca de um ambiente sinomórfico¹, aborda especificamente a relação ser humano e ambiente, destacando a sistematização deste processo e permeando conhecimentos acerca de nossos sistemas perceptivos e dos principais fenômenos de comportamento.

O capítulo 4, Humanização dos ambientes hospitalares, aborda a importância de se projetar ambientes tendo o ser humano como foco principal, apontando atributos e características espaciais, ou seja, estímulos do meio, que podem proporcionar benefícios a saúde física e mental de seus usuários.

¹ A palavra sinomórfico é empregada como um adjetivo quando o ambiente possui componentes que estão em harmonia com o comportamento e suas regras e propósitos, ou seja, ambiente e comportamento estão em uma relação de simbiose.

O **Estudo de caso** refere-se aos conteúdos ministrados nos capítulos 5 e 6, correspondentes, respectivamente, aos Métodos aplicados ao estudo de caso e aos Resultados do estudo de caso.

No capítulo 5 é apresentada a escolha do objeto de análise e de seus respectivos ambientes a serem estudados, os métodos e técnicas empregados para a obtenção de informações e a descrição dos experimentos realizados.

Já no capítulo 6, são explicitados os resultados coletados para cada local avaliado, segundo os métodos empregados.

Os **Resultados finais da pesquisa** são apresentados no capítulo 7 e 8.

No capítulo 7, é explicitado o resultado do objetivo geral da pesquisa, apontando um conjunto de proposições, organizadas em princípios, relacionadas às instituições hospitalares psiquiátricas em geral, e diretrizes para alguns ambientes de maior uso dos pacientes.

O capítulo 8 apresenta as conclusões finais do trabalho, destacando como os objetivos propostos foram alcançados, as dificuldades encontradas e algumas recomendações para pesquisas futuras.

CAPÍTULO 2: A DOENÇA MENTAL E UM BREVE HISTÓRICO DA RELAÇÃO ENTRE O TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO E O AMBIENTE HOSPITALAR

Não é fácil designar um conceito de doença em psiquiatria. A Organização Mundial de Saúde (OMS) destaca que “[...] a saúde deve ser entendida como um estado de completo bem estar físico, mental e social [...]” (FONSECA, 1997, p.166). Conclusivamente, o estado de doença pode ser considerado como uma antítese desde conceito, ou seja, uma situação que se afaste das condições gerais de bem estar.

Distinguir o que é normal do que é patológico pode não ser tão fácil quando não se tem um parâmetro claro de avaliação. O conceito de doença psíquica colocado por Fonseca (1997, p. 169) baseia-se na tendência geral do organismo de restabelecimento do equilíbrio e apresenta-se como: “[...] um estado de desequilíbrio dos sistemas do organismo, susceptível de arrastar o indivíduo para situações de desadaptação social.”

Este capítulo busca destacar a importância de se compreender, mesmo que de forma simplificada, quais são estes desequilíbrios, através do estudo de algumas das doenças mentais mais frequentemente encontradas. Além de buscar inicialmente uma maior aproximação do usuário, bem como de sua realidade, capacidades e dificuldades, este capítulo objetiva, ainda, entender a trajetória dos edifícios hospitalares, destinados aos cuidados em saúde mental, visando compreender sua atual situação. Saber como surgiram, em que contexto atuavam, como ocorreu seu desenvolvimento com a evolução da medicina, em especial da psiquiatria, e como hoje se apresentam após todas as mudanças promovidas pela Reforma Psiquiátrica. Essas alterações estão presentes não somente na questão do atendimento assistencial, mas, de uma maneira mais ampla, na forma de pensar as necessidades do paciente, seu tratamento, sua condição fisiológica e, principalmente, psicológica.

Desta forma o presente capítulo busca formular um panorama geral tanto do usuário quanto do ambiente que o acolhe, abordando desde as doenças mentais mais frequentemente encontradas nos casos de internação, até o traçado histórico destas edificações, buscando as respostas relativas às mudanças promovidas pela Reforma Psiquiátrica nos espaços dessas edificações.

2.1 O usuário principal: doenças mentais freqüentes

A OMS, em uma tentativa de uniformizar as diferentes designações, freqüentemente utilizadas para o diagnóstico em psiquiatria, organiza os diferentes transtornos em um manual de Classificação Internacional de Doenças Mentais CID-10. Nesta classificação as várias doenças são agrupadas em onze grandes grupos:

- 1) Perturbações mentais orgânicas, incluindo sintomáticas;
- 2) Perturbações mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas;
- 3) Esquizofrenia, perturbação esquizotípica e perturbações delirantes;
- 4) Perturbações de humor (afetivas);
- 5) Perturbações neuróticas, relacionadas com o stress e somatoformes;
- 6) Síndromes comportamentais associados a perturbações fisiológicas e fatores físicos;
- 7) Perturbações da personalidade e de comportamento em adultos;
- 8) Atraso mental;
- 9) Perturbações do desenvolvimento psicológico;
- 10) Perturbações emocionais e de comportamento com início habitualmente na infância e adolescência;
- 11) Transtorno mental não especificado.

O Ministério da Saúde lançou em 2002 dados referentes às doenças mentais e suas incidências nas internações ocorridas no ano em questão. Estes dados foram organizados na forma do quadro abaixo, seguindo a ordem decrescente das porcentagens de internação:

Proporção de Internações por Transtornos Mentais no Brasil (ano 2002)	
Grupo de doenças segundo CID-10	%
Esquizofrenia, perturbação esquizotípica e perturbações delirantes	52,72
Perturbações Mentais e de Comportamento Decorrentes do Uso de Substâncias Psicoativas	18,86
Perturbações mentais orgânicas, incluindo sintomáticas	12,84
Perturbações de Humor (Afetivas)	7,75
Atraso mental	6,29
Perturbações neuróticas, relacionadas com o stress e somatoformes	0,48
Perturbações da personalidade e de comportamento em adultos	0,45
Transtorno mental não especificado	0,38
Síndromes comportamentais associados a perturbações fisiológicas e fatores físicos	0,13
Perturbações do desenvolvimento psicológico	0,06
Perturbações emocionais e de comportamento com início habitualmente na infância e adolescência	0,04

Quadro 1 – Proporção de internações por transtornos mentais no Brasil

Fonte: elaborado pela autora com base em dados do Ministério da Saúde - ano de 2002

Na seqüência, serão descritas, seguindo as alíneas alfabéticas anteriormente determinadas, algumas das doenças contidas nos cinco grupos com maior incidência de internações no âmbito nacional:

1) Perturbações mentais orgânicas, incluindo sintomáticas

Internações por tipos de doenças, relacionadas a este grupo, somam cerca de 12,84%. São transtornos que estão ligados a lesões cerebrais ou outro tipo de comprometimento que leva a uma disfunção cerebral. Neste conjunto, estão contidos, principalmente, vários tipos de demências, geralmente caracterizadas por múltiplos déficits cognitivos que incluem prejuízo de memória. As demências são divididas de acordo com sua etiologia, ou seja, sua causa, como por exemplo: demência na doença de Alzheimer, demência na doença de Parkinson, demência por múltiplos infartos, demência na doença causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e outros.

2) Perturbações mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas

Este conjunto de transtornos abrange cerca de 18,86% das internações. Estão reunidos transtornos relacionados ao consumo de uma droga de abuso, efeitos colaterais de medicamentos e a exposição a toxinas. A classificação das doenças e seus sintomas variam, dentro deste grupo, de acordo com a substância utilizada (álcool, opióides, canabióides, sedativos, cocaína, estimulantes, alucinógenos, tabaco, solventes voláteis e outros). Os sintomas gerais são: dependência, intoxicação, delírio por intoxicação, transtornos psicóticos, do humor, ansiedade, disfunções sexuais e do sono. Outros sintomas podem ser ainda destacados, principalmente com relação ao álcool e sedativos, como o delírio por abstinência, demência e transtorno amnésico.

3) Esquizofrenia, perturbação esquizotípica e perturbações delirantes

Segundo dados de 2002, abrange cerca de 52,72% das internações a nível nacional. Neste grupo, fazem parte cerca de 10 doenças, cada uma contendo, ainda, outras variações. A seguir serão descritas algumas informações e sintomas relacionados à esquizofrenia, uma das doenças mais representativas do grupo:

As possíveis causas para o aparecimento da esquizofrenia são consideradas complexas e multifatoriais. Destacam-se problemas ligados ao desequilíbrio neuroquímico (falhas na comunicação celular do grupo de neurônios envolvidos no comportamento, pensamento e senso-percepção), ao fluxo sanguíneo cerebral, a respeito de possíveis anomalias na formação de certas células cerebrais, antes mesmo do nascimento, além de vários outros fatores. Porém, a questão genética é a mais destacada, variando a probabilidade

do aparecimento da doença de acordo com o grau de parentesco. Já o estresse aparece não como um fator de causa propriamente dito, mas como um dos principais agravantes dos sintomas apresentados.

Seu diagnóstico envolve um conjunto de sinais e características associadas com prejuízos no funcionamento ocupacional e social. Estes sintomas são organizados em duas amplas categorias, os positivos e negativos. Os sintomas positivos tratam, na realidade, das características que não deveriam estar presentes, refletindo no excesso ou distorção de funções normais: do pensamento inferencial (delírios), da percepção (alucinações), da linguagem e comunicação (discurso desorganizado) e do monitoramento comportamental (comportamento amplamente desorganizado ou catatônico). Já os sintomas negativos dizem respeito àqueles que deveriam estar presentes, mas estão ausentes, ocasionando restrições: na amplitude e intensidade da expressão emocional (embotamento afetivo), na fluência e produtividade do pensamento (alogia) e na iniciação de comportamentos dirigidos a um objetivo. Os remédios são a única alternativa para tratar a esquizofrenia, sendo outras formas de terapia e reabilitação psicossocial utilizadas como atividades complementares.

4) Perturbações de humor (afetivas)

São estados de humor exagerados, onde o indivíduo apresenta pouco controle emocional, causando aflição e prejudicando sua capacidade de aprender, trabalhar, e se relacionar com os outros. Como exemplos, podem-se destacar dois transtornos freqüentemente encontrados: os depressivos e os bipolares.

I - transtornos depressivos: podem ter como causas uma variedade de eventos estressantes como perda de ente querido, perda de emprego, mudança de habitação contra vontade, doença grave e outros. Ressalta-se que pequenas contrariedades não são consideradas como eventos fortes o suficiente para desencadear depressão. A influência genética e o ambiente durante a infância também trazem predisposições ao seu aparecimento. A explicação científica de sua ocorrência é o desequilíbrio bioquímico dos neurônios responsáveis pelo controle do estado de humor. Muitos são os sintomas ligados a depressão, porém, um conjunto de características centrais auxilia na sua diagnosticação: perda de energia ou interesse, humor deprimido, dificuldade de concentração, prejuízos na capacidade de pensar ou tomar decisões, alterações do apetite e do sono, lentidão das atividades físicas e mentais, sentimento de pesar ou fracasso. Estes sintomas permeiam desde sentimentos como tristeza e pensamentos negativos até sintomas corporais como dores de cabeça, enjôos, desconforto no batimento cardíaco e dificuldades digestivas. São também detectados freqüentes pensamentos sobre morte e suicídio. Os tratamentos são efetuados a base de medicamentos (antidepressivos) e terapia.

II - transtornos bipolares: não se pode precisar sua causa propriamente dita, mas alguns fatores estão ligados ao seu aparecimento como traumas, incidentes ou fortes acontecimentos (mudanças, troca de emprego, fim de casamento, morte de ente querido) e a hereditariedade. A alternância de estados depressivos com maníacos é à base dessa patologia. Pessoas com distúrbio bipolar têm ciclos de depressão alternados com mania. O termo mania é popularmente utilizado quando fazemos várias vezes a mesma coisa, porém, mania em psiquiatria significa um estado exaltado de humor. Os sintomas da fase maníaca incluem: soberba anormal ou excessiva, irritabilidade incomum, diminuição da necessidade de dormir, mania de grandeza, falar em excesso, pensamentos acelerados, aumento de desejo sexual e aumento significativo de energia. Já os sintomas da fase depressiva são os completos opostos dos que ocorrem na sua fase maníaca, podendo ser tomados como base alguns dos citados anteriormente, durante a explanação acerca do transtorno depressivo. Os tratamentos apresentam-se baseados em medicações e terapias.

8) Atraso mental

Correspondem a 6,29% das internações. Refere-se a uma parada no desenvolvimento do funcionamento intelectual ou seu desenvolvimento incompleto, acarretando retardos das faculdades que determinam o nível global de inteligência, ligado às funções cognitivas, de linguagem, da motricidade e do comportamento social. As doenças neste grupo estão organizadas de acordo com o nível do retardo mental (leve, moderado, grave, profundo). O estabelecimento destes níveis conta como base, dentre outras características, o quociente de inteligência (QI) do indivíduo (considerado normal de 81 a 120). Desta forma, os retardos abrangem desde um retardo mental leve, onde o indivíduo apresenta QI entre 50 e 69 (idade mental entre 9 e 12 anos), apresentando dificuldades de aprendizado na escola, porém muitos adultos são capazes de trabalhar e de manter relacionamento social satisfatório, até um retardo mental profundo, com QI abaixo de 20 (idade mental abaixo de 3 anos), apresentando limitações graves quanto aos cuidados pessoais, continência, comunicação e mobilidade.

2.2 História das instituições psiquiátricas no contexto mundial: concepção asilar, espaços terapêuticos e a Reforma Psiquiátrica

Até o final do século XVIII, os espaços destinados às pessoas ditas como loucas eram os mesmos reservados aos mendigos, criminosos ou doentes em geral. As raízes da loucura têm, portanto, suas bases em um contexto de auxílio aos necessitados, onde:

[...] a assistência aos enfermos se fundamentava nos conceitos de caridade e filantropia e era realizada em espaços vinculados às práticas religiosas, destinados ao abrigo não só de doentes, mas, também de ladrões, loucos, indigentes, todo tipo de marginalizado. (SANTOS; BURSZTYN, 2004, pg.59).

O termo psiquiatria surgiu fortemente no início do século XIX, como parte dos processos associados à Revolução Industrial, quando “[...] a loucura passa a ser categorizada como um desvio de conduta dos padrões de normalidade aceitos pela sociedade” (FONTOURA, 1997, p.18). Passou-se, então, a observar que já não bastava retirar do convívio social as pessoas que apresentassem comportamentos desviantes; tornava-se necessário serem estudadas e tratadas pela medicina.

É durante este processo chamado de medicalização, onde a assistência à saúde passa do campo religioso ao campo da ciência médica, que surge, também, o “espaço arquitetônico destinado à sua atuação – o manicômio, por sua vez fundamentado nos conceitos da disciplina e vigilância” (SANTOS E BURSZTYN, 2004, pg.60), ou seja, é neste período que se inicia o processo de construção de edificações com fins específicos para o tratamento de portadores de doenças mentais. As primeiras edificações destacavam-se pelo que Foucault (2005) chama de métodos de controle da sociedade como: a vigilância e a disciplina. A partir de então:

[...] a vigilância necessária para garantir o cumprimento da disciplina provocou a necessidade da conformação dos espaços da arquitetura, de modo a facilitar o seu exercício. Desenvolveu-se, a partir daí, uma arquitetura baseada em dispositivos, cujo principal símbolo era o pan-óptico, uma construção em anel com uma torre no seu interior, vazada por grandes janelas, que permitem a observação irrestrita dos compartimentos à sua volta. (SANTOS; BURSZTYN, 2004, pg.60).

Este modelo panóptico de arquitetura, que garantia o controle visual pleno, foi utilizado na mesma época não somente em hospitais, mas em escolas, quartéis, prisões e outras instituições (figs.1 e 2 – pág.26).

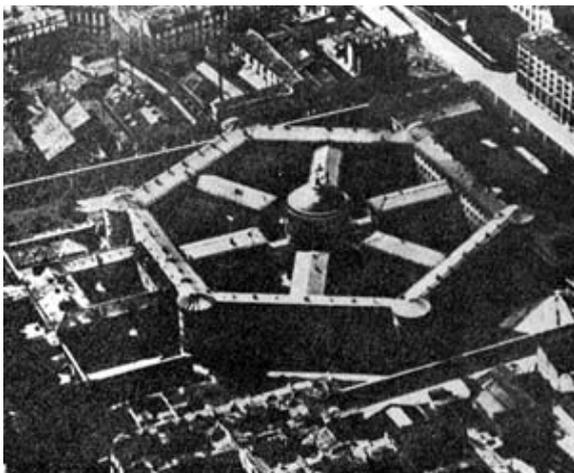


Fig. 1 - Prisão de *Petite Roquette*, projeto do ano de 1844, Paris.

Fonte: Lima, 2007



Fig.2 – *Narrenturm*: Hospital Psiquiátrico na Áustria, 1784.

Fonte: Silver,2008.

Neste modelo, a constituição do partido para o desenvolvimento destas edificações baseava-se em uma arquitetura com um todo conceitual introspectivo (fig.3), ou seja, a arquitetura se organizava voltada e fechada para um centro, de uma forma interiorizada, centrípeta (facilitando a vigilância e controle).

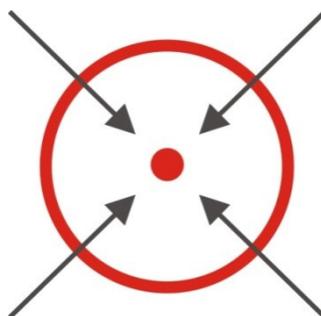


Fig. 3 – Diagrama conceitual: arquitetura introspectiva, centrípeta.

Fonte: elaborado pela autora

Este fechamento constituía-se em uma segregação do mundo exterior e era a base das instituições asilares. O asilo, a reclusão e o fechamento para o mundo externo eram conceitos da época e que foram objetivados e refletidos na constituição destas arquiteturas. Porém, deve-se observar que nem todas as arquiteturas desta época eram iguais, no sentido de se conformarem plani-volumetricamente desta forma, mas possuíam o mesmo diagrama conceitual, ou seja, a mesma essência.

Ainda neste período é de fundamental importância a figura do médico francês Philippe Pinel (1759-1820). Como diretor do manicômio de Bicêtre, situado nos arredores de Paris, Pinel conseguiu obter, em 1798, autorização para libertar os asilados que estavam

acorrentados há quase 30 anos. Com Pinel surge uma nova forma de encarar o tratamento da loucura, embasada em um caráter terapêutico que se preocupa com a questão moral do paciente, passando a observar os comportamentos e reestruturando as classificações das doenças. Como precursor de uma nova visão, Pinel realizou uma série de estudos e reformas que “[...] definem, pela primeira vez, a dimensão psicológica da psiquiatria (a primeira revolução psiquiátrica no sentido da evolução científica), introduzindo-lhe um sentido moral e de liberdade [...]” (FONSECA, 1997, p.58)

Para ele, “[...] o manicômio se torna parte essencial do tratamento, não será mais apenas o asilo onde se enclausura ou se abriga o louco, será um ‘instrumento de cura’[...]” (PESSOTI, 1996, p.69)

As arquiteturas deste período, e que seguem os preceitos definidos por Pinel, foram descritas por Esquirol em 1838, um de seus maiores discípulos, em um tratado chamado *Des Maladies Mentales* (As Doenças Mentais).

Para Esquirol:

O manicômio ideal devia ser um conjunto de edificações no plano térreo, separadas umas das outras. O conjunto dos edifícios incluía construções especiais para banhos, “aparelhos de vapor”, oficinas, enfermarias, cada um separado dos demais. (PESSOTI, 1996, p.169)

Deve haver alojamentos separados para os loucos furiosos, para os maníacos que não sejam maus, para os melancólicos tranqüilos, para os monomaníacos que são ordinariamente barulhentos, para os alienados em demência, para os que andam costumeiramente sujos, para os loucos epiléticos, para os que têm alguma doença incidental e, enfim, para os que estão em convalescença: a habitação destes deve ser disposta de modo a que não se possam ver nem ouvir os doentes [...] As habitações não devem ser construídas todas do mesmo modo e a uniformidade é um dos principais defeitos dos asilos existentes na França e fora dela. As habitações para os furiosos devem [...] oferecer meios de segurança que seriam inúteis e até nocivos no resto do estabelecimento [...] O *quartier* dos convalescentes não deve diferir, em nada, de uma casa comum [...] (ESQUIRIOL, 1838, p. 424, apud PESSOTI, 1996, p.169)

Outra preocupação constante de Esquirol (1838, apud PESSOTI, 1996) é justamente com relação ao número de pavimentos da edificação. Para ele uma edificação térrea tornava-se ideal devido a três motivos: primeiro, porque facilitava o controle e a vigilância, que deveria continuar existindo, pois uma edificação com vários pavimentos tornava difícil a supervisão dos chefes e os pacientes acabavam por ficar sob a constante observação dos serventes que a exercem de forma bisbilhoteira e tirânica, podendo comprometer e prejudicar os tratamentos. Segundo, comenta sobre as dificuldades para a atuação do pessoal clínico que

pode vir a sofrer ataques ou ter de levar um paciente, contra sua vontade, subindo lances de escadas, dificultando a realização dos trabalhos. Estes dois primeiros itens seriam hoje até facilmente resolvidos pela locação de câmeras escondidas de vigilância ou pelo simples advento do elevador, que nesta época ainda não se inventara para edificações. Porém o terceiro fator tem a ver com o que Pessoti (1996) chama de emoções do paciente sendo descrito por Esquirol desta forma:

Enfim, os asilos construídos no plano térreo, compostos de diversos edifícios isolados, distribuídos sobre uma vasta superfície, assemelham-se a aldeias, nas quais as ruas, praças e caminhos oferecem aos alienados os espaços mais variados, mais amplos, para se entregarem ao exercício, tão necessário no estado deles. (ESQUIRIOL, 1838, p. 426-427, apud PESSOTI, 1996, p.171)

Apesar de todas as alterações sugeridas por Pinel e seus seguidores, embasadas sobre os preceitos médicos e terapêuticos, mantém-se ainda neste período o caráter de isolamento destas instituições. Segundo Amarante (1995), Pinel estabelece:

[...] a doença como problema de ordem moral e inaugura um tratamento da mesma forma adjetivado. Ordenando o espaço valendo-se das diversas “espécies” de alienados existentes, Pinel postula o isolamento como fundamental a fim de executar regulamentos de polícia interna e observar a sucessão de sintomas para descreve-los. Organizando desta forma o espaço asilar, a divisão objetiva a loucura e dá-lhe unidade, desmascarando-a ao avaliar suas dimensões médicas exatas, libertando as vítimas e denunciando suspeitos. (AMARANTE, 1995, p.25)

No contexto da Revolução Francesa, final do século XVIII, e sobre seu lema liberdade, igualdade e fraternidade, os espaços com características asilares passam a ser alvo de críticas, pois excluía e isolavam o paciente da sociedade, além de todo caráter absolutista impregnado por essas instituições.

Porém, é somente no período após a Segunda Guerra que se dá o desdobramento da Reforma Psiquiátrica no contexto mundial, repercutido inicialmente pela comparação das instituições asilares aos campos nazistas de concentração e o repúdio a qualquer desrespeito aos direitos humanos.

Segundo Amarante (1995) o processo da Reforma pode ser apresentado segundo três momentos de alterações e elaboração de novos preceitos: surgimento das comunidades terapêuticas e da psicoterapia institucional, surgimento da psiquiatria de setor e preventiva e da anti-psiquiatria.

O primeiro momento, que diz respeito ao surgimento das comunidades terapêuticas e da psicoterapia institucional, ocorre por volta de 1946, quando pacientes são reunidos em pequenos grupos e observa-se a possibilidade da prática de atividades e tarefas, muitas vezes na função de auto-suficiência da instituição, consideradas terapêuticas: “O paciente é colocado em posição onde possa, com auxílio de outros, aprender novos meios de superar as dificuldades e relacionar-se positivamente com as pessoas que o podem auxiliar”. (JONES, 192, p. 23, apud AMARANTE, 1995, p.29).

Destaca-se ainda que:

[...] através da concepção de comunidade, procura-se desarticular a estrutura hospitalar considerada segregadora e cronificadora²: o hospital deve ser constituído de pessoas, doentes e funcionários, que executem de modo igualitário as tarefas pertinentes ao funcionamento da instituição. (AMARANTE, 1995, p.29).

Já a prática da psicoterapia institucional surge como um conjunto de ações da própria instituição, considerada aqui com seu potencial de cura, na busca pela realização de atividades consideradas terapêuticas, conciliando psiquiatria e psicanálise.

O segundo momento está relacionado à chamada psiquiatria de setor e psiquiatria preventiva. Através da psiquiatria de setor, territórios são divididos em setores geográficos não podendo conter uma população superior a 70 mil habitantes, possuindo cada qual uma unidade para o tratamento, prevenção e pós-internação do paciente e uma equipe completa de profissionais. “[...] institui-se o princípio de esquadrihar o hospital psiquiátrico e as várias áreas da comunidade de tal forma que a cada ‘divisão’ hospitalar corresponda uma área geográfica e social”. (AMARANTE, 1995, p.35)

Neste sentido, de acordo com Fleming (1976, apud AMARANTE, 1995, p.34) a psiquiatria de setor trata-se de:

[...] um projeto que pretende fazer desempenhar à psiquiatria uma vocação terapêutica, que segundo os seus defensores não se consegue no interior de uma estrutura hospitalar alienante. Daí a idéia de levar a psiquiatria à população, evitando ao máximo a segregação e o isolamento do doente, sujeito de uma relação patológica familiar, escolar, profissional, etc. trata-se portanto de uma terapia in situ: o paciente será tratado dentro do seu próprio meio social e com o seu meio, e a passagem pelo hospital não será mais do que uma etapa transitória do tratamento.

² O termo segregadora designa uma estrutura hospitalar que separa o paciente do convívio com a sociedade. Já o termo cronificadora refere-se ao agravamento de seu quadro clínico. A palavra crônico está ligada a palavra tempo (cronos) e geralmente refere-se a um processo incurável e pouco previsível a longo prazo.

Já a psiquiatria preventiva, inicialmente consolidada nos EUA por volta dos anos 60, tem como objetivo a ação em uma das raízes do problema, ou seja, a redução do número de doentes mentais por meio da profilaxia, passando a intervir nas causas para a doença.

O terceiro momento trata do surgimento da anti-psiquiatria, por volta dos anos 60, na Inglaterra. Busca romper com as filosofias e formas de tratamento até então instaurados, estabelecendo críticas e questionamentos a cerca do saber psiquiátrico.

Além da anti-psiquiatria destacam-se em paralelo as experiências de Franco Basaglia na Itália. Basaglia foi precursor da Reforma italiana tendo como metas à busca pela igualdade, inclusão social dos portadores de doenças mentais e sua reintegração com a comunidade. A mudança, para ele, está na forma de pensar a loucura e no objetivo de desmontar as atuais estruturas psiquiátricas buscando a desinstitucionalização. Em 1971, na cidade de Trieste, Basaglia inicia um processo de:

[...] desmontagem do aparato manicomial, seguido da constituição de novos espaços e formas de lidar com a loucura e a doença mental. Assim são construídos sete centros de saúde mental, um para cada área da cidade, cada qual abrangendo de 20 a 40 mil habitantes, funcionando 24 horas ao dia, sete dias por semana. São abertos também vários grupos-apartamento, que são residências onde moram usuários, algumas vezes acompanhados por técnicos e/ou outros operadores voluntários, que prestam cuidados a um enorme contingente de pessoas, em mais de trinta locais diferentes. (AMARANTE, 1995, p.49)

Com Basaglia, inicia-se a reestruturação da assistência à saúde mental, que irá influenciar vários outros países, inclusive o Brasil, na constituição desta nova forma de saber psiquiátrico.

2.3 História das instituições psiquiátricas no Brasil

A história da psiquiatria no Brasil tem início na metade do século XIX, durante o período imperial. Neste contexto, a sociedade dividia-a em dois grandes blocos: uma minoria de senhores e proprietários de terras e uma multidão de escravos. Os doentes mentais que pertenciam as famílias abastadas eram tratados e vigiados pelas próprias famílias em casa. Porém, os que constituíam a massa de escravos ou de desocupados acabavam por serem aprisionados em asilos que tinham a restrita função de reclusão, sem qualquer tipo de tratamento, e eram administrados, na sua maioria, pela própria Igreja.

Devido à pressão sofrida, tanto por parte da população que não desejava mais encontrar pelas ruas os chamados insanos, quanto por parte dos intelectuais e médicos da época que rechaçavam a forma como eram tratados os doentes mentais nestes asilos, o Estado Imperial inaugura, em 1852 na cidade do Rio de Janeiro, o Hospício de Pedro II (fig.4), primeira instituição voltada ao atendimento em saúde mental no país. Porém esta estrutura ainda não estava fundamentada em um saber psiquiátrico, estando sob a direção das Irmãs de Caridade.



Fig. 4 – Hospício de Pedro II, projeto do ano de 1852, Rio de Janeiro – atual Palácio universitário da UFRJ. Fonte: Imagem UFRJ, 2008.

Paulatinamente, o número de hospícios foi aumentando, criando-se, assim, um local cada vez mais específico para o “tratamento” e reclusão do louco a constituir-se em um substituto das prisões, em um quase hospital: com grades, muros altos e com guardas. (SANTOS, 1994, p.29-30)

Somente com a implantação da República, no ano de 1889, é que se inicia a efetiva entrada dos médicos nestas instituições, através da separação da Igreja do Estado, surgindo a psiquiatria médica.

Com a abolição da escravatura e a entrada de imigrantes no país, consolida-se o modelo de relações de produção capitalista, iniciando-se o processo de formação dos grandes núcleos urbanos.

Em 1903, com o processo de higienização (devido à situação insalubre das cidades que passam a ser assoladas pela febre amarela, episódios de cólera e outras doenças) surge uma tentativa de retirada dos grandes centros dos maltrapilhos, moradores de cortiços e favelas, que configuravam-se como focos de infecção. Neste espírito de limpeza das cidades, a psiquiatria passa a adotar:

[...] a construção de hospícios-colônias em locais afastados dos centros urbanos, prática que ia ao encontro dos interesses do estado republicano, que desejava diminuir os gastos com os “vadios” que perambulavam pelas ruas das cidades. Nestes hospícios buscava-se a auto-suficiência dos “doentes”, diminuindo-se conseqüentemente, os gastos do Estado. (SANTOS, 1994, p.33)

Porém criou-se um outro problema. O trabalho em hospícios colônias pretendia que o paciente se sentisse em um ambiente rural, fazendo da terra um meio de trabalho. Considerando que as colônias foram construídas dentro de uma visão pré-capitalista, com enfoque em trabalhos rurais, caíam em uma contradição no que diz respeito ao retorno do paciente a uma comunidade, muitas vezes, com realidades urbanas.

2.4 Reforma Psiquiátrica no Brasil

O processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil teve seu início na década de 70, em um contexto internacional de mudanças relativas às práticas asilares, impulsionada pela crise do modelo hospitalocêntrico e por movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos.

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios. (BRASIL, 2005, p.6)

Em 1978 surge oficialmente o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) considerado por Amarante (1995) como um dos principais autores das propostas de reformulação e impulsionador do pensamento crítico do saber psiquiátrico.

A experiência italiana de desinstitucionalização (anteriormente explicitada e iniciada por Franco Basaglia), foi também fator importante e inspirador para as idéias de ruptura com os modelos manicomial no Brasil.

Assim, num curto período, entre os anos 1987 e 1989, surgem duas importantes intervenções na rede hospitalar nacional: a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil e significativas reformulações na Casa de Saúde Anchieta, local de constantes denúncias de maus tratos e mortes, ambos localizados na cidade de São Paulo.

No ano de 1989 inicia-se o processo da Reforma, no campo do poder legislativo, com o lançamento do projeto de lei do deputado estadual Paulo Delgado que regulamentava

os direitos dos pacientes acometidos por doenças mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país.

É ainda na década de 90:

[...] marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS³ e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. (BRASIL, 2005, p.8)

A Declaração de Caracas trata de um documento firmado por países da América, em 1990, que postula a preocupação com a necessidade de desospitalização e desinstitucionalização da rede de saúde mental.

2.4.1 O processo de desinstitucionalização

Somente no ano de 2001 é sancionado o projeto de lei do deputado Paulo Delgado, agora intitulada como Lei Federal 10.216. Essa lei trata, na realidade, de um substitutivo do projeto de lei original do deputado.

[...] a Lei Federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. Ainda assim, a promulgação da lei 10.216 impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. (BRASIL, 2005, p.8)

Inicia-se, então, a criação de linhas de financiamentos, por parte do Ministério da Saúde, para os novos serviços extra-hospitalares e um processo de gestão e redução do número de leitos hospitalares psiquiátricos. Cria-se o programa chamado “De volta para casa”, regulamentado pela Lei 10.708 do ano de 2003, onde se incentiva o retorno aos lares de pacientes egressos de internações (pacientes considerados moradores) através do pagamento de um auxílio financeiro, chamado de auxílio-reabilitação psicossocial, tendo como principal objetivo a desinstitucionalização.

³ A sigla NAPS significa Núcleo de Apoio Psicossocial

O período atual caracteriza-se, assim, por dois movimentos simultâneos: a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar (rede extra-hospitalar) e a fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes.

A rede **extra-hospitalar** diz respeito a um conjunto de unidades criadas visando sempre a reinserção do indivíduo em sua comunidade. São divididas nas seguintes estruturas:

a) **Centro de Apoio Psicossocial (CAPS):** unidades de saúde que reúnem pacientes de uma região, oferecendo o desenvolvimento de atividades terapêuticas e acompanhamento pós-internação. Nos CAPS os pacientes não ficam em sistema de internação, podendo passar o dia ou contar com atendimento ambulatorial 24 horas;

b) **Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs):** tratam-se de moradias inseridas nas comunidades e que tem por intuito o auxílio de pacientes moradores das atuais instituições ou os que necessitam de internações de longa permanência, quando de sua desinstitucionalização. Geralmente são casas alugadas onde existe pelo menos um responsável, ou seja, um funcionário, e no máximo 8 pacientes;

c) **Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG):** visam a substituição das internações de longa permanência em grandes instituições exclusivamente psiquiátricas, pela internação em hospitais gerais.

2.4.2 Hospitais Psiquiátricos: uma nova realidade

No início do ano de 2002 é promulgada a Portaria /GM nº 251 que tem como principal objetivo redefinir diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassificando os hospitais e estabelecendo novas diretrizes para as internações através do Sistema Único de Saúde (SUS).

Por determinação desta portaria os hospitais psiquiátricos, vinculados ao SUS, deveriam passar por uma avaliação, no período de janeiro a maio de 2002, realizada pelo Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH/Psiquiatria).

Segundo o Art 4º desta portaria, os hospitais que não obtivessem o percentual mínimo indicador de qualidade, sugerido segundo sua classe e números de leitos, teriam um período de 90 dias após a divulgação da avaliação para sua reestruturação. O não cumprimento desta prerrogativa acarretaria no descredenciamento da instituição do Sistema e

a criação de um projeto técnico para a substituição do atendimento aos pacientes destes hospitais, preferencialmente em rede extra-hospitalar. Após este processo, estas avaliações passaram a ser anuais como forma de gerenciar o bom funcionamento destas instituições.

A nova definição de hospital psiquiátrico é também ditada por essa portaria, passando então a ser considerado como: aquele cuja maioria de leitos se destine ao tratamento especializado de clientela psiquiátrica em regime de internação.

Cabe então aos hospitais a função de acolher os indivíduos que necessitam de internação, sendo esta indicada, porém, somente quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. Desta forma, o hospital deve atender somente as internações de indivíduos com quadro agudo (considerado paciente acometido pela doença em caráter recente ou temporário), ou seja, internações de curta permanência, e não mais crônico (considerado paciente acometido pela doença em caráter permanente), onde o paciente permanece em regime de longa internação.

Dentre as alterações a que devem ser submetidas essas instituições hospitalares destacam-se as principais e que efetivamente necessitam de rebatimentos e reestruturações espaciais:

a) Limitação do número de internações para cada município ou região, reduzindo progressivamente o número de leitos psiquiátricos e buscando diminuir o caráter asilar destas instituições. O processo de internação seria aplicado somente aos casos considerados agudos;

b) Proibição da existência de espaços restritivos (celas fortes);

c) Exige a implementação de um conjunto de projetos terapêuticos da instituição, definido como o conjunto de objetivos e ações estabelecidos e executados por uma equipe multiprofissional, voltados para a recuperação do paciente, desde a admissão até a alta. Estas atividades buscam potencializar a questão da reintegração social-familiar, chave das mudanças do sistema asilar para o terapêutico;

d) Exige, com vistas a garantir condições físicas adequadas aos usuários (atendimento dos pacientes bem como o trabalho dos funcionários), a observação dos parâmetros das normas específicas referentes à área de engenharia e arquitetura e vigilância sanitária em vigor (Portaria GM/MS N° 1884, de 11 de novembro de 1994);

e) O hospital psiquiátrico especializado deverá destinar uma enfermaria para intercorrências clínicas, com um mínimo de 6m²/leito e número de leitos igual a 1/50 do total do hospital, com oxigênio, aspirador de secreção, vaporizador, nebulizador e bandeja ou carro de parada, e ainda:

I - sala de curativo ou, na inexistência desta, um carro de curativo para cada 3 postos de enfermagem ou fração;

II - área externa para deambulação e/ou esportes, igual ou superior à área construída.

f) O hospital psiquiátrico especializado deverá ter sala(s) de estar, jogos e outros, com um mínimo de 40m², mais 20m² para cada 100 leitos a mais ou fração, com televisão e música ambiente nas salas de estar.

Face às questões acima listadas, a rede de atenção hospitalar em psiquiatria segue passando por readaptações às exigências da Reforma em um lento processo de mudanças. Reduzem-se os leitos, inserem-se atividades, e aos poucos os Hospitais deverão ser remodelados, tratando basicamente casos extremos agudos de internação.

Todas estas alterações implicam de alguma forma em reformulações espaciais destas instituições que passam por um momento considerado de abertura e exteriorização (centrífugo – fuga do centro), tanto em termos de filosofias de tratamentos, quanto em termos dos próprios conceitos relacionados ao seu projeto arquitetônico, invertendo o digrama conceitual (fig.5) inicialmente apresentado.

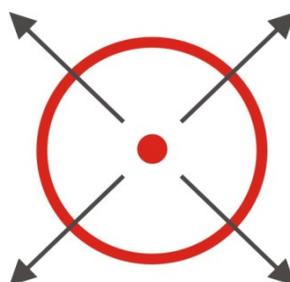


Fig. 5 – Diagrama conceitual: Arquitetura da exteriorização, centrífuga (fuga do centro).
Fonte: elaborado pela autora

2.5 Saúde mental: Santa Catarina e Florianópolis

O atendimento de doentes mentais em Santa Catarina teve início, em um primeiro momento, em Brusque e Joinville com a respectiva instalação do asilo de Azambuja, em 1910 (sob o controle das freiras da Irmandade Divina Providência), e do hospital Dr. Schneider em 1923. Neste período, os tratamentos ainda eram muito embasados no caráter filantrópico destas instituições.

A assistência psiquiátrica no Estado surge oficialmente no ano de 1942 com a implantação do Hospício Colônia Santana, no município de São José na Grande Florianópolis. A cerca de 30 km da capital, o Hospital estava implantado em uma área desocupada e distante dos centros urbanos, como assim estabelecia seu conceito (fig.6 e 7).

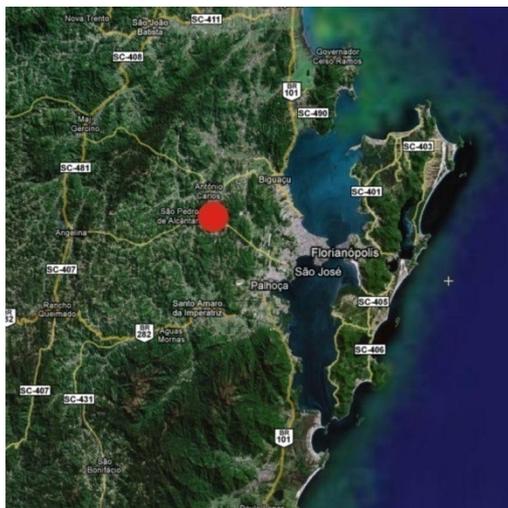


Fig.6 – Localização do Hospital em relação à capital.

Fonte: Wikimapia, 2008.



Fig.7 - Vista do Hospital em 1944

Fonte: Arquivo Hospital

Segundo o discurso de seus idealizadores:

[...] era de estilo sóbrio e agradável arquitetura, existindo uma harmonia entre o ajardinamento e a arborização, em complemento às modernas instalações do hospital, tornando a vida dos pacientes, um 'recreio ameno e continuado' e oferecendo ao visitante, um panorama de belíssima perspectiva a uma afirmação vigorosa da sabedoria e da instituição social que realizou tal vulto. (FONTOURA, 1997, p.56).

Quando então inaugurado, o Hospital, de caráter público, possuía capacidade inicial para 300 leitos sendo que em seu primeiro ano de funcionamento já haviam 311 pacientes provenientes de regiões de todo o Estado.

No final da década de 40, com um quadro muito maior de internações do que de altas, o número de pacientes já chegava a 534 e, a partir da década de 50, já se começa a pensar na construção de um novo hospital. Porém, continuava-se a ampliá-lo construindo novos pavilhões.

A demanda psiquiátrica catarinense passa cada vez a ser maior, tanto pelo crescimento da população, pelas crises econômicas, quanto pelo próprio saber psiquiátrico que cada vez mais conseguia diagnosticar uma variedade ainda maior de doenças. O Hospital

Colônia Santana chega ao final da década de 50 com 800 pacientes, o que justificava o seu aumento de mais leitos.

Durante a década de 60 foi construído o manicômio judiciário em Florianópolis, mais três hospitais de iniciativa privada, além de mais um novo pavilhão na Colônia Santana com capacidade para 234 leitos. Os três hospitais localizavam-se em: Criciúma (com capacidade para 90 leitos), São José (com capacidade para 173 leitos) e Joinville (com capacidade para 80 leitos).

A partir da década de 70, surge então uma nova política de interiorização da psiquiatria e a construção de uma rede de ambulatórios em algumas cidades onde existiam psiquiatras com disponibilidade para assumir as atividades. Em 1986, constata-se que o número de ambulatórios não passavam de 35 e que a Colônia Santana estava com superpopulação, tendo 1709 pacientes e capacidade para 1000 leitos, chegando o número de reinternações, neste mesmo ano, a 4.983 (ver gráfico 1).

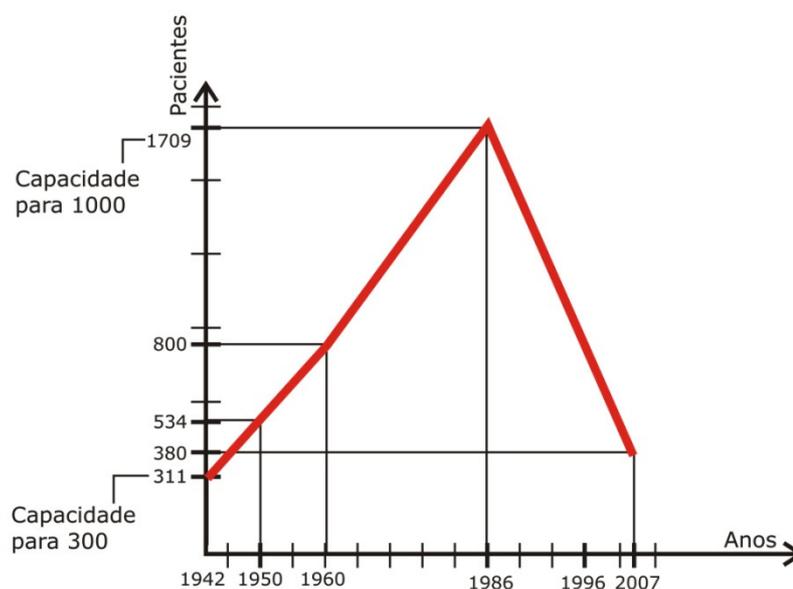


Gráfico 1 – Gráfico síntese do número de internações por ano do Hospital Colônia Santana.

Fonte: elaborado pela autora

Observa-se ainda que, no que diz respeito “[...] à obtenção da ‘cura’, os resultados são por demais negativos, assim como os resultados do trabalho de ‘prevenção’, haja visto o aumento das consultas subseqüentes, internações e reinternações”.(SANTOS, 1994, p.99)

Assim:

[...] a política de saúde mental catarinense, e a prática psiquiátrica até 1987, podem ser, em linhas gerais, caracterizada pela pretensão da cura, pela obtenção de lucro, pela segregação ou exclusão social, acompanhada da perda da cidadania do “doente mental”. (SANTOS, 1994, p.101)

A partir desta crise, inicia-se um processo lento de mudanças, bem como em todo país. A Reforma, juntamente com o processo de desinstitucionalização e desmontagem do sistema hospitalocêntrico, toma suas bases no Estado.

A Reforma Psiquiátrica em Florianópolis inicia-se em 1996, com a implantação do Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), hoje chamado Centro de Apoio Psicossocial II – Ponta do Coral. Esta unidade faz parte da rede de atendimento extra-hospitalar já regulamentada segundo as leis e diretrizes de cunho nacional, anteriormente explicitadas.

Atualmente, a rede de saúde mental em Florianópolis ampliou-se e conta com três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo um para atendimento ao adulto (CAPS II – Ponta do Coral), um para crianças e adolescentes (CAPSi) e um para atendimento a crianças com problemas com álcool e outras drogas (CAPSadi).

Hoje, o Hospital conta com uma lotação máxima de até 380 pacientes, reestruturando-se e diminuindo gradativamente seu número de leitos. Este processo de reestruturação culminou em sua divisão atual em duas partes: uma parte diz respeito a 160 leitos destinados ao tratamento de curta permanência, constituída pelo Instituto Psiquiátrico de Santa Catarina (IPq/SC), e outra referente a 220 leitos destinados ao tratamento de longa permanência, denominada de Centro de Convivência Santana.

Como visto anteriormente, no item referente às alterações sofridas pelos equipamentos hospitalares (item 2.4.2), hoje, o Hospital tem com principal função o tratamento de internações de curta permanência, devendo fortalecer sua ação enquanto Instituto Psiquiátrico de Santa Catarina. As demais enfermarias, destinadas ao tratamento de longa permanência e constituintes do Centro de Convivência Santana, são ocupadas por pacientes considerados moradores da Instituição. A maioria foi internada várias vezes, alguns nunca receberam alta, porque necessitam de cuidados constantes, e outros não possuem mais nenhum tipo de vínculo familiar, não tendo para onde retornar. Esta parte do Hospital deverá ser lentamente redirecionada às estruturas extra-hospitalares, aplicadas, neste caso, na forma das residências terapêuticas.

CAPÍTULO 3: O APORTE DA PSICOLOGIA AMBIENTAL NA BUSCA DE UM AMBIENTE SINOMÓRFICO

Este capítulo aborda a importância do aporte da psicologia ambiental na arquitetura, ressaltando os estudos relacionados a forma como a constituição espacial pode interferir no comportamento e apresentando o processo de relação humano x ambiente. Destaca, ainda, como os estímulos do meio são detectados, como nossos sistemas perceptivos são constituídos, e como o tratamento das informações é realizado, buscando evidenciar os principais fenômenos de comportamento relacionados ao espaço.

A partir destes conceitos estudados pretende-se dar embasamento para que possamos compreender que elementos do ambiente podem trazer benefícios ao ser humano, tanto com relação a sua saúde quanto ao seu comportamento.

3.1 Psicologia Ambiental

Sempre coloquei em minha vida as descrições de varas, pedras, bolas de bilhar e galáxias em uma caixa, o pleroma⁴, e deixei-as em paz. Na outra caixa coloquei as coisas vivas: caranguejos, pessoas, problemas de beleza e problemas de diferença. O conteúdo da segunda caixa é o assunto deste livro. (BATERSON, 1986, p.15 apud OKAMOTO, 2002, p.14).

Para Baterson (1986, apud Okamoto, 2002), a Arquitetura deveria estar junto ao conteúdo da segunda caixa, à medida que possui uma interface explicitamente estruturadora com as ditas “coisas vivas”, porém, na maioria das vezes, ela acaba por ser esquecida na primeira caixa, devido a ênfase dada as questões funcionais.

Estudiosos na área da história da arquitetura observam ao longo dos tempos como o ser humano construiu e constrói seus refúgios e estes, de alguma forma, sempre buscaram, e buscam até hoje, refletir toda a carga de valores sociais e culturais de seus povos, períodos e lugares.

⁴ Pleroma: Os antigos gnósticos o descrevem como o Nada, porém no sentido de algo que está além da percepção humana, algo divino, além do ser. É também utilizado para designar um lugar além das fronteiras da categoria tempo-espaço e onde toda tensão entre os opostos é extinta ou resolvida.

“Quando homens constroem casas, eles criam não somente um ambiente físico, mas um ambiente psicológico de significados, um mundo simbólico que reforça uma combinação de gostos e valores” (ITTELSON et al., 1974, p.1, tradução nossa)

A casa, aqui, pode ser tomada como exemplificação geral de um ambiente construído pelo ser humano que, além da necessidade de um abrigo físico para o desenvolvimento de suas atividades, necessita de um conforto psicológico, de identificação e harmonia com seu ambiente.

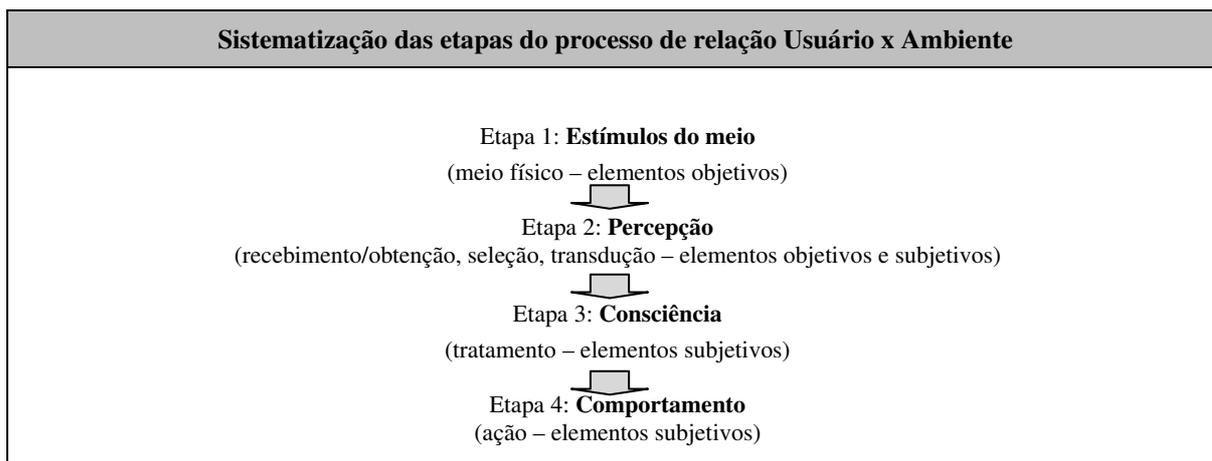
Estudos na psicologia ambiental tratam justamente destas relações entre o usuário e seu espaço⁵, destacando como esta relação pode se dar de maneira sinomórfica. Este campo de estudos é considerado demasiado recente, passando a desenvolver-se intensamente a partir da década de 60, quando surgem, vários eventos (congressos, conferências e seminários) tratando especificamente deste tema e que acabam por oficializá-lo enquanto disciplina. Suas raízes possuem caráter multidisciplinar, envolvendo uma junção das mais variadas áreas como a sociologia, antropologia, psicologia, arquitetura, biologia, história e geografia que, de alguma maneira, trabalham com este limiar entre o ser humano e o ambiente físico.

3.2 Sistematização do processo de relação humano x ambiente

Através do estudo da interação e inter-relação usuário x ambiente é possível compreender este processo sistematizando-o em etapas, de acordo com a ordem temporal em que estas ocorrem (ver quadro 2 – pág. 42). É também possível observar a influência de determinados aspectos e elementos do meio físico em um comportamento resultante, por parte do indivíduo, ou vice e versa. O ambiente afeta o comportamento assim como o comportamento afeta o ambiente.

Pela mente seletiva, diante do bombardeio de estímulos, são selecionados os aspectos de interesse ou que tenham chamado a atenção, e só aí é que ocorre a percepção (imagem) e a consciência (pensamento, sentimento), resultando em uma resposta que conduz a um comportamento. (OKAMOTO, 2002, p.27)

⁵ O espaço em questão é entendido não somente como o ambiente construído, mas também como espaço natural.



Quadro 2 – Sistematização das etapas do processo de relação usuário x ambiente.

Fonte: elaborado pela autora

O espaço transmite ao ser humano **estímulos** através de seus elementos constituintes, ou seja, atributos físicos do meio que, segundo Okamoto (2002), podem ser classificados como elementos objetivos do processo, por estarem ligados aos elementos da composição arquitetônica espacial. O homem recebe estes estímulos do ambiente e reage. Porém, a “[...] percepção destes estímulos depende não somente das condições físicas/psicológicas do observador, mas também da capacidade do ambiente de proporcionar as informações e do contexto social e cultural em que este processo está inserido” (VASCONCELOS, 2004, p.64).

A etapa da **percepção** entremeia questões relativas tanto ao sujeito (elementos subjetivos – referentes a sua bagagem de conhecimento, seus valores sociais e culturais) quanto ao meio (elementos objetivos) e é onde se dá o recebimento/obtenção da informação, a seleção dos estímulos que serão percebidos e sua transformação em informação legível ao corpo (transdução).

Na etapa de **consciência** ocorre o tratamento das informações transduzidas e esta depende unicamente das questões ligadas ao sujeito (elementos subjetivos). Na etapa final, onde se observa o resultado em forma de uma ação propriamente dita, mas uma vez, impera o controle do sujeito e deste dependerá o **comportamento** a ser tomado (elementos subjetivos).

Nossa função, enquanto arquitetos, encontra claramente seu ponto de ação dentro deste processo. Podemos, de alguma forma, intervir nos elementos objetivos, quando projetamos as características ambientais e, por decorrência, os estímulos que o meio pode transmitir, as informações que podem vir a ser captadas, despertando e buscando facilitar a percepção por parte do indivíduo.

3.2.1 Estímulos do meio e percepção

A constituição geral de nosso meio terrestre (ambiente) pode ser dividida em dois grandes conjuntos de elementos: matéria e energia.

[...] objetos, pessoas e animais são feitos de matéria; a luz do sol ou de uma lâmpada, o som que vem do rádio, a chama que aquece a panela no fogão são diferentes tipos de energia (eletromagnética, mecânica e térmica, respectivamente), sejam elas energias refletidas ou produzidas pelos objetos, pessoas e animais. (TIEDERMANN E SIMÕES, 1985, p.4 apud OKAMOTO, 2002, p.33)

Já para Gibson (1966), nosso meio terrestre possui constantes que regem a relação entre o ser humano e seu ambiente. São elas:

- a) formas rígidas da terra: fornecem apoio para a permanência e para o movimento nas relações espaciais, o que permite percebermos localizações, formas e tamanhos;
- b) gravidade: estabelece os planos básicos horizontal e vertical e permite nossa posição vertical e movimentos;
- c) radiações eletromagnéticas: através da luz e da temperatura, regem os ciclos básicos do dia e da noite que seguimos em nosso ritmo de vida e comportamento;
- d) luz: revela todas as superfícies através da reflexão. Pode ser dividida em luz do ambiente (relacionada aos ciclos do dia e da noite) e luz radiante;
- e) ar: considerado meio transmissor do fluxo de informações (ondas eletromagnéticas, vibrações e outros), além de permitir nosso deslocamento no espaço.

Desta forma, podemos dizer que existe um bombardeio de estímulos energéticos que nos rodeiam, provenientes do ambiente em que estamos inseridos. Podemos imaginar, então, um campo de energias onde fontes do meio produzem ou propagam, na sua maioria, ondas de naturezas energéticas variadas, e os seres vivos, seriam como receptores e captadores destas ondas.

Através do ato de perceber buscamos conhecer, por meio de nossos sentidos, ambientes, objetos e situações ao nosso redor. Porém, este ato não pode ser jamais dissociado de nossa condição humana. “Não podemos analisar a percepção humana fora de um contexto tempo-espaço, nem estudar o espaço por uma contingência senão a humana” (DISCHINGER, 2000, p.66, tradução nossa). Tanto nossa condição humana quanto o contexto tempo-espaço seriam, desta forma, condicionantes de nosso processo de percepção.

Outra questão relacionada, ainda, à nossa estrutura geral perceptiva é a de que, segundo Merleau-Ponty (1999), percebemos os objetos sempre os relacionando a outros objetos do mundo. Este fato também é ressaltado pelos gestaltistas que afirmam: “[...] o ato de perceber absorve não só as unidades concretas que as compõem, mas também e em condições prioritárias, as relações que entre elas estabelecem”. Desta forma, “[...] só perceberíamos estruturas ou complexos, isto é, *gestalten*, nas quais estariam sempre presentes as relações” (PENNA, 1993, p.12). Um objeto torna-se visível a nossos olhos porque podemos observar seu contraste com o fundo.

Se quando projetamos esquecemos das totalidades da percepção e do conjunto de relações existentes, dando ênfase a atributos exclusivamente funcionais ou estéticos, corremos o risco de sobrecarregar ou focar em determinados estímulos (como no caso dos estímulos visuais, que são geralmente os que mais intensamente empregamos) ou minimizá-los, ignorando outras formas de estímulos que podem ser enviados ao indivíduo e acarretando a desestruturalização do equilíbrio desta relação.

3.2.1.1 Recepção e obtenção do estímulo

Todos nós possuímos um sistema responsável pela recepção dos estímulos que nos são enviados. São nossos órgãos dos sentidos que possuem células receptoras especializadas capazes de receber, selecionar, transformar e transmitir “[...] para o restante do sistema nervoso, grande número de informações existentes no ambiente, na superfície e no interior do nosso organismo.” (OKAMOTO, 2002, p.38).

Tiedermann e Simões (1985, p.3 apud OKAMOTO, 2002, p.56) organizam os receptores dividindo-os em três categorias:

a) **extero-receptores**: Responsáveis pela captação de estímulos exteriores ao nosso organismo. São a porta de entrada das informações que podem vir a ser captadas e percebidas pelo indivíduo e apresentam-se como os tradicionais cinco sentidos da classificação aristotélica (visão, audição, olfato, paladar e tato). Para Hall (1986), o sistema sensorial do ser humano, no caso dos extero-receptores, é dividido em dois tipos: os receptores à distância e os receptores imediatos. Os receptores à distância, permitem que sejam recebidos estímulos cujas fontes encontram-se afastadas do sujeito, são estes os olhos, nariz e ouvidos. Já os receptores imediatos necessitam de um contato direto e nesta categoria

enquadram-se as sensações transmitidas pelo tato, por meio da pele e músculos, e pelo paladar. Na realidade a pele pode ser também considerada um receptor à distância à medida que é responsável por trocas térmicas e a detecção do calor tanto por condução quanto por radiação.

b) **próprio-receptores**: Fornecem informações sobre o movimento, postura e equilíbrio do corpo.

c) **intero-receptores**: ligados as ações do nosso subconsciente e dos nossos órgãos internos. São representados pelo sentido da nutrição (fome), da hidratação (sede), do hormônio, da oxigenação e orgânico.

Gibson (1966) já havia realizado, anteriormente a Tiedermann e Simões, organização semelhante a esta, porém focando nos próprio-receptores, como um conjunto de músculos, juntas e ouvido interno responsáveis por nosso movimento e equilíbrio. Gibson introduz, ainda, importantes reflexões sobre a função dos receptores. Para ele, o processo de percepção não deveria ser considerado somente como um sistema de **receptores passivos** e sim com um sistema ativo de **obtenção de informações**. Desta forma, propõe uma teoria baseada na detecção das informações provenientes do ambiente, deixando em segundo plano a passividade das sensações recebidas:

O conceito clássico dos órgãos de percepção com receptores passivos de informação, como a clássica comparação dos olhos como uma câmera fotográfica, é então substituída por uma comparação de tentáculos e antenas como parte de um sistema de percepção. (DISCHINGER, 2000, p.70, tradução nossa)

Baseado em seu novo postulado e, principalmente, nas constantes terrestres anteriormente apresentadas, Gibson lança uma divisão diferente dos cinco sentidos aristotélicos conhecidos (tato, paladar, olfato, visão e audição), trabalhando com o conceito de sistemas perceptivos e classificando-os em: sistema básico de orientação, sistema visual, sistema paladar-olfato, sistema háptico e sistema auditivo.

Nesta divisão, surge um novo sistema perceptivo, o sistema básico de orientação, e dois dos sentidos tradicionais aristotélicos são agrupados por ele em um único sistema, o sistema olfato-paladar. Esta junção se dá principalmente em decorrência da interligação direta entre estes dois sentidos. Nossa boca/garganta está diretamente ligada às nossas fossas nasais e nosso paladar é pelo olfato auxiliado, nas informações enviadas para o cérebro, agindo os dois em conjunto. Isto pode ser facilmente evidenciado ao lembramos que quando nosso olfato encontra-se prejudicado, muitas vezes em decorrência de um resfriado, o sabor dos alimentos também parece ser perdido ou pouco acentuado.

A seguir serão explicitados cada um dos cinco sistemas perceptivos destacados.

I - Sistema básico de orientação

Para efetuar seu deslocamento no espaço o ser humano, além de utilizar a maior parte de seus canais sensoriais, coloca em evidência a importância do sentido vestibular, responsável por nossa noção de gravidade e equilíbrio, auxiliando-nos na execução e coordenação dos movimentos e posturas. Também é responsável por nossa posição com relação ao espaço tridimensional e noções de baixo/cima, frente/trás, esquerda/direita, detectando a organização estável do ambiente.

Estando diretamente ligado ao nosso sentido espacial, o órgão responsável por este sistema é o ouvido interno ou labirinto, que possui canais semicirculares com líquido no seu interior. Desta forma, o ouvido interno trabalha como uma espécie de estatocisto, ou seja, uma bolsa cheia de pêlos que, mergulhados em líquido, captam a informação de nosso posicionamento (orientação e equilíbrio) pela movimentação do fluido.

O sistema de orientação está diretamente ligado aos demais sistemas perceptivos de forma que quando seu funcionamento fica comprometido, a maioria dos outros sistemas também sofrem abalos no desempenho de suas funções. Não conseguir manter-se em uma posição de equilíbrio e estabilidade, gera alterações bruscas em nosso corpo e o principal exemplo deste tipo de situação pode ser traduzido nos sintomas de uma labirintite, como náuseas, diminuição da audição e desconforto a sons mais intensos.

II - Sistema visual

A visão é um dos sentidos por nós mais utilizados, agregando invariavelmente um grau de maior importância para o ser humano, passando a ser considerado “[...] predominantemente um animal visual. Um mundo mais amplo se lhe abre e muito mais informação, que é espacialmente detalhada e específica, chega até ele através dos olhos, do que através dos sistemas sensoriais da audição, olfato, paladar e tato.” (TUAN, 1980, p.7).

Segundo Okamoto (2002), ocupa cerca de 87% das atividades entre os cinco sentidos aristotélicos tradicionais, dando-nos a sensação de que vemos a realidade dita objetiva. Ela nos permite observar a distância, e como forma de instinto tem como importante missão verificar a segurança do espaço, localizando e reconhecendo possíveis perigos. “Desde o início, o primeiro ato da visão é enxergar a configuração de tudo ao nosso redor e reconhecer

imediatamente se algo constitui um perigo ou se afeta nossa sobrevivência”. (OKAMOTO, 2002, p.118)

Observamos as configurações espaciais, e dos objetos em geral, buscando ler, decodificar e identificar as coisas imediatamente. Desta forma, temos uma visão geral, com a conformação de contornos e silhuetas, mas que só serão observados em detalhes em um segundo momento, se então voltarmos a atenção direta para este objeto. Este primeiro lance visual corresponde a uma visão um tanto superficial e que no traz apenas a aparência externa e configuração.

Segundo Okamoto (2002) é possível distinguir três níveis de percepção gradativa da visão: a configuração dos objetos e dos seres, a visão do volume, pelo jogo de luz e sombra, e a sensação do peso, pela textura e padrão. Já a tridimensionalidade só é possível de ser percebida devido a nossa visão estereoscópica que nos disponibiliza a noção de volumes. Além disso, possuímos uma limitação com relação ao espectro eletromagnético, o que restringe a luz visível ao olho humano a uma faixa acima dos raios infra-vermelhos e abaixo dos raios ultra-violetas. Segundo Tuan (1980), a noção das cores também é uma característica quase que exclusiva do ser humano e alguns poucos primatas.

III - Sistema paladar/olfato

É através do olfato que despertamos lembranças há tempo guardadas em nossas recordações. Estamos constantemente em contato com os mais variados odores, isto por considerar que nossa respiração, diferente dos demais órgãos ligados ao sentido como a boca e os olhos, não pode ser fechada, ou desta forma morreríamos. Trata-se de uma reação química ocorrida junto aos receptores olfativos que estão posicionados na parte superior da narina.

Os cheiros atraem, repelem, excitam, causam ojeriza ou repulsa nas pessoas. Generalizando, também se pode dizer isso de um ambiente. É a primeira impressão de compatibilidade. Pelo olfato estabelecemos o contato efetivo com o mundo, sem necessidade de intérprete. (OKAMOTO, 2002, p.126)

As fragrâncias são motivos de simpatia ou repulsa, e o cheiro pode transmitir aspectos da personalidade. Ele afeta o humor, e pode ocasionar mudanças de comportamento. Porém um de seus aspectos mais importantes está ligado à constituição da memória. O cheiro pode reavivar sensações e comportamentos. Para cada situação podemos inconscientemente

interligá-la a um determinado aroma ou odor, o que nos permite correlacioná-la e resgatar certas sensações posteriores.

Atualmente, é fato a diminuição gradativa da evolução do sentido olfativo no ser humano moderno. A busca pela desodorização dos ambientes passou a ser uma constante no cotidiano. “Seu ambiente ideal pareceria requerer a eliminação de ‘cheiros’ de qualquer tipo. A palavra ‘odor’ quase sempre significa mal cheiro.” (TUAN, 1980, p.11)

O paladar apresenta-se como sentido que, em combinação com o olfato, auxilia nossa alimentação, trazendo o prazer de se saborear os alimentos. São variados gostos e temperos que conformam nossa sensação durante o ato da refeição. Este é o sentido que primeiro se desenvolve e o último a apresentar decréscimos com a chegada da velhice. São as papilas gustativas, localizadas na língua os receptores especializados responsáveis pela reação química que ocorre na captação dos estímulos.

IV - Sistema háptico

Para Gibson (1966) não existe um órgão de percepção específico responsável pelo sistema háptico. Neste sentido, Dischinger (2000, p.73, tradução nossa) destaca: “Receptores localizados em tecidos e juntas cooperam. Esta cooperação transforma o corpo inteiro em um órgão ativo de percepção.”

São formas, dimensões, volumes e texturas, que nos auxiliam a compreendermos o meio que nos circunda. A sensibilidade para distinguir diferentes texturas, somente através do toque, e assim a possibilidade de compreender uma enorme quantidade de informações sobre o mundo ao nosso redor, nos é dada através do sentido háptico. O controle e regulação da temperatura são fundamentais e vitais para nosso corpo. Nossos músculos se distendem e contraem em decorrência das variações de temperaturas. É através do jogo de diferenças de pressão e resistências, energia mecânica, e das diferenças de temperatura, energia térmica, que somos capazes desvendar os estímulos que nos são enviados do ambiente.

V - Sistema auditivo

O sentido da audição apresenta um poder inconsciente muito forte à medida que possui seu receptor constantemente aberto para o ambiente, assim com o sentido do olfato. Atua como um rastreador de qualquer tipo de som diferenciado do fundo sonoro ambiental que estamos acostumados e que possa constituir-se em uma ameaça de qualquer natureza. “O

som nos leva diretamente ao interior do mundo físico [...]. Com a visão, permanecemos na superfície do objeto. Batendo e ouvindo o som, penetramos no seu interior.” (OKAMOTO, 2002, p.144)

Nossa sensibilidade auditiva não é muito aguçada, contendo uma amplitude entre 16.000 a 20.000 Hz se comparada a animais que utilizam este sentido para apanhar a caça, chegando a 120.000Hz (no caso dos morcegos). Porém, segundo Tuan (1980), somos mais facilmente sensibilizados pelo som do que pela visão, justificando este fato por não termos controle sobre o som como o temos com os olhos. Se não queremos ver, fechamos nossos olhos, mas se não queremos ouvir não podemos fazê-lo da mesma forma, ou seja, a audição possui uma certa passividade que a visão não possui:

O som da chuva batendo contra as folhas, estrondo do trovão, o assobio do vento no capim e o choro angustiado, nos excitam com intensidade raramente alcançada pela imagem visual. (TUAN, 1980, p.10).

Outra questão levantada, e que possui um rebatimento direto na percepção do espaço por pessoas que não possuem este sentido, é a sensação de contração do espaço. “O próprio espaço se contrai, porque nossa experiência de espaço é aumentada grandemente pelo sentido auditivo, que fornece informações do mundo além do campo visual”. (TUAN, 1980, p.11).

3.2.1.2 A seleção e a transdução da informação

A **seleção** dos estímulos pode ocorrer mesmo antes de eles chegarem ao indivíduo. O próprio meio possui barreiras que interceptam as energias emitidas pelas fontes, impossibilitando que estas sejam recebidas pelo ser humano. São árvores, postes, caminhões, elementos arquitetônicos dos mais variados que acabam por impedir que determinadas energias cheguem efetivamente ao sistema de receptores do corpo humano. Este seria o primeiro momento de seleção dos estímulos. Um segundo momento fica a encargo do próprio ser humano, ou seja, depende de seus próprios filtros. Quando o estímulo atinge nossos órgãos receptores eles passam por filtros que, segundo Okamoto (2002), podem ser divididos em sensoriais, fisiológicos e culturais.

Os filtros sensoriais estão diretamente relacionados aos sentidos e variam de acordo com as aptidões mais ou menos aguçadas e suficiências ou deficiências do sistema sensorial.

Por exemplo, empregados que trabalham diariamente na operação de máquinas com elevados níveis sonoros, acabam por diminuir sua capacidade auditiva, ocasionando que seu filtro sonoro para a audição possui dificuldades para identificar ruídos em uma escala menor de decibéis.

Os filtros fisiológicos ou operacionais estão ligados à captação da informação de acordo com os interesses e a faixa etária. Já o filtro cultural, relacionado às variações de culturas e valores, levanta a questão de como os costumes de cada grupo influenciam nas interpretações e na maneira de ver as coisas. “O fato de estar com os olhos abertos não quer dizer que se veja a realidade, pois ela é percebida por meio de conceitos, símbolos, mitos etc.” (OKAMOTO, 2002, p.21).

Nosso ato de perceber é limitado. Isso porque percebemos dentro de uma visão de perspectiva. Não podemos apreender o objeto em sua totalidade, sendo a percepção uma forma limitada de obtenção de conhecimentos.

A percepção, em seu processo seletivo, pode ser comparada a uma peneira que irá bloquear alguns estímulos, o que acabará por resultar na construção de uma realidade que chamamos de realidade interpretada. A realidade interpretada é a realidade subjetiva, e que pode variar para cada indivíduo, devido à atuação de diferentes filtros. A realidade objetiva é a realidade que se aproxima da realidade concreta ou da verdadeira essência desta.

Os estímulos selecionados provocam imagens e sensações das experiências vividas anteriormente e, mediante comparações, justaposições com relação a um novo contexto, damos uma interpretação para essa nova situação em que passamos a acreditar ou em que queremos crer como realidade concreta. (OKAMOTO, 2002, p.51).

É importante destacar que a percepção do meio ao nosso redor se dá pelo uso simultâneo de nossos sentidos. Compreenderemos melhor o ambiente quanto mais sentidos ao mesmo tempo forem despertados⁶. Existindo claro, porém, uma diferença se considerarmos que alguns sentidos são mais aguçados que outros, dependendo do indivíduo e de sua cultura.

Embora todos os seres humanos tenham órgãos dos sentidos similares, o modo como as suas capacidades são usadas e desenvolvidas começa a divergir numa idade bem precoce. Como resultado, não somente as atitudes para com o meio ambiente diferem, mas difere a capacidade real dos sentidos, de modo que uma pessoa em determinada cultura pode desenvolver um olfato aguçado para perfumes, enquanto os de outra cultura adquirem profunda visão estereoscópica. (TUAN, 1980, p.14)

⁶ Destaca-se aqui a importância de lembrarmos dos indivíduos portadores de necessidades especiais que podem apresentar variações no desempenho de um ou mais sentidos, conforme a restrição que os acomete.

Após a seleção da informação ocorre o seu processo de **transdução**. É neste momento que as informações captadas e selecionadas na forma das mais variadas energias encontradas no meio (térmica, mecânica, eletromagnética e outras) são transformadas em um único tipo de energia que transporta os impulsos nervosos pelo nosso corpo, a energia eletroquímica. Este processo de conversão torna os estímulos legíveis ao sistema nervoso, indo em direção ao cérebro onde então se toma consciência da percepção.

3.2.2 Consciência e Comportamento

Todos os estímulos em forma de energia eletroquímica chegam ao cérebro e transformam-se em pensamento, em imagens e, quando o pensamento inicia o processo da racionalização, da recordação, do silogismo⁷, da síntese, da intuição, da conclusão, é o momento em que se dirige para o exterior, como atividade, ação, ou é feita a interiorização. (OKAMOTO, 2002, p.59)

É nesta etapa de tomada de **consciência** que se processa a análise das percepções realizadas. Nesta análise é levada em consideração a bagagem de experiência anterior, avaliando a situação e traçando um plano de ação, ou seja, um planejamento do que será exteriorizado enquanto **comportamento**.

A seguir serão explicitados alguns conceitos relacionados à proximidade e a fenômenos de comportamento, destacando o estudo do espaço pessoal, da territorialidade, da privacidade e da aglomeração.

O estudo destes fenômenos de comportamento é considerado de extrema importância na constituição dos espaços, principalmente no caso de instituições onde são empregadas organizações coletivas de indivíduos, como no caso dos hospitais psiquiátricos. As relações interpessoais são fator fundamental para a elaboração de projetos destas instituições, visto reunirem um grande número de indivíduos com uma grande variedade de psicopatologias, e para a posterior análise de como estes espaços devem ser configurados a fim de permitir ou restringir determinados fenômenos.

⁷ Silogismo: é uma forma de raciocínio dedutiva, com a qual Aristóteles designou a argumentação lógica perfeita constituída de três proposições declarativas que se conectam. Fundamenta-se que a partir das duas primeiras proposições, chamadas premissas, é possível deduzir a terceira, chamada de conclusão.

I - Proxêmica

A proxêmica trata dos estudos relacionados às interações espaciais entre pessoas, seus posicionamentos e distâncias, linguagem corporal e, de uma forma mais ampla, abrange a constituição dos espaços pessoais, territórios e os estudos de privacidade e aglomerações. Está ligada a maneira pela qual a pessoa escolhe seu lugar físico no espaço tendo como influência suas relações ambientais e sociais.

Após uma série de pesquisas e estudos realizados por Hall (2005), acerca dos mecanismos que regulam as distâncias dos seres humanos, os diferentes níveis de relações interpessoais foram divididos em quatro zonas: íntima, pessoal, social e pública.

A distância íntima (0 a 45 cm) abrange desde o contato físico propriamente dito até uma distância considerada de muita proximidade. Nesta zona a ação dos receptores a distância é minimizada, com exceção do olfato, dando lugar principalmente ao tato.

A distância pessoal (45 a 125 cm) pode ser designada com a distância ideal sem que ocorra contato, variável conforme a situação, e delimitando um espaço protetor pessoal não compartilhável com os outros. Nesta distância deixam de ser utilizados os receptores imediatos, passando aos receptores à distância como a visão, audição e o olfato. Será posteriormente abordada de forma mais detalhada e considerando os estudos mais aprofundados do psicólogo Robert Sommer.

Já a distância social (125 a 360 cm) não há a eminência de toque ou contato físico. Sendo freqüentemente utilizada para relações sociais ou de trabalho mais formais. Nesta distância os receptores a distância também são potencializados.

A última zona, que diz respeito a distância pública (360 a 750 cm), pode ser comparada a distância de fuga dos animais, ou seja, se sentir-se ameaçado o indivíduo pode acatar um comportamento de fuga ou defesa. Nesta distância deve-se forçar a voz em tom alto, utilizar da audição ou, se necessário, o emprego de gestos para comunicar alguma informação.

II - Espaço pessoal

O espaço pessoal é definido por Sommer (1973) como “[...] uma área com limites invisíveis que cercam o corpo da pessoa, e na qual os estranhos não podem entrar”. (SOMMER, 1973, p. 33). Esta definição pode ser resumida à conformação de uma espécie de bolha, criada ao redor do ser humano, e onde estariam os limites de seu espaço pessoal.

Porém, Gifford (1987) destaca importantes questões que devem ser consideradas para que o conceito da bolha não seja interpretado de forma errônea. Primeiro, deve-se considerar o espaço pessoal como um conceito que está intrinsecamente ligado à distância componente das relações interpessoais e não somente a uma distância pessoal. Além disto, esta bolha deve ser entendida mais como um gradiente do que um limite estático, mudando de dimensões e de formas de acordo com as situações, pessoas ou ângulos de orientação.

Para Gifford (1987) a conformação do espaço pessoal depende de três formas de influências: culturais/étnicas, situacionais e as pessoais.

Desde que nascemos estamos em constante aprendizagem das regras que determinam nossos controles de aproximação e distanciamento dentro de nossa própria cultura. Desta forma, considerando já como intrínseco e arraigado no ser humano sua necessidade de controle das distâncias interpessoais, podemos dizer que o espaço pessoal é culturalmente moldado, podendo variar de cultura para cultura. Neste sentido Hall destaca algumas culturas chamadas culturas de contato, ou seja, que possuem espaço pessoal menores, como os povos latino americanos, e de não-contato, que possuem espaços pessoais maiores, como os alemães.

As influências situacionais também são de grande importância na constituição do espaço pessoal e segundo Gifford (1987) estão embasadas em fatores sociais e físicos. Os fatores sociais abarcam principalmente questões ligadas a relação entre os indivíduos, a natureza das atividades realizadas ou ao status, aqui entendido como relações de poder ou dominância. Por exemplo, quando nos é proposta a realização de uma tarefa em grupo em caráter cooperativo, a tendência é de que fiquemos mais próximos uns dos outros, diminuindo nossos espaços pessoais; o inverso ocorre se a atividade tiver caráter competitivo. Já as questões ligadas às configurações físicas podem ser exemplificadas pela preferência por ocupação de mesas nas porções periféricas de um restaurante, geralmente mais reservadas do controle visual, com relação às mesas localizadas no centro, alvo das atenções.

As influências pessoais estão principalmente ligadas à variação de gênero, idade, personalidade e distúrbios psicológicos. Segundo Snyder e Catanese (1984) os homens possuem espaços pessoais maiores quando em interação com outros homens e este espaço diminui quando se trata de um par homem-mulher. Já as mulheres possuem um espaço pessoal menos proeminente a invasões do que os homens. Com relação à idade constatou-se que o espaço pessoal cresce até a velhice, quando então torna a diminuir. Estudos citados por Gifford (1987), ligados a personalidade, exemplificam que pessoas com temperamento

extrovertido possuem um espaço pessoal menor do que uma pessoa introvertida, aproximando-se mais facilmente de outros indivíduos.

Pessoas com distúrbios mentais, devido à variação de ansiedade, dificuldades de comunicação e relacionamento com os demais indivíduos, acabam por possuir espaços pessoais não usuais. Alguns estudos foram realizados por Sommer (1973) sobre as variações de espaço pessoal em um hospital para doentes mentais, localizado no norte da Califórnia.

Sommer utilizou o método que ele chama de invasão intencional. Neste método ele invade o espaço pessoal de pacientes, aproximando-se e sentando-se ao seu lado, sem falar, a uma distância constante de 180 cm. Se o paciente levantava e afastava-se, ele movimentava-se na mesma distância do afastamento efetuado, mantendo os 180 cm, observando tanto o tempo de fuga que o paciente levava para retirar-se, quanto verificando o comportamento que antecedia a retirada e como isso realmente trazia aborrecimentos para os pacientes.

A seqüência típica era a seguinte: a vítima olhava imediatamente para outro lado, encolhia os ombros, colocava os cotovelos nos flancos. Olhar para outro lado era uma reação quase universal das vítimas, muitas vezes reunidas as mãos colocadas no queixo como um “pára-choques”. (SOMMER, 1973, p. 42)

Infelizmente, em seu livro Espaço Pessoal não são explicadas as razões do porque Sommer utiliza 180 cm, porém, ressalta-se que a média do espaço pessoal de uma pessoa, dita normal, pode variar de 45 a 125 cm. Neste sentido, ao final da pesquisa, Sommer revela que dentro de um período de 9 minutos metade dos pacientes haviam se retirado do local, revelando que esta distância de 180 cm realmente incomodava os pacientes, ou seja, uma medida maior do que a usual.

A conclusão óbvia é que os problemas emocionais estão associados com distâncias inapropriadas, que às vezes significam muito perto ou muito longe dependendo da natureza do problema psicológico individual e outros fatores. (GIFFORD, 1987, p. 114, tradução nossa)

Horowitz, Duff e Stratton (1964, apud GIFFORD, 1987) observaram que o espaço pessoal de esquizofrênicos é muito variável, constatando que por vezes este espaço é muito grande e, por vezes, muito pequeno. Porém, destacam que existe uma tendência maior de conservar uma distância física excessiva.

III - Territorialidade

A territorialidade é um fenômeno de comportamento intrínseco ao ser humano. Todos possuímos a necessidade de definição ou delimitação de um espaço e isso se torna ainda mais evidente quando lembramos dos muros ao redor de nossas casas, da delimitação de nossos espaços na mesa de jantar ou no trabalho. Esta busca pela territorialização acontece principalmente em lugares que freqüentamos regularmente e que compartilhamos com outras pessoas.

Segundo Snyder e Catanese (1984, p.72), o território é considerado como “um grupo de ambientes de comportamento que as pessoas personalizarão, marcarão, possuirão e defenderão.”

Para esses autores os territórios possuem ainda cinco características:

- a) possuem uma determinada área no espaço;
- b) são controlados por uma pessoa ou por um grupo;
- c) satisfazem algum motivo ou necessidade;
- d) apresentam marcações simbólicas ou concretas;
- e) são defendidos pela (s) pessoa (s) que detêm seu controle.

De acordo com GOFFMAN (1973, apud BINS ELY, 1997) os territórios podem ser divididos em três tipos:

- a) os fixos: são demarcados geograficamente, tendo como exemplo uma residência;
- b) os situacionais: fazem parte do equipamento fixo de um lugar (público ou privado) constituindo-se enquanto bens de uso. Um exemplo são elementos que possuem uso temporário, como os bancos de praças públicas ou mesas de restaurantes;
- c) os egocêntricos: territórios que gravitam em torno do indivíduo, como uma bolsa, por exemplo.

Com relação aos territórios egocêntricos pode-se ressaltar que são utilizados para afirmar a apropriação do usuário a partir do emprego de marcadores, objetos pessoais e geralmente de valor, configurando uma espécie de fronteira simbólica.

Segundo Bins Ely (1997) outro conceito importante, relacionado à territorialidade, diz respeito a nidificação. “Se refere à criação de um local próprio para si e que, através de certos artifícios e organização, permite ao indivíduo construir seu ‘ninho’.” (BINS ELY, 1997, p.45). Destaca-se, ainda, que, em espaços de caráter público, a nidificação se dá através do uso regular de determinado local, alcançando valor psicológico.

No caso específico de um hospital psiquiátrico é ainda maior a necessidade da compreensão destes conceitos, por parte do arquiteto. Nestas instituições onde os espaços e equipamentos são coletivos e o uso de objetos pessoais é proibido, devido às questões de segurança, não são encontrados territórios fixos nem egocêntricos, restando somente a configuração de territórios situacionais. Estes territórios situacionais sofrem, ainda, nidificação a partir de seu uso regular, por parte de determinados pacientes.

Segundo Sommer (1973) para o doente mental que não possui o a possibilidade de uso dos territórios egocêntricos, delimitados pelo uso de facilitadores, resta somente o uso repetitivo de determinado espaço ou equipamento (banco, cadeira, e outros) configurando-o como “seu” e garantindo-lhe o domínio e controle.

IV - Espaço privado

“[...] privacidade pode ser definida como o desejo de pessoas, grupos ou instituições de controlar o acesso a si mesmos e determinar quando, como e quanta informação sobre elas mesmas será fornecida.” (SNYDER E CATANESE, 1984, p.75)

Segundo Altman (1975, apud GIFFORD, 1987) a chave para a privacidade está focada no controle seletivo. Poder administrar as informações sobre si mesmo e as interações sociais, selecionando os indivíduos com quem esse acesso em diferentes graus pode ser ou não efetivado, são formas de regular esse controle. A privacidade pode ser observada em nosso comportamento, valores e expectativas, sendo facilitada ou prejudicada pelos arranjos físicos de nossas casas, escritórios, espaços públicos e instituições. Para GIFFORD (1987) a privacidade pode ser afetada e apresentar-se de forma variada de acordo com três formas de influência: as pessoais, as culturais e as situacionais.

As influências pessoais variam de acordo com a personalidade do indivíduo (se mais introspectivo geralmente mais privacidade é, por ele, exigida) e alguns aspectos relativos à demografia. Sobre este último aspecto, relacionado ao número de indivíduos em um determinado arranjo espacial, destaca-se que, em geral, as mulheres respondem melhor a situações de pouca privacidade que os homens, sendo levantada a hipótese de que possuem um maior número de mecanismos de controle e regulamentação da privacidade.

As influências culturais abarcam os diferentes valores, costumes e crenças e que, em conjunto, alteram os graus de privacidade dos indivíduos de uma sociedade para outra.

Já as influências situacionais estão relacionadas a duas importantes questões: a situação social e configurações físicas.

A situação social diz respeito ao status de relacionamento pessoal entre indivíduos ou relações sociais diferentes, como amizade, namoro ou trabalho, por exemplo. Já as configurações físicas referem-se à relação direta entre a estruturação espacial e as variações de níveis de privacidade. Escritórios que possuem áreas de trabalho com planta livre, por exemplo, possuem um nível de privacidade muito menor do que os convencionais, compartimentados em pequenas salas. Além disso, as relações de privacidade podem ser modificadas neste mesmo escritório, de planta livre, alterando a aplicação de diferentes layouts. Já em residências de plantas livres, onde um número maior de cômodos pode ser visualizado, estando relativamente mais espacialmente expostos, estas questões podem ser tomadas como uma preferência por níveis menores de privacidade e/ou anseios de uma maior interação entre os integrantes da família.

Essa é a importância da relação entre privacidade e o ambiente. O arranjo espacial, responsável pela conformação do espaço físico, deve ser considerado como elemento primordial na constituição do nível de privacidade desejado e não apenas como um pano de fundo ou cenário.

V - Aglomeração

Aglomeração pode ser aqui entendida pela maneira como nos comportamos com um determinado número de pessoas ao nosso redor. Para Gifford (1987), pode ser, por um lado, correspondente à definição de alta densidade, apesar de ser possível sentir-se aglomerado junto a somente um indivíduo em uma sala. O fenômeno da aglomeração é uma experiência multidimensional, podendo referir-se a nós mesmos ou ao ambiente, dependendo do foco tomado, se interno ou externo. O ambiente pode estar aglomerado, ou nós podemos nos sentir aglomerados.

Os fatores que influenciam comportamentos relacionados a aglomeração são divididos em: pessoais, sociais e físicos.

Nas influências pessoais as variações são observadas dependendo do gênero, personalidade ou cultura. Assim, como anteriormente explicado, da mesma forma que existem variações em relação ao espaço pessoal, dependendo do sexo do indivíduo, também são observadas estas variações em relação às situações de aglomeração. Questões como a sensação de controle do espaço e relativas à personalidade, como uma certa tendência de pessoas extrovertidas à fácil sociabilidade, fundamentam uma predisposição a experimentar menos estresse, mesmo quando há alta densidade nos ambientes.

As influências sociais em um determinado ambiente podem piorar ou melhorar o estresse da aglomeração. Esta influência pode se dar: pela mera presença e/ou comportamento dos outros que estão ao redor, por alianças que tendem a se formar em grupos pequenos, pela qualidade e o tipo de relacionamento entre os indivíduos e pelo tipo de informação que indivíduos em situação de aglomeração recebem.

As influências físicas podem ser estudadas de acordo com a escala considerada (um quarto, um edifício ou uma cidade) e de acordo com as variações nas arquiteturas (pé-direito, configuração de layout, posicionamento de aberturas e outros). A configuração de longos corredores, por exemplo, não é bem vista em situações de aglomeração, pois, segundo Gifford (1987), não possibilita a sensação de controle do espaço. Viver em prédios altos pode levar a grandes sensações de aglomeração, além da baixa sensação de controle, segurança, privacidade e pouca qualidade na relação com os outros moradores. Porém, destaca-se, em estudos realizados, que moradores dos pavimentos mais altos dos edifícios não se sentiam tão aglomerados quanto os dos pisos inferiores, pois a circulação de pessoas diminui conforme se eleva a numeração dos pavimentos.

Desta forma, pode-se dizer que:

A aglomeração provavelmente é pior quando a densidade aumenta, o prédio é alto, os corredores são longos, o teto é baixo, a luz do sol não atinge o ambiente, e talvez, se você viva ou trabalhe num andar baixo de um prédio alto e arrume sua mobília de uma determinada maneira. (Gifford, 1987, p.178, tradução nossa).

Podem ser ainda destacadas algumas considerações importantes acerca das conseqüências de experiências envolvendo situações de aglomerações:

a) com relação à fisiologia e saúde observam-se alterações do suor, aumento de pressão sanguínea e batimentos cardíacos, além de propensão a infecções por doenças de fácil contágio;

b) observa-se que a realização de tarefas simples não são afetadas, porém as complexas exibem diminuição e dificuldades de efetivação;

c) são destacados sete aspectos que podem vir a ser afetados, de diferentes formas, no comportamento social: atração, agressividade, cooperação, evasão, comportamento não-verbal, comportamento espacial e o humor.

CAPÍTULO 4: HUMANIZAÇÃO DOS AMBIENTES HOSPITALARES

O verbo humanizar significa prover condições humanas a qualquer coisa ou lugar, estando fortemente fundamentado na noção antropocêntrica, que considera o ser humano o principal protagonista.

[...] a humanização de ambientes consiste na qualificação do espaço construído a fim de promover ao seu usuário – homem, foco principal do projeto – conforto físico e psicológico, para a realização de suas atividades, através de atributos ambientais que promovam a sensação de bem-estar. (VASCONCELOS, 2004, p.24)

Tradicionalmente, os projetos de edificações hospitalares estão centrados na complexidade funcional destes espaços, o que muitas vezes acaba por remeter a um segundo plano sua principal função enquanto Hospital, ou seja, sua função de cura.

A humanização dos ambientes hospitalares, termo que soa redundante visto sua vocação essencialmente humana, é tema de extrema importância para o profissional arquiteto que objetiva elaborar ou realizar qualquer tipo de intervenção em ambientes destinados aos cuidados em saúde.

Para compreender quão importante torna-se a aplicação dos conceitos de humanização em ambientes hospitalares é necessário pensar o ambiente e todos os estímulos que este pode promover, acarretando mudanças fisiológicas e psicológicas aos seus usuários. Essa temática toma uma dimensão ainda maior se lembrarmos da primeira imagem, que invariavelmente nos vem ao pensamento, acerca das instituições hospitalares para o tratamento de doenças mentais: frias e, na maioria das vezes, tão longe de estarem centradas no indivíduo, sendo frequentemente consideradas desumanas.

Neste sentido, cabe perguntar: Como este quadro pode ser revertido? O presente capítulo apresenta a seguir, a partir de conceitos principalmente elaborados por Ulrich (1990)⁸, os atributos para a humanização dos ambientes e os fatores que influenciam no bem estar físico e emocional do ser humano, pois acredita-se que este quadro só poderá ser modificado a partir da conscientização da importância de aproximação destes espaços dos valores humanos.

⁸ Roger Ulrich iniciou seus trabalhos na área de humanização hospitalar e investigações científicas no campo da interação entre ambiente e cura em 1984. Hoje ele é diretor do Center for Health and Design no College of Architecture at Texa A&M University, sendo conhecido como um dos principais mentores desta área.

4.1 Atributos para a humanização

Segundo Ulrich (1990) o estresse é um dos maiores obstáculos para se alcançar um projeto de espaços que promova o bem estar físico e mental de seus usuários. A fonte de sua ação pode ser proveniente de dois conjuntos de fatores:

- a) a própria doença que acomete o paciente, observando-se a diminuição de suas capacidades físicas e a ação de procedimentos ou tratamentos médicos dolorosos;
- b) as questões relacionadas ao ambiente físico e social, como por exemplo um ambiente barulhento, que não promova privacidade ou, até mesmo, suporte social para o paciente.

Em termos psicológicos, a ação do estresse pode acarretar sensações de incapacidade, contribuindo para a potencialização de sentimentos como ansiedade e depressão. Fisiologicamente, envolve uma série de mudanças em nosso sistema corporal, principalmente relacionadas ao aumento da pressão sangüínea, tensão muscular e níveis de circulação de hormônios ligados ao estresse. Neste sentido, pode-se ainda observar a redução das ações relacionadas ao nosso sistema imunológico, deixando o indivíduo mais susceptível a doença e retardando sua recuperação ou cura. Em termos de comportamento sua ação está vinculada a uma variedade de reações que afetam o bem estar, intensificando explosões verbais, isolamento social, passividade, insônia e complicações com medicamentos, principalmente no caso de tratamentos prolongados, como o de pacientes crônicos.

Diminuir as causas do estresse torna-se uma questão chave para a busca do bem estar, cabendo ao arquiteto ação efetiva na elaboração de um ambiente físico que contribua para a recuperação dos pacientes.

Baseado nestas questões, Ulrich desenvolveu estudos e lançou a teoria do projeto como suporte para a busca do bem estar. Para ele, o ambiente que diminui os níveis de estresse e auxilia na promoção da cura deve conter três fatores:

- a) O **sentido de controle**, relacionado às questões físicas e sociais circundantes;
- b) O acesso ao **suporte social**;
- c) O acesso a **distrações positivas** no ambiente físico ao seu redor.

4.1.1 Controle do ambiente

Segundo Ulrich (1990) muitos são os estudos que demonstram e relacionam a influência do controle do ambiente nos níveis de estresse e bem estar. “Evidências científicas indicam que os seres humanos têm uma forte necessidade de controle e a necessidade correlata de auto-eficácia no que diz respeito aos ambientes e circunstâncias”. (ULRICH, 1990, p. 91, tradução nossa)

Vários são os fatores que podem causar o estresse, porém se o indivíduo tem a possibilidade de controlar sua fonte ele pode reduzir ou, até mesmo, eliminá-lo. Um exemplo evidente que ilustra os benefícios do controle de elementos do ambiente pode ser observado com relação ao nível sonoro de reprodução de uma música. Se em um ambiente ao lado a música está em níveis sonoros altíssimos, ela pode ser considerada com um barulho incômodo. Porém, se a mesma música pode ter seu nível de reprodução por você controlado, ela torna-se uma melodia agradável.

Durante a internação hospitalar, além das situações de falta de controle relacionadas à própria natureza da condição de doente, como, por exemplo, redução de sua capacidade física ou restrições alimentares da própria dieta, o paciente convive com barulhos ou mesmo invasões de privacidade freqüentes.

Buscando potencializar o controle do ambiente, Ulrich destaca algumas questões importantes a serem consideradas:

- a) Possibilitar privacidade visual para pacientes vestirem-se em áreas de exames;
- b) Possibilitar o controle de equipamentos eletrônicos, como televisão e som, em quartos e salas de visita;
- c) Possibilitar o uso de jardins por parte dos pacientes, tornando-os acessíveis;
- d) Permitir o controle de temperatura do ambiente;
- e) Criar um local onde o paciente possa dedicar-se a alguma atividade específica, um *hobby*, por exemplo;
- f) Criar área de estar, também chamadas de “escape”, para a equipe médica;
- g) Locar as áreas de trabalho da equipe médica acessíveis aos pacientes, porém, sem promover barulhos para os quartos.

Além destes fatores citados por Ulrich, podemos acrescentar outras questões importantes como: controle de interação ou de contato, tanto com outros pacientes como com visitantes e equipe médica, controle da iluminação e possibilidade de alteração de layouts.

No caso específico de um hospital psiquiátrico a questão do controle ambiental pode ser destacada como praticamente nula, ainda mais se considerarmos a atual situação dos hospitais de caráter público. Devido às questões relacionadas à vigilância, os pacientes não possuem privacidade, estando sob os olhares contínuos da equipe de enfermagem. O controle de equipamentos eletrônicos como televisão ou som, quando existentes, é feito também pela equipe, considerando o fato que estes equipamentos, na maioria das vezes, são de uso coletivo e não ficam disponibilizados nos quartos. O acesso aos pátios fica restrito ao período diurno, devendo ser obedecida a permanência do paciente nos leitos durante o período noturno. O controle de iluminação e ventilação também dependerá do tipo de esquadria utilizada, visto que a maioria destes locais possui janelas altas e fora do alcance dos pacientes, para que não haja possibilidades de fugas. Os pacientes têm direito de praticar atividades específicas em salas destinadas a práticas terapêuticas (terapia ocupacional, recreação e outros), porém esse fato dependerá da avaliação médica que os encaminhará para a prática destas atividades, em horários regulares. A possibilidade de flexibilizar os layouts também é complicada, visto as dimensões geralmente limitadas da maioria dos ambientes ou o emprego de mobiliários fixos.

Quando falamos de controle espacial, falamos da liberdade que podemos ter dentro de um determinado ambiente. Neste sentido podemos dizer que a sensação de impotência e passividade, frente à situação específica dos ambientes institucionais para assistência em psiquiatria, contribui para o aumento dos níveis de estresses dos pacientes internados.

4.1.2 Suporte social

A interação social seja com familiares, amigos, ou com outros pacientes dentro do hospital é considerada por Ulrich (1990) como uma maneira de trazer benefícios aos pacientes.

Muitos estudos no campo da medicina comportamental e da psicologia clínica, aplicados a uma ampla variedade de situações relacionadas ou não a saúde (situações de trabalho), concluíram que indivíduos com mais suporte social, comparados aqueles com pouco suporte, apresentam menores níveis de estresse e maiores níveis de bem estar. (ULRICH, 1990, p.93 tradução nossa).

Desta forma, cabe à edificação dispor de espaços que possibilitem o contato social como: pátios, salas de estar e jogos, salas destinadas a atividades terapêuticas e outros

ambientes que sejam de uso comum dos pacientes ou, até mesmo, sejam utilizados para receber as visitas de familiares e amigos.

Além disso, a integração dentro destes espaços pode ser facilitada através da conformação espacial do ambiente, destacando-se principalmente a configuração de layouts, dispondo mobiliários em arranjos flexíveis, que possibilitam a formação de grupos de pessoas de forma confortável. Configurações espaciais deste tipo, com arranjos físicos que encorajam e possibilitam a interação de pessoas, ou seja, que permitem o suporte social aos indivíduos, são designados por espaços sociopetais. Já espaços que incitam a separação e o isolamento, e ao invés de integrar “repelem” as relações interpessoais, são chamados de sociofugais (fig. 8).



Fig. 8 – Pacientes em espaço considerado sociofugal do *Kunming Mental Hospital*, China.
Fonte: China Photos, 2007.

Destaca-se, porém, a necessidade de tratarmos as interações sociais de maneira equilibrada, observando que estas devem ser dosadas e controladas, ou seja:

O design interior do ambiente não pode forçar a interação social a ponto de negar a condição de privacidade do paciente. Um arranjo ambiental que força o contato social e nega a privacidade do indivíduo, torna-se estressante e trabalha contra o bem-estar. (VASCONCELOS, 2004, p.41)

Em um hospital psiquiátrico, por exemplo, o contato com familiares e amigos é feito apenas após 10 dias depois de sua internação. Não lhes é permitido receber visitas dentro da própria enfermaria, devendo estas serem realizadas, na maioria dos casos, nos pátios. Como esse contato é de alguma forma restrito, o paciente pode buscar esse suporte integrando-se com outros pacientes em espaços de uso comum. Destaca-se, porém que alguns destes espaços, como no caso bem evidente dos pátios internos destinados ao acesso exclusivo para pacientes e funcionários, tornam-se, na maioria das vezes, locais de isolamento dos pacientes ao invés de convívio. Muitos destes pátios são praticamente inóspitos, sem qualquer tipo de

mobiliário, equipamento ou vegetação. Neles os pacientes sentam-se no chão, sob a ação do sol forte, esperando o tempo passar (fig. 9). É importante ainda destacar que não é necessário somente prover esses espaços de convívio de equipamentos, mas deve-se atentar também para seus arranjos espaciais.



Fig. 9 – Imagem de um pátio interno de hospital psiquiátrico para mulheres.
Fonte: Scherschel, 1950

Sommer (1973), através de seus estudos na área da psicologia ambiental, realizou pesquisas em uma enfermaria de pacientes idosas de um Hospital Psiquiátrico no Canadá. Sommer foi chamado para descobrir o que havia de errado com o local. A enfermaria havia passado por uma grande reforma:

Vários milhares de dólares tinham sido gastos para melhorar a enfermaria – cortinas nas janelas, luzes fluorescentes que brilhavam no assoalho novo de ladrilhos, cadeiras tubulares de aço com assentos brilhantes de plástico dando um toque de Mondrian às paredes, vários aparelhos de ar condicionado guardando as janelas. (SOMMER, 1973, p.95)

Porém, apesar de todo esse investimento, a equipe do hospital não conseguia entender porque as senhoras não utilizavam o local ou nem pelo menos interagiam entre si. Sommer observou que, ao longo das paredes, enfileiravam-se as novas cadeiras e que ainda haviam cadeiras ao redor de pilares quadrados, cada uma voltada para uma das 4 direções.

Mesmo quando havia 50 senhoras na grande sala de estar, raramente havia mais do que uma ou duas conversas. As senhoras sentavam-se lado a lado de costas para as paredes pintadas de novo, em suas cadeiras cromadas, e tinham a opção de olhar para o assoalho de ladrilhos novos ou de olhar para cima e fixar as novas luzes fluorescentes. Eram como estranhos numa estação, e que esperavam por um trem que nunca vinha. (SOMMER, 1973, p.97)

Este tipo de disposição facilitava as circulações e a própria tarefa dos funcionários da limpeza, porém menosprezava o principal objetivo do espaço de estar existir. Simplesmente o arranjo das cadeiras não incentivava em nada a interação. Segundo demais pesquisas realizadas, também por Sommer, em vários outros ambientes diferenciados (escolas, salas de estar de hotéis, estações de metro), as disposições lado a lado eram altamente inadequadas para conversas contínuas, pois, para falar com o vizinho necessitava-se girar a cabeça num ângulo de 90°, causando desconfortos. Essa situação ainda se agravava nos conjuntos de cadeiras ao redor dos pilares.

Destaca-se que, para incentivar a ocorrência deste tipo de atividade e interação, a disposição de cadeiras considerada mais adequada é a face a face. Este tipo de layout encoraja a formação dos grupos e é ainda melhor quando conformado por mobiliário flexível e não fixo, possibilitando adequações de arranjos a necessidade e número de pessoas e intensificando o suporte social entre os próprios pacientes.

4.1.3 Distrações positivas

Como conceito do senso comum, sabe-se que desfocar a atenção de um determinado problema faz esquecê-lo, mesmo que por um curto período de tempo. Contudo, esta afirmação de conhecimento público é ratificada pela realização de pesquisas científicas, apontando que uma grande variedade de distrações leva à redução do estresse por diferentes caminhos. (ULRICH, 1990)

Como distrações positivas destacam-se tanto questões gerais relacionadas a princípios iniciais de partidos arquitetônicos quanto as referentes a projetos de interiores dos ambientes.

Com relação aos partidos arquitetônicos deve-se potencializar o contato com a natureza a partir da existência de pátios ou emprego de peitoris baixos nas janelas, permitindo a visualização do exterior mesmo quando o paciente está deitado em seu leito. A integração com a natureza possibilita inúmeros estímulos para prender atenção do usuário. Já questões relacionadas ao emprego de distrações positivas aos projetos de interiores destes ambientes podem ser exemplificadas como a inserção de elementos como fontes de água, iluminação e cores ou utilização de quadros e pinturas nas paredes.

Porém o nível de distrações e estimulações deve ser equilibrado, para que seu resultado possa ser considerado positivo.

No caso específico de um hospital psiquiátrico, geralmente os pátios existem, mas não realizam sua tarefa de promover ao paciente a ligação com a natureza, pois não existem sequer árvores que possibilitem sombras ou vegetações para adicionar colorido e tornar o ambiente mais agradável. Outros elementos como as janelas, na maioria com peitoris altos, impossibilitam o contato visual com o exterior. Outras questões específicas, voltadas aos hospitais de atendimento em saúde mental, dizem respeito à segurança dos próprios internos, como no caso da utilização de fontes de água, por exemplo. As fontes proporcionam sons agradáveis pelo movimento da água, porém devem ser desenhadas de forma a não permitir perigos com relação a possíveis afogamentos ou outros riscos que possam vir a ser considerados (fig. 10).



Fig. 10– Fonte de água localizada no jardim de entrada do Instituto Psiquiátrico de Santa Catarina.
Fonte: Arquivo IPq/SC, 2006.

Destacam-se ainda cuidados levantados quando da escolha de quais elementos devem ser utilizados como distrações positivas. É extremamente difundido que pinturas e outros tipos de artes visuais são considerados distrações positivas para os pacientes. Ulrich, porém, considerando que de acordo com o estilo e o conteúdo das pinturas muitas possuem características fortemente emocionais, realizou pesquisas destacando a importância de se investigar como alguns tipos de arte têm influências extremamente positivas e certas categorias, por vezes, contém efeitos negativos relacionados ao estresse.

Suas pesquisas foram realizadas em um hospital psiquiátrico da Suécia, cuja ala escolhida possuía uma grande variedade de gravuras e pinturas, estilos e temas subjetivos pintados nas paredes.

Para muitos doentes mentais, o mundo pode parecer caótico, incerto ou amedrontador, e eles podem ter uma grande dificuldade em perceber seu entorno e suas vidas como algo ordenado e seguro. Talvez, para alguns pacientes, uma pintura abstrata de desordem ininteligível posicionada em um local de destaque em seu quarto pode ameaçar sua frágil segurança e senso de ordem. (ULRICH, 1990, p. 99, tradução nossa)

Entrevistas não estruturadas foram realizadas com os pacientes na forma de conversas, possibilitando a Ulrich sugerir que figuras onde conteúdos relacionados à natureza estavam mais presentes - como paisagens rurais ou vasos de flores - têm influenciado atitudes positivas por parte dos pacientes. Já no caso do contrário, quando se tratavam de pinturas abstratas ou de conteúdo ambíguo e não claro os depoimentos de pacientes foram negativos, comentando que as imagens causam distúrbios e os deixam confusos. Muitos desses desenhos foram apontados como prováveis incentivadores de ataques físicos, destacando características nas pinturas como desordem, caos, contrastes fortes de cores e elementos abstratos.

4.2 Fatores que influenciam o bem estar físico e emocional do ser humano

Como visto nos estudos anteriores relacionados à psicologia ambiental, o ambiente pode, através de seus elementos constituintes, proporcionar estímulos ao indivíduo, que, por sua vez, lançará uma resposta a este estímulo em forma de comportamento. A estreita relação entre as respostas biológicas humanas e o estímulo sensorial é uma das bases da psiconeuroimunologia, segundo Gappell (1991). Para ele a psiconeuroimunologia é “[...] a arte e ciência de criar ambientes que previnam doenças, aumentam a velocidade de cura, e promovem o bem estar”. (GAPPELL, 1991, p. 115, tradução nossa)

Estando diretamente ligada as relações existentes entre o estresse e a saúde, seu foco direciona-se para os sentidos e suas habilidades de influencia nas emoções.

Segundo Gappell, nosso bem estar físico e emocional pode ser influenciado por seis fatores ambientais: luz, cor, som, aroma, textura e forma. A aplicação adequada destes elementos na constituição das arquiteturas, destinadas principalmente ao atendimento em saúde, podem proporcionar impactos benéficos na recuperação e tratamento dos pacientes, auxiliando em uma maior humanização destes ambientes.

4.2.1 Luz

Dois campos de atuação podem ser destacados com relação à importância e influência da ação da luz no indivíduo: a atuação fisiológica e a atuação psicológica da luz.

Na atuação fisiológica da luz uma série de funções fisiológicas do nosso corpo é regulada pela ação da luz em nosso organismo. Nosso controle endócrino, relógio biológico, principalmente com relação ao nosso ciclo circadiano⁹, controle de estresse, fadiga e a supressão da melatonina, por exemplo.

A luz do sol é importante para a absorção do cálcio e do fósforo, para o crescimento e fortalecimento dos ossos, para o controle viral e de infecções e para a melhora da capacidade física, diminuindo a pressão arterial e aumentando a quantidade de oxigênio. (VASCONCELOS, 2004, p. 49)

Já a atuação psicológica da luz influi diretamente sobre o estado psicológico do indivíduo, regulando a produção de alguns hormônios e vitaminas e atuando sobre o sistema nervoso. Como exemplo, cita-se a *Seasonal Affective Disorder* (SAD) que é um tipo de depressão decorrente em função de reduzidos níveis de iluminação natural incidentes sobre o indivíduo, ocasionando uma baixa na produção de melatonina, ocorrendo freqüentemente no inverno.

Infelizmente, os dois principais fatores mais considerados no projeto de iluminação de ambientes hospitalares são as exigências mínimas regulamentadas pelas normas e a redução de custos através da aquisição de luminárias mais baratas. (CAVALCANTI, 2002)

Alguns estudos comparam a ação da iluminação por luzes fluorescentes, iluminação mais barata geralmente utilizada nos projetos hospitalares, e a iluminação natural incidente no indivíduo. A iluminação por lâmpadas fluorescentes é considerada pelo corpo humano como escuridão, ou seja, não traz benefícios, tendo ação somente funcional de iluminar visualmente o ambiente. Porém a luz solar, possuidora de todos os espectros, comprovadamente diminui a ação dos hormônios do estresse (Cortisol e hormônio adrenocorticotrófico - ACTH).

A iluminação natural é a que traz maiores benefícios, tanto fisiológicos, quanto psicológicos ao indivíduo. Está é uma das características importantes a ser explorada nos projetos destas arquiteturas. São pátios, janelas, clarabóias e os mais variados elementos em

⁹ Ciclo circadiano é o período de aproximadamente um dia (24 horas) sobre o qual se baseia todo o ciclo biológico do corpo humano e de qualquer outro ser vivo, influenciado pela luz solar. É responsável, por exemplo, por nosso metabolismo, regulamentação das nossas horas de sono, alteração de temperatura corpórea e outros.

forma de aberturas que podem ser empregados no partido arquitetônico, capazes de promover o acesso à iluminação natural.

Destaca-se, porém, o cuidado na escolha dos ambientes e do elemento a ser utilizado. Aberturas com iluminação zenital, como clarabóias, por exemplo, não são indicadas para espaços de permanência como quartos e enfermarias, a menos que se possibilite o controle de fechamento e abertura.

Em Hospitais psiquiátricos os elementos freqüentemente utilizados, referentes à incidência da iluminação natural nos ambientes, são as janelas. Porém, observa-se que, visto questões de segurança necessárias, os ambientes são geralmente muito fechados e as janelas possuem peitoris altos, diminuindo a iluminação natural, sendo necessária a compensação por meio do emprego de iluminação artificial.

A potencialização de elementos que possibilitem a entrada da luz natural de forma estratégica, planejada e controlada nestas edificações demonstra a preocupação não somente funcional em termos visuais, mas também quanto ao conjunto de benefícios fisiológicos e psicológicos que a luz pode trazer aos usuários (fig. 11).



Fig. 11 – Iluminação zenital em corredor de enfermaria do *Sevenacres Acute Mental Health*
Fonte: Nightingale Associates, 2008.

4.2.2 Cor

As cores possuem forte influência no psicológico e nas emoções humanas, justificando a importância do estudo de sua aplicação na constituição dos espaços.

Todo nosso sistema nervoso simpático, responsável por despertar ações que permitem ao organismo responder a situações de estresse, é estimulado pela cor vermelha, aumentando atividade das ondas cerebrais, enviando mais sangue para os músculos e, conseqüentemente, acelerando as batidas do coração, pressão sanguínea e respiração. No sentido inverso, a cor azul estimula nosso sistema nervoso parassimpático, responsável por funções que mantêm nosso estado de relaxamento cerebral e muscular, intensificando efeitos tranqüilizadores. (GAPPELL, 1991)

Nossa percepção também é alterada de acordo com a cor considerada (ver quadro 3). O emprego de cores quentes (vermelho, laranja, amarelo, marrom e violeta) faz com que tenhamos a sensação de um ambiente menor. Ao contrário, quando utilizadas cores frias (verde, azul), o mesmo ambiente passa a ser percebido como mais amplo.

As cores também podem influenciar nas sensações térmicas. Pessoas sentem mais frio em ambientes onde foram empregadas cores frias e sentem mais calor quando utilizadas cores quentes, mesmo que a temperatura seja a mesma (GRANDJEAN, 1998).

Cor	Efeito de distância	Efeito de Temperatura	Disposição Psíquica
Azul	Distância	Frio	Tranquilizante
Verde	Distância	Frio a neutro	Muito tranquilizante
Vermelho	Próximo	Quente	Muito irritante e intranquilizante
Laranja	Muito próximo	Muito Quente	estimulante
Amarelo	Próximo	Muito Quente	estimulante
Marrom	Muito próximo/ Contenção	Neutro	estimulante
Violeta	Muito próximo	Muito Quente	Agressivo, intranquilizante, desestimulante

Quadro 3- Efeitos psicológicos das cores

Fonte: Quadro reproduzido pela autora, como base no quadro de Grandjean, 1998, p.313

Em arquitetura, além das questões relativas a estímulos e percepção, podemos ainda levantar a importância do emprego de cores com objetivos de realçar formas, destacar ou camuflar elementos e principalmente, no auxílio à legibilidade de edifícios com programas de necessidades complexos. Neste sentido, cores podem ser designadas para marcar setores, diferenciar atividades, auxiliando na orientação de seus usuários.

Os espaços hospitalares são geralmente muito monótonos quanto ao emprego de cores. Poucos contrastes e uso de cores claras, quase apagadas, promovem reduzido ou nenhum estímulo sensorial.

Alguns pesquisadores buscam correlações entre as cores que devem ser utilizadas não só nos ambientes, mas em uma variedade de outras aplicações, constituindo o que eles chamam de cromoterapia. Gerber (1988, apud MALKIN, 1991), por exemplo, através do seu estudo dos chacras¹⁰, organiza uma lista de correlações entre as doenças e as cores que podem ser utilizadas nos seus tratamentos. Doenças do coração e hipertensão devem ser tratadas, na cromoterapia, com a cor verde. Já para o sistema nervoso e desordens mentais deve ser aplicada a cor violeta.

Outros pesquisadores buscaram correlações mais específicas associando as cores com o tipo de doença mental. Mosse (1969, apud MALKIN, 1991), após um conjunto de pesquisas desenvolvidas, destaca a preferência pela cor verde em pacientes que apresentam problemas de ansiedade e psiconeuroses, já esquizofrênicos teriam uma predileção pela cor amarela. Porém Birren (1969, apud MALKIN, 1991) destaca que esta correlação não existe desta forma, levantando contradições como a cor de predileção dos esquizofrênicos ser o azul (fig. 12).

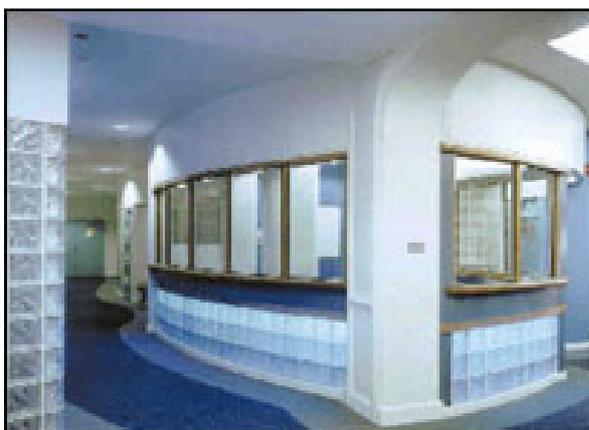


Fig. 12 – Uso da cor azul em posto de enfermagem do *St Bernard's Local Secure Unit* em Londres, Inglaterra.
Fonte: Nightingale Associates, 2008.

Há muitas contradições em relação a essas predileções. Um teste realizado chamado *Rorschach*, que busca contribuir para diagnósticos clínicos, lança a hipótese de que a cor está ligada as medidas de afetividade ou emoção. Este teste destaca que pessoas com algum tipo de neurose e esquizofrênicos apresentam rejeições a cores chamadas chocantes, como o vermelho, por exemplo, representando uma espécie de invasão indesejável para eles.

¹⁰ Para Gerber os chacras são centros de energia existente no corpo humano. Cada um destes centros transforma as energias captadas em atividades hormonais e celulares, influenciando um importante órgão ou função do corpo humano.

A escolha das cores e de suas aplicações deve estar baseada, principalmente, no seu entendimento e significado simbólico e psicológico para o ser humano. Porém, é difícil propor um padrão quando na presença de grande diversidade de variáveis, além da subjetividade.

4.2.3 Som

As ondas sonoras, captadas por nosso sistema auditivo, também nos trazem variações fisiológicas.

Um trauma auditivo, além de produzir uma reação de estresse generalizada, produz mudanças fisiológicas na estrutura capilar sangüínea, impedindo a circulação do sangue e comprimindo os canais vasculares. Isso pode causar aumento da pressão sangüínea, doenças do coração e úlceras. (GAPPELL, 1991, p.117, tradução nossa)

Um som considerado inconveniente ou barulhento, além de trazer níveis de irritabilidade e desconforto, pode promover, em determinadas situações, adversidades na percepção visual e diminuir a capacidade de aprendizado. Para um paciente que já se encontra fragilizado, devido à própria doença ou em função da ação de determinados medicamentos, estas alterações fisiológicas e psicológicas podem vir a atrapalhar ainda mais seu quadro de recuperação. Já para o corpo de funcionários de um hospital, por exemplo, a ação de desconforto sonoro, seja este por altos níveis ou sons repetitivos, como é o caso de uma Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), em que os aparelhos mostram constantes e ritmizados sons, podem vir a contribuir para o aumento do absenteísmo¹¹.

A propagação sonora deve ser controlada quando esta pode vir a causar inconvenientes e desconfortos aos seus usuários. Na arquitetura podemos utilizar elementos relativos ao isolamento acústico, por meio do emprego de paredes, esquadrias ou revestimentos específicos para este fim, evitando a propagação de sons provenientes tanto do meio externo, quanto do interior da edificação.

Em um hospital, além destes cuidados relativos à constituição do projeto, devem ser levantadas, ainda na etapa de escolha de sua área de implantação, preocupações acerca de sua localização. Estas questões devem ser priorizadas principalmente quando consideramos

¹¹ Termo usado para designar as ausências dos trabalhadores em decorrência de doença ou motivos de saúde em geral.

implantações em áreas urbanas que podem vir a ocasionar desconfortos sonoros advindos do meio externo, como, por exemplo, proximidade a uma área de alto tráfego de veículos.

No caso específico de um hospital psiquiátrico, por exemplo, observam-se, com uma importância ainda maior, os cuidados de isolamento dos sons internos. Muitas vezes, em virtude de determinada doença, o paciente não possui controle sobre suas ações verbais, falando constantemente, emitindo gritos e até mesmo insultos em tons de voz elevados. Estes barulhos internos, se não convenientemente isolados, principalmente com o uso de paredes com tratamento acústico, acabam “contaminando” o grau de agitação dos demais pacientes, causando tumultos nas enfermarias.

Falamos, até então, somente sobre questões ligadas à importância do controle sonoro, quando este ocasiona desconfortos a seus usuários. Porém, o som pode trazer benefícios ao nosso corpo quando por nós controlado, e, principalmente, quando se apresenta na forma de música. A música pode ser um estímulo condicionante para o relaxamento, redução da dor e uma distração para o desconforto.

“O mecanismo audioanalgésico inclui endorfina produzida pela resposta emotiva que ocorre quando escutamos uma música”. (GAPPEL, 1991, p.117-118, tradução nossa)

O som, analisado desde lado positivo, vem a aguçar nossos outros sentidos, alterando nosso humor e evocando uma resposta emocional. Os sons naturais, como canto de pássaros ou os causados pela água, que nos evocam sensações relaxantes e calmantes, ajudam a anular os barulhos indesejáveis.

Nas arquiteturas hospitalares estes sons podem ser promovidos pelo uso de fontes de água e de jardins internos. Porém deve-se atentar os cuidados de inserção, no caso de um hospital psiquiátrico, de elementos relativos a água que possam trazer perigos em decorrência da ação indevida de pacientes.

4.2.4 Aroma

Os aromas podem ser chamados de estimuladores silenciosos, influenciando nossa mente, corpo e saúde. O aroma é um dos estímulos mais evocativos, pois auxilia nosso cérebro a buscar memórias completas, trabalhando com o suscitar de nossas mais antigas lembranças. Os cheiros e as emoções estão fortemente interligados. Além disso, os cheiros possuem seu significado através de condicionamentos. O cheiro de lixo, por exemplo, nos

traz, em geral, desconforto, podendo produzir até mesmo náuseas. Na realidade qualquer cheiro muito forte pode ser desagradável. “Odores desagradáveis (exemplo: amônia) aumentam o ritmo da respiração e batimentos cardíacos. Inversamente, odores agradáveis (exemplo: aromas florais) são redutores de estresse”. (GAPPELL,1991, p.118, tradução nossa)

É com ênfase na redução dos fatores de estresse que se destaca a importância da utilização de elementos que façam parte da constituição do projeto arquitetônico e que proporcionem esses benefícios. O emprego de plantas e jardins internos na arquitetura hospitalar, além de possibilitar odores agradáveis, traz outros benefícios em relação à purificação do ar interno, removendo alguns poluentes tóxicos, alegrando o ambiente e promovendo o tão importante contato com a natureza.

4.2.5 Textura

A qualidade do ar, o conforto térmico e as sensações de diferentes texturas de um ambiente podem ser percebidos através de nossa pele, que é considerada o maior órgão dos nossos sentidos.

De uma forma mais direta, dentro das edificações, “A qualidade tátil do espaço pode ser enriquecida pelo uso de tratamentos diferenciados para as superfícies, como variedade de tecidos e acabamentos e a variedade e versatilidade dos móveis, proporcionando conforto”. (VASCONCELOS, 2004, p.58)

A questão relacionada ao emprego de texturas e materiais de revestimentos em ambientes hospitalares é muito rigorosa, confluindo, por meio de exigências das normas, na conformação de ambientes brancos, assépticos e frios. Como exemplo, podemos citar elementos comumente encontrados em instituições psiquiátricas, os “lambris” de azulejos (fig. 13 – pág. 75). Estes elementos, aplicados como revestimentos para paredes, apesar de facilitarem a limpeza, acarretam em ambientes frios e pouco acolhedores.

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



Fig. 13 – Lambri de azulejo em enfermaria do IPq/SC.
Fonte: Arquivo IPq/SC, 2006.

4.2.6 Forma

A questão relativa à forma pode ser analisada em várias escalas. Podemos pensar nas diferentes configurações espaciais relacionadas ao emprego de formas, como círculos ou retângulos, em uma planta baixa de uma enfermaria, ou até mesmo, considerando uma escala menor, em elementos com formatos diferenciados inseridos no interior destes ambientes.

Em uma planta de configuração linear podemos observar como equipamentos importantes ou de uso comum (banheiros, posto de enfermagem) podem ficar distantes dos quartos de alguns pacientes. Já em uma planta com disposição radial, estes elementos podem ser configurados de forma a estarem todos numa mesma proximidade. Neste caso, por exemplo, em enfermarias onde os pacientes precisam de cuidados constantes ou encontram-se em situações emergenciais delicadas, uma disposição radial, ao redor de um posto de enfermagem, pode transmitir maior segurança aos pacientes, reduzindo seus níveis de estresse.

Porém, no caso de um hospital psiquiátrico, este tipo de configuração fica prejudicado, pois tendem a conformarem-se em enfermarias com características panópticas. Os funcionários devem vigiar os pacientes, mas, no entanto, cabe ao arquiteto buscar o emprego de configurações espaciais que garantam o mínimo de privacidade.

Já com relação ao emprego de elementos constituintes do ambiente interno, destacamos que o emprego de formas diferenciadas pode provocar estimulações sensoriais à medida que se destacam no espaço inserido, trabalhando como uma distração positiva. São mais facilmente evidenciadas com o uso de formas puras, despertando a atenção de seus usuários (fig. 14 – pág. 76).



Fig. 14 – Uso de formas circulares no teto e em parede de tijolos de vidro do Hospital Psiquiátrico *Meadowfield*, EUA.

Fonte: Nightingale Associates, 2008.

CAPÍTULO 5: MÉTODOS APLICADOS AO ESTUDO DE CASO

Considerando o objetivo geral da pesquisa, enquanto proposta de princípios e diretrizes gerais de projeto direcionadas as arquiteturas hospitalares psiquiátricas, optou-se pela realização de um estudo de caso que pudesse servir como objeto de análise, ilustrando problemáticas e situações reais.

Neste capítulo será apresentada a escolha deste objeto de análise, bem como de seus ambientes a serem estudados, os métodos e técnicas empregados e a descrição dos experimentos realizados.

5.1 Escolha do objeto de análise

Para a realização do estudo de caso foi escolhido, como objeto de análise, um dos maiores e mais importantes Complexos Psiquiátricos destinados ao tratamento de doentes mentais de Santa Catarina. O Complexo escolhido abrange atualmente uma área de tratamento de curta permanência, que diz respeito ao Hospital propriamente dito, e uma área destinada ao atendimento de longa permanência, que corresponde a uma área denominada de Centro de Convivência. Neste sentido, foram selecionados, para o desenvolvimento do estudo, ambientes de principal uso por parte dos pacientes: duas das enfermarias do Complexo, cada qual como seus pátios internos, e um dos espaços destinados à prática de atividades terapêuticas.

A escolha de enfermarias e pátios torna-se, no entanto, um dos focos principais do trabalho, visto constituírem-se nos locais onde os pacientes passam a maior parte de seu tempo. Já o espaço destinado às atividades terapêuticas tem sua abordagem considerada relevante, devido à solicitação, realizada aos hospitais, de intensificarem o conjunto de ações referentes às suas atividades ocupacionais e recreativas, como colocado pela Portaria/GM nº 251. Destaca-se, porém, que o tempo de permanência dos pacientes nestes locais é muito menor, utilizando-os apenas em determinados períodos do dia.

Duas enfermarias e respectivos pátios foram selecionados: uma destinada a tratamentos de curta permanência, denominada por 2ª enfermaria masculina, e outra destinada a tratamentos de longa permanência, denominada de 2ª enfermaria feminina.

As enfermarias de curta permanência são o principal foco atual das estruturas hospitalares e para as quais estão direcionados todos os serviços destas instituições. Desta forma, lembra-se que nenhum paciente pode ser mais internado em regime de longa permanência.

Porém, destaca-se que as enfermarias de longa permanência apresentam-se, ainda hoje, como parte de 60% dos leitos atuais disponibilizados por todo o Complexo (Hospital e Centro de Convivência). Além disso, ressalta-se que o recolhimento dos dados referentes a enfermaria de longa permanência, virão a contribuir principalmente no que diz respeito:

a) a análise propriamente dita da realidade atual, visto constituir-se como uma das tipologias que se apresentam em maior número no complexo, devendo, ainda, permanecer durante anos na constituição destas instituições;

b) a possível reutilização destes ambientes, quando de sua desativação, dando lugar à internação de curta permanência e visando seu desafogamento;

c) porque podem vir a contribuir com o levantamento de informações, idéias e soluções a serem aplicadas nas diretrizes gerais de projeto, que serão futuramente reformuladas, através da observação de suas características e elementos arquitetônicos considerados relevantes para o presente trabalho.

Já para a análise de um ambiente terapêutico, o espaço escolhido para a realização do estudo foi à área do chamado sombreiro, proveniente do projeto original do Complexo, enquanto espaço destinado a prática de atividades ocupacionais e recreativas. O sombreiro está espacialmente ligado a 2ª enfermaria masculina, atendendo principalmente a seus pacientes e aos pacientes da 1ª Enfermaria masculina (também de curta permanência). Sua escolha fundamenta-se em virtude de apresentar-se:

a) como espaço já projetado desde sua concepção para suprir esta função, sofrendo posteriormente alterações;

b) como espaço destinado a atender enfermarias de tratamento de curta permanência (função principal do hospital após determinações da Reforma Psiquiátrica);

c) ser citado constantemente, durante as conversas realizadas com os funcionários desta enfermaria, acerca de sua subutilização e condições precárias.

Em complementação a este estudo de caso, foi ainda realizada visita ao Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral II (CAPS), edificação já resultante do processo da Reforma Psiquiátrica, destacando a importância de se conhecer e compreender os novos espaços e procedimentos estruturados pela rede de cuidados extra-hospitalares, principalmente com relação às atividades terapêuticas realizadas nestes estabelecimentos

(conjunto de ações preconizados pela Reforma e consideradas a base estrutural dos CAPS) e que também estão presentes no programa de necessidades das instituições hospitalares.

Destaca-se aqui a importância da diferenciação dos tratamentos: no hospital (objeto de estudo principal do presente trabalho) o paciente está sob regime de internação, podendo, dependendo de sua condição e quadro psicológico, participar das atividades terapêuticas oferecidas; enquanto que no CAPS, mesmo sob situação de tratamento contínuo, o paciente não está internado, devendo praticar estas atividades como parte de um conjunto de tarefas prescritas pelo corpo médico.

A visita ao CAPS foi previamente agendada e as instalações foram apresentadas por um dos ministrantes das oficinas. Ao longo da visita foi realizada uma entrevista informal e o levantamento fotográfico dos espaços. Porém, ressalta-se que o CAPS foi analisado com o objetivo de conhecer seus espaços e atividades desempenhadas, não se constituindo em um estudo de caso formalizado. As questões relevantes, referentes ao CAPS, foram organizadas em forma textual e serão apresentadas no item 6.4.

5.2 Métodos e técnicas aplicadas

Inicialmente, visando compreender a organização funcional geral de todo o **Complexo (Hospital e Centro de Convivência)** e descobrir as alterações espaciais sofridas no processo da Reforma Psiquiátrica, foram efetuados um levantamento documental (projetos e fotos antigas/atuais), visitas exploratórias, levantamento físico e fotográfico, além de uma entrevista semi-estruturada, realizada com um integrante da equipe da administração e uma enfermeira chefe. As entrevistas, baseadas em um roteiro, contém questões-chaves acerca da organização, funcionamento e questões relativas à Reforma (ver roteiro de entrevista no apêndice A). Com relação aos métodos aplicados ao estudo das duas **enfermarias** e seus respectivos **pátios** (ver quadro 4 – pág. 80), sua escolha deve-se a diferentes questões: relativas ao **ambiente**, ao **usuário** e as **tarefas e atividades** desempenhadas.

Em especial, com relação às questões relativas ao ambiente e ao usuário, busca-se, sempre que possível, destacar as etapas do processo de interação ser humano e ambiente (tratadas no capítulo 3), sendo destacados os itens: estímulos do meio (1ª etapa), percepção (2ª etapa) e o comportamento (4ª etapa). O item relativo à consciência (3ª etapa), por não ser passível de explicitação, não será aqui levantado.

Métodos aplicados ao estudo das enfermarias e pátios			
Ambiente	Usuário		Tarefas e atividades
Estímulos do Meio (1ªEtapa)	Percepção (2ªEtapa)	Comportamento (4ªEtapa)	Funcionamento
Métodos: Levantamento documental (projetos e fotos antigas) Visitas exploratórias Levantamento físico (medições) e fotográfico (quando possível) Método: Levantamento sistemático Técnica: Planilha de avaliação do ambiente	Método: Entrevista estruturada	Método: Observação sistemática não participante Técnica: Ficha de observação Método: Entrevista estruturada	Método: Entrevista estruturada

Quadro 4 - Métodos aplicados ao estudo das enfermarias e pátios

Fonte: elaborado pela autora

Os dados coletados relacionados ao **ambiente** dizem respeito aos estímulos do meio e apresentam elementos constituintes do projeto de arquitetura como: configuração espacial, aberturas, layouts, materiais de acabamento, piso, parede, teto, entre outros.

Com relação ao **usuário**, foram coletados dois tipos de informações:

a) as relativas à percepção (2ª etapa), buscando entender como os espaços são percebidos por seus usuários;

b) as relativas ao comportamento (4ª etapa), referente à ação executada pelo usuário, como resposta do processo de relação entre o usuário e o ambiente.

Já com relação às **tarefas e atividades**, busca-se compreender as questões funcionais, as necessidades e as rotinas dentro dos espaços estudados.

Para o recolhimento dos estímulos do meio, ou seja, das informações físicas do ambiente, foi efetuado, inicialmente, um levantamento documental de todos os projetos arquitetônicos da edificação, bem como de material fotográfico arquivado. Posteriormente, foram efetuadas visitas exploratórias, levantamento físico, com medições das áreas em estudo, e registros fotográficos atuais (quando possíveis). Logo após, foi realizado um levantamento

sistemático dos elementos constituintes da edificação, através do emprego de uma planilha de avaliação do ambiente, que contém informações referentes às questões de estruturação e composição espacial, aberturas, equipamentos/mobiliários, conforto acústico, térmico e lumínico, acessibilidade, segurança, controle do ambiente, suporte social e distrações positivas (ver planilhas no apêndice B). Os tópicos levantados visam contemplar os elementos anteriormente destacados como responsáveis pela humanização dos ambientes hospitalares (atributos para a humanização - controle do ambiente, suporte social e distrações positivas – e fatores que influenciam no bem estar físico e psicológico - luz, cor, som, aroma, textura e forma). A parte final da planilha diz respeito à locação de uma planta baixa de toda a enfermaria e/ou pátio, com espaço para fotos e dados gerais (como ano de construção e data da última reforma). Foram elaboradas planilhas diferentes para as enfermarias e para os pátios, visto que os elementos contemplados variam de acordo com a análise interna ou externa a edificação.

A entrevista estruturada foi empregada como método para a obtenção de dados referentes tanto a respeito da percepção e do comportamento quanto do funcionamento dos locais (ver modelo de entrevista no apêndice C). Foram realizadas com 20 dos 25 técnicos e ou auxiliares de enfermagem, que acompanham o dia-dia dos pacientes (11 da enfermaria feminina e 9 da enfermaria masculina), visto a impossibilidade de participação destes em virtude da ação de medicamentos ou, em alguns casos, devido ao quadro psicológico alterado. A estruturação prévia das entrevistas deve-se a necessidade de recolhimento de dados de forma mais objetiva, para não despender de muito tempo dos funcionários, que estão em horário de trabalho. Destaca-se, ainda, que não foram elaboradas entrevistas diferentes para enfermarias e pátios, mas sim, levantadas questões que contemplam, em uma mesma entrevista, informações sobre os dois espaços, algumas direcionadas para o ambiente interno e outras para o ambiente externo.

Antes de iniciar a sessão de perguntas elaboradas, foram anotados dados relativos à caracterização geral do entrevistado, como sexo, idade, formação e tempo de trabalho na instituição, possibilitando a formulação posterior de um panorama geral da amostra.

As perguntas relativas ao funcionamento destacavam temas referentes às rotinas, atividades realizadas, necessidades e funcionalidade dos ambientes.

Os questionamentos feitos acerca da percepção estruturavam-se em informações relativas às cores e materiais empregados no piso, parede e teto, nas sensações de acolhimento/conforto, nos barulhos, cheiros, iluminação e outros elementos constituintes da percepção do ambiente.

Já os questionamentos relativos ao comportamento contemplam os fenômenos explicitados na parte teórica do presente trabalho referentes a: territorialidade, privacidade e aglomeração. O espaço pessoal, devido a sua complexidade e inúmeras variáveis envolvidas, não foi abordado nos questionamentos.

O método da observação sistemática não participante foi utilizado para observar o comportamento dos usuários no ambiente em estudo, avaliando a população presente no momento de sua realização (pacientes, staffs e visitantes). A opção pela sistematização do método deve-se, além da facilidade em organizar os dados coletados, principalmente ao fato de que, durante a realização das visitas, um funcionário da equipe de enfermagem ou um segurança da instituição acompanhava a realização da visita, pois não era seguro transitar pela enfermaria sem um profissional responsável. Como estes profissionais não podiam despende de muito tempo, pois abandonavam seus postos e atividades para auxiliarem a pesquisa, a sistematização do método também auxiliou a coleta de dados.

Para sistematizar as observações foi utilizada uma ficha de observação do comportamento, já anteriormente empregada em quartos de internação do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina¹², havendo, porém, a necessidade de pequenos ajustes para sua aplicação no presente estudo.

Para cada setor de cada enfermaria e para cada pátio foram elaboradas fichas separadas, visando facilitar as marcações e anotações dos dados. O espaço inicial da ficha contém informações gerais como data, horário e local da observação (ver modelo de ficha no Apêndice D). Na seqüência, há espaço para anotações discursivas, estruturadas segundo metodologia formulada por Zeisel (1981) em seus estudos do comportamento, e que foram aqui reunidas conformando a situação existente no momento da observação realizada. As anotações respondem perguntas simples como: quem? fazendo o quê? com quem? e onde?. Estes questionamentos dizem respeito às atividades que estão sendo realizadas, principalmente por parte dos pacientes, e os locais onde permanecem durante o período observado. Anota-se, também, o contexto em que ocorre a observação, como por exemplo, antes do jantar ou depois do almoço.

As informações que seguem na ficha dizem respeito a formas de uso do espaço e fenômenos de comportamento, cujos três primeiros itens baseiam-se em Zeisel (1981) e o quarto item foi, por nós, acrescentado:

¹² Esta ficha foi anteriormente utilizada na pesquisa realizada pelo Programa de Educação Tutorial do Curso de Arquitetura e Urbanismo (PET/ARQ - UFSC), intitulada: Avaliação Pós-Ocupação em Área de Internação Hospitalar: Estudo de Caso no Hospital Polydoro Ernani de São Thiago.

1) Os produtos de uso (erosão, vestígios e traços que faltam): visam observar a forma e a frequência de uso, apresentando caráter investigativo. Exemplo: marcas nas paredes e danificações constantes no reboco;

2) adaptações para uso (conforto e funcionalidade): outras formas de uso, de equipamento/mobiliário ou do espaço, que o usuário realiza para melhor atender a sua necessidade. Exemplo: reformulação do layout original por parte do usuário;

3) Manifestações de personalidade: formas de personalização do espaço que, na realização deste trabalho, foram então substituídas pelo termo observações de territorialidade, visando levantar formas de marcação e apropriação do espaço ou equipamentos por parte de seus usuários;

4) Manifestações de privacidade: diz respeito as manifestações que buscam, em geral, um certo isolamento ou formas de controle de acesso ao próprio usuário.

Não foram analisadas as manifestações relativas ao espaço pessoal, devido às muitas variáveis envolvidas e a necessidade de um número muito maior de observações. Além disso, questões relativas a aglomeração foram levantadas, de forma indireta, concentrando esforços em detectar formas utilizadas para alcançar a privacidade, como uma fuga da situação de aglomeração evidentemente existente nestes locais.

Além destas anotações discursivas são ainda efetuados registros em planta baixa, previamente elaborada com layout, contendo o posicionamento dos observados e informações relevantes ao tipo de usuário (pacientes, staffs ou visitantes), e sua posição no momento da observação (deitado, sentado, caminhando, em pé). Essas informações foram sistematizadas com a elaboração de uma legenda contendo siglas, para facilitar e agilizar os registros. Outro fator importante foi a marcação, na própria planta baixa, da atividade que estava sendo desempenhada por cada usuário naquele determinado momento, como, por exemplo, conversando ou dormindo. Estes registros espacializam as informações coletadas na primeira parte da ficha, que dizem respeito à situação existente.

Com relação aos métodos empregados ao **espaço destinado a prática de atividades terapêuticas** (sombreiro da 2ª enfermaria masculina) foram utilizados, além de métodos para recolhimento de informações básicas (levantamento documental, visitas exploratórias, levantamento físico e fotográfico), a planilha de avaliação do ambiente e uma entrevista informal, realizada com o funcionário responsável pelas atividades no local. Esta entrevista busca compreender quais as necessidades das atividades realizadas e os problemas gerais encontrados neste espaço. Não foi possível o emprego do método da observação sistemática neste ambiente em virtude de que, no período destinado para a realização de sua pesquisa de

campo, este espaço estava temporariamente inativo. Os funcionários relataram o término e a não reposição dos materiais básicos utilizados na realização das oficinas, como argila, cerâmica e tintas, ressaltando que episódios deste tipo são frequentes. O espaço ficava, por vezes, aberto para a circulação dos pacientes da enfermaria masculina, mas não eram realizadas as oficinas.

Abaixo, apresenta-se um quadro síntese que organiza a relação entre os métodos aplicados e os locais avaliados na pesquisa.

Síntese dos Métodos Aplicados			
Métodos	Complexo (Hospital e Centro de Convivência)	Locais	
		Enfermarias e pátios	Espaço terapêutico
Levantamento documental			
Visitas exploratórias, levantamento físico e fotográfico			
Levantamento sistemático (Planilha de avaliação do ambiente)			
Entrevista estruturada			
Entrevista semi-estruturada			
Entrevista informal			
Observação sistemática (Ficha de observação do comportamento)			

Quadro 5 - Síntese dos métodos aplicados
Fonte: elaborado pela autora

5.3 Descrição dos experimentos

As planilhas de avaliação do ambiente foram preenchidas, em geral, logo nas primeiras visitas realizadas em cada espaço analisado. As anotações eram efetuadas ao longo do caminhar pelos ambientes e despenderam de tempo e de muita atenção para sua realização. Algumas informações foram, ainda, posteriormente complementadas pelo levantamento fotográfico realizado e por novas colocações que surgiam, ao longo das várias visitas realizadas.

As entrevistas estruturadas tiveram amostragem escolhida em caráter aleatório dentre os funcionários das enfermarias, ou seja, segundo Iida (2005) os sujeitos são escolhidos ao acaso, não sendo diferenciados ou estratificados de acordo com qualquer tipo de classificação prévia. Buscou-se, desta forma, abarcar toda a população de enfermeiros, auxiliares e técnicos

de enfermagem dos locais de estudo. A partir da escala de trabalho dos funcionários, era possível saber quais dias seriam realizadas as entrevistas, que aconteciam geralmente pela parte da tarde, período em que os funcionários possuem tempo mais disponível. Quase todos os funcionários foram entrevistados, salvo os que trocavam constantemente de horários nas escalas de serviço, ou os que estavam em período de férias.

As informações recolhidas na parte inicial das entrevistas, que dizem respeito à caracterização da amostragem, possibilitaram a conformação de um panorama geral dos entrevistados, ressaltando-se que:

- a) a grande maioria dos funcionários são do sexo feminino;
- b) na enfermaria feminina a maioria dos funcionários apresenta idade superior a 45 anos e trabalham neste local há mais de 20 anos;
- c) na enfermaria masculina a maioria possui mais de 30 anos com tempo de trabalho no local inferior a 4 anos.

Outro fator importante a ser destacado é o baixo grau de escolaridade encontrado principalmente nos funcionários da enfermaria feminina. Estas pessoas trabalham nesta Instituição desde uma época em que não eram exigidos níveis de estudo, sendo somente realizados cursos posteriores para efetivá-los com auxiliares de enfermagem. Este fato já não se repete na enfermaria masculina, onde a maioria constitui-se de técnicos de enfermagem, possuindo 2º grau completo.

Com relação ao tempo de duração do experimento, cada entrevista possuiu duração média de 30 minutos, sendo realizada dentro de um dos consultórios que, no momento, apresentava-se desocupado.

As entrevistas foram inicialmente realizadas com 3 dos funcionários da enfermaria feminina, em caráter de teste piloto ou teste de validação, contando originalmente com 27 perguntas. Após ajustes realizados, a entrevista passou a conter 23 perguntas.

Neste teste inicial, foram encontradas poucas alterações a serem realizadas. Observou-se que os entrevistados possuíam dificuldades para entender ou emitir uma opinião nas questões relativas à divisão interna e a forma dos ambientes e corredores, pois nunca haviam pensado ou entendido os ambientes de forma racional, não possuindo uma leitura do espaço. Optou-se, desta forma, por retirar estas perguntas do roteiro. No caso dos questionamentos acerca da percepção e comportamento não foram observados grandes ajustes a serem efetuados, destacando somente a troca de alguns termos utilizados, visando garantir a compreensão correta dos questionamentos. Devido às pequenas alterações realizadas, as 3 entrevistas do teste piloto fazem parte do total das 20 efetuadas.

Já as duas entrevistas semi-estruturadas e a entrevista informal, por possuírem caráter mais aberto, foram realizadas com agendamento anterior, para que os participantes pudessem reservar e organizar seu tempo de forma a não atrapalhar suas atividades.

Com relação às observações, foram realizadas 6 em cada enfermaria: duas no período da manhã, entre o café da manhã e o almoço (07:30hs às 11:00hs), duas no período da tarde, entre o café da tarde e a janta (14:00hs às 17:00hs) e duas distribuídas durante os horários de refeições (uma durante o almoço - 11:30hs e outra no horário da janta - 17:00hs).

Ressalta-se, ainda, que tanto para a realização das planilhas de avaliação do ambiente, quanto para as fichas de observação do comportamento houve o acompanhamento de um profissional da instituição ao longo dos trajetos percorridos visando a segurança no desenvolvimento dos experimentos.

CAPÍTULO 6: RESULTADOS DO ESTUDO DE CASO

Ressalta-se que todos os dados foram basicamente tratados de forma qualitativa, ou seja, foram analisados segundo seu conteúdo e essência das informações coletadas. Os resultados, neste capítulo apresentados, foram organizados segundo os diferentes locais analisados e métodos envolvidos no levantamento das informações. O processo de sistematização destes resultados segue o quadro abaixo:

Sistematização dos Resultados Apresentados			
Local	Resultados	Métodos envolvidos	
6.1 Complexo: Hospital e Centro de Convivência	6.1.1 Leitura espacial do projeto original	Levantamento documental, visitas exploratórias, levantamento físico e fotográfico	
	6.1.2 Organização atual e processo da Reforma Psiquiátrica	Entrevistas semi-estruturadas	
6.2 Enfermarias e pátios	6.2.1 Estímulos do meio	6.2.1.1 Dados gerais e organização espacial	Levantamento documental, visitas exploratórias, levantamento físico e fotográfico
		6.2.1.2 Enfermarias	Levantamento sistemático (Planilha de avaliação do ambiente)
		6.2.1.3 Pátios	Levantamento sistemático (Planilha de avaliação do ambiente)
	6.2.2 Funcionamento	Entrevista estruturada	
	6.2.3 Percepção	Entrevista estruturada	
	6.2.4 Comportamento	6.2.4.1 Visão dos funcionários em relação ao comportamento dos pacientes	Entrevista estruturada
		6.2.4.2 Resultados das fichas de observação do comportamento	Observação sistemática (Ficha de observação do comportamento)
6.2.5 Discussão dos resultados a partir dos diferentes métodos empregados	-----		
6.3 Espaço para a prática de atividades terapêuticas	6.3.1 Dados gerais e organização espacial	Levantamento documental Visitas exploratórias, levantamento físico e fotográfico Entrevista informal	
	6.3.2 Resultados da planilha de avaliação do ambiente	Levantamento sistemático (Planilha de avaliação do ambiente)	
6.4 CAPS Ponta do Coral II	6.4.1 Resultados gerais	Visita exploratória, levantamento fotográfico e entrevista informal	

Quadro 6 - Sistematização dos resultados apresentados

Fonte: elaborado pela autora

Com relação às informações levantadas acerca do **Complexo** foram explicitados dois resultados: uma leitura espacial de seu projeto original e sua organização atual perante o processo da Reforma Psiquiátrica.

A leitura espacial envolve um conjunto de dados recolhidos através do levantamento documental, das visitas exploratórias e do levantamento físico e fotográfico realizados. Já os resultados relacionados à sua organização atual sintetizam, de forma textual, as informações recolhidas nas duas entrevistas semi-estruturadas efetuadas.

Com relação às **enfermarias e pátios**, seus resultados seguiram a organização inicial apresentada no que diz respeito à divisão relacionada: aos estímulos do meio, à percepção, ao comportamento e ao funcionamento (segundo quadro 4, pág. 80).

Os estímulos do meio abordaram os dados gerais e de organização espacial das enfermarias e pátios, com informações recolhidas através do levantamento documental, das visitas exploratórias e do levantamento físico e fotográfico realizados, além de informações exclusivas das enfermarias e dos pátios, acerca da leitura efetuada a partir dos dados recolhidos das planilhas de avaliação do ambiente. Neste sentido, informações das planilhas das duas enfermarias foram agrupadas, em forma textual, seguindo sua seqüência de assuntos abordados. O mesmo foi realizado para os dois pátios analisados.

Na seqüência são apresentados os resultados referentes ao funcionamento, sendo este item antecipado devido à necessidade de se compreender as tarefas, rotinas e atividades realizadas, antes mesmo de se apresentar as questões relativas à percepção e ao comportamento. As informações foram coletadas através dos questionamentos, específicos sobre este assunto, efetuados nas entrevistas estruturadas. Os dados foram recolhidos de todas as entrevistas, sendo inicialmente tratados, conforme análise de conteúdo, separados com relação às enfermarias e pátios de curta ou longa permanência. Este fato permitiu comparações entre as informações coletadas, sendo estas posteriormente reunidas segundo temáticas semelhantes, abordadas nos questionamentos.

Esta forma de organizar os resultados foi também utilizada para os dados coletados, através do emprego da entrevista estruturada, referentes tanto à percepção quanto ao comportamento.

Ainda com relação aos resultados sobre o comportamento, foram reunidos os dados das fichas de observação, também inicialmente pelo tipo de internação (longa e curta permanência), para que posteriormente pudessem ser realizadas suas leituras, seguindo a ordem de apresentação em que os temas estão organizados na fichas observação (situação existente, uso e fenômenos de comportamento). Os itens relacionados aos produtos de uso foram reunidos de todas as planilhas preenchidas, visto serem relativos à sua variedade e não à freqüência de acontecimentos. Já os itens relativos à situação existente, as adaptações para o uso e aos fenômenos de comportamento (privacidade e territorialidade) além de reunir os dados referentes ao tipo de comportamento encontrado, foram também observados a repetitividade ou não do evento.

Os resultados referentes ao **espaço para prática de atividades terapêuticas** foram divididos em dois tipos: dados gerais e organização espacial e os resultados da planilha de

avaliação do ambiente. Os dados gerais e organização espacial reúnem os dados coletados no levantamento documental, visitas exploratórias, levantamento físico, fotográfico e entrevista informal realizada. Já os resultados das planilhas de avaliação do ambiente apresentam, em forma textual, as informações coletadas na mesma seqüência dos temas coletados.

Para o **CAPS Ponta do Coral II** foram reunidos, no item resultados gerais, os dados recolhidos com a visita exploratória, o levantamento fotográfico e a entrevista informal realizada.

6.1 Complexo: Hospital e Centro de Convivência

A seguir será apresentada a leitura espacial do projeto original do Complexo e sua organização atual, perante a atuação da Reforma Psiquiátrica.

6.1.1 Leitura espacial do projeto original

O Complexo foi construído em terreno plano, porém configurado em uma área geograficamente considerada como vale (fig.15). Este fator apresenta-se como negativo em sua implantação, pois a falta de perspectiva propicia a conformação de um horizonte curto, onde o próprio espaço natural conforma uma espécie de fechamento.



Fig. 15 - Vista do Complexo atual, com demarcação do projeto original
Fonte: Arquivo Hospital, 2006 (demarcação efetuada pela autora)

O projeto original do Complexo, datado de 1941, constituía-se de pavilhões (enfermarias) interligados por meio de corredores cobertos e afastados entre si por áreas abertas, conformadas nos pátios. Porém, após sucessivas ampliações, o Complexo cresceu de forma quase que espontânea, no sentido de não haver um projeto e planejamento de suas ampliações em longo prazo. As edificações foram sendo construídas de acordo com as necessidades momentâneas apontadas por cada uma das equipes administrativas que assumiam a direção.

A leitura espacial deste projeto é demasiadamente difícil, visto o número de atividades, edificações e conexões entre as mesmas. Porém destaca-se a tentativa de se fazer uma análise espacial geral, realizada com base nos temas de composição mais importantes elaborados por Pause e Clark (1983) – partido, elementos repetitivos e singulares, circulações, adição e subtração, geometria, relação planta corte, simetria e estrutura - visando uma maior aproximação e entendimento dos conceitos de projeto aplicados a esta arquitetura¹³.

Nota-se, na constituição do partido de seu projeto original, a conformação de um conjunto central de blocos (fig.16) organizados na época em: administração, áreas de atendimento específico (raio X, bloco cirúrgico, laboratórios e outros) e área do refeitório do Complexo.

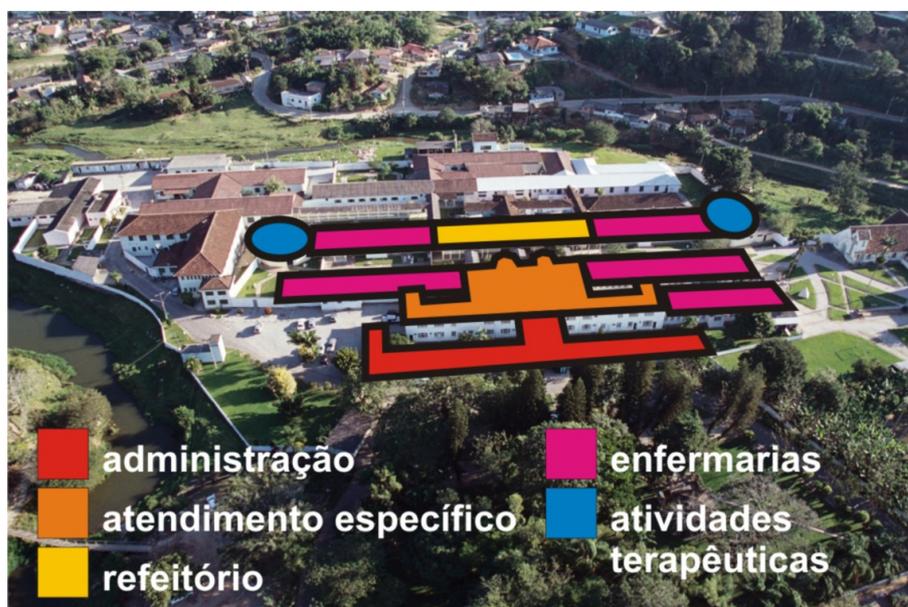


Fig. 16 – Partido do projeto original
Fonte: elaborado pela autora, a partir de foto do arquivo Hospital

¹³ Ressalta-se que a análise elaborada foi realizada com o auxílio de fotos recolhidas no levantamento documental, visto a não existência de plantas baixas e principalmente da implantação de todo o Complexo.

Esses elementos são considerados singulares na conformação do projeto, devendo, a seguir, em direção as porções laterais, conformarem-se as enfermarias, de forma pavilhonar e linear, e, em cada uma das extremidades, os chamados sombreiros (estruturas circulares cobertas destinadas à prática de atividades de cunho terapêutico e que foram, assim, intituladas devido a seu formato de uma grande sombrinha). Tanto as enfermarias quanto os sombreiros constituem-se nos elementos repetitivos do projeto original. Atualmente as atividades administrativas e demais departamentos (serviço social, psicologia e outros) ocupam o bloco destinado as atividades específicas, o refeitório foi descentralizado, tendo cada enfermaria um espaço adaptado para o mesmo, e os sombreiros tiveram suas paredes levantadas, tornando-se espaços fechados.

As circulações apresentam-se, na maioria dos blocos, nas suas porções centrais e longitudinais (fig.17). Entre as edificações, surgem corredores cobertos atravessando os pátios. Destaca-se a circulação principal da edificação enquanto eixo que liga a área externa frontal do hospital (junto ao jardim) até sua área de interna de acesso controlado.



Fig. 17 – Circulações do projeto original
Fonte: elaborado pela autora, a partir de foto do arquivo Hospital

A constituição dos pátios se dá devido à articulação na adição dos sólidos e não de subtrações (fig.18 – pág 92), configurando-os em espaços que permitem a iluminação natural das edificações e tornam-se áreas externas de uso dos pacientes. Destaca-se ainda, sobre a composição dos sólidos, a geometria demasiadamente simples do complexo original, contando com uma maioria de sólidos retangulares, sem significantes relações de planta e corte.



Fig. 18 – Adição dos sólidos e constituição dos pátios
 Fonte: elaborado pela autora, a partir de foto do arquivo Hospital

O projeto original possui simetria bem evidente (fig.19), quebrada apenas pela presença de um bloco de enfermaria a mais em sua porção direita. Porém, quando consideramos o todo construído atual, observamos que não há mais nenhum resquício de simetria.

A estrutura das edificações originais é autoportante, estruturada a partir da própria alvenaria de vedação, o que explica a considerável espessura das paredes. Já as demais edificações, resultantes das ampliações, apresentam estrutura convencional de vigas e pilares.



Fig. 19 – Eixo de simetria
 Fonte: elaborado pela autora, a partir de foto do arquivo Hospital

6.1.2 Organização atual e o processo da Reforma Psiquiátrica

O processo atual de internação se dá somente em caso extremos ou em situações de emergências. Desta forma, poucos pacientes chegam a Instituição por livre consentimento, pois, muitas vezes, são conduzidos por suas famílias devido às situações de surto, ou seja, contrários às suas vontades.

A internação inicia-se no setor de triagem do Hospital, onde os pacientes recém-chegados são recepcionados. A partir dos procedimentos iniciais de internação (consulta e medicação), o paciente é, então, encaminhado a uma enfermaria de curta permanência. Hoje, o Hospital conta com duas enfermarias masculinas (1ª e 2ª enfermarias), uma Unidade de Dependência Química para homens (UDQ) e uma enfermaria para mulheres (5ª enfermaria). A próxima alteração pela qual passará o Hospital é com relação à criação da Unidade de Dependência Química feminina, visto que, atualmente, mulheres com problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas (drogas ou álcool, por exemplo) e mulheres com demais doenças mentais ocupam a mesma enfermaria.

A partir de sua entrada no Hospital, o paciente permanece em média 27 dias sob tratamento, que é o tempo médio de internação de curta permanência.

Todo esse procedimento de internação ocorre dentro dos limites e enfermarias do Hospital. As demais enfermarias do Complexo constituem o Centro de Convivência. Essa divisão foi efetuada, junto com as demais reformas sofridas, a partir do processo de desinstitucionalização, sobretudo no ano de 1995 com o descredenciamento do Hospital a partir de sua primeira análise pelo Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH). Várias enfermarias foram reorganizadas e subdivididas em quartos menores, banheiros foram reformados, e as atividades de cunho terapêutico foram intensificadas. Não se sabe ao certo a partir de que ano foi destituído o sistema de um único refeitório central, subdivido apenas em refeitório masculino e outro feminino, e que atendia a todas as enfermarias do antigo hospital (todas as enfermarias deslocavam-se até este refeitório nos horários de refeições). Entretanto, constata-se que após sua desativação, e locação de refeitórios menores dentro de cada uma das enfermarias, sua área foi reutilizada para a adaptação de alguns espaços destinados a prática de atividades terapêuticas, voltadas, principalmente, ao atendimento de pacientes moradores da Instituição. Desta forma, o Complexo potencializou seu conjunto de atividades terapêuticas, um dos itens solicitados pela

ação da Reforma Psiquiátrica (como visto anteriormente no item 2.4.2 da revisão de literatura).

A cada ano o Complexo deve atingir uma redução de 40 leitos referentes às enfermarias de longa permanência, deslocando lentamente estes pacientes para as residências terapêuticas. O Complexo possui hoje, mesmo que não oficializadas¹⁴, três destas residências chamadas de Unidades de Gestão Participativa (UGP).

Ao final de todo o processo, o Hospital deverá configurar-se com apenas 160 leitos, ou seja, permanecerá com os leitos atualmente destinados ao atendimento de curta permanência.

No mapa abaixo se apresenta sua organização funcional atual, apontando, em destaque, os locais selecionados para o estudo.



Fig. 20 - Implantação atual do Complexo com a demarcação dos locais estudados.

Fonte: Wikimapia, 2007

¹⁴ As UGPs não são oficializadas enquanto residências terapêuticas porque possuem número de pacientes superior ao solicitado (número máximo 8 pacientes) e encontram-se dentro dos limites do Complexo.

6.2 Enfermarias e pátios

A seguir serão apresentados os resultados referentes às enfermarias e pátios analisados, reunidos segundo a seguinte divisão: estímulos do meio, funcionamento, percepção e comportamento. Após a explanação de cada grupo de resultados será elaborada uma discussão das informações obtidas, em cada um dos conjuntos de dados recolhidos, pelos diferentes métodos aplicados.

6.2.1 Estímulos do meio

Neste item são explicitados dados gerais e de organização espacial de cada enfermaria em conjunto com seu respectivo pátio interno, além das informações coletadas através das planilhas de avaliação do ambiente, apresentando informações reunidas das duas enfermarias e, posteriormente, dos dois pátios.

6.2.1.1 Dados gerais e organização espacial

Os dados gerais e de organização espacial permitem a compreensão da articulação dos ambientes das enfermarias e seus respectivos pátios, propiciando uma visão geral destes espaços. A seguir são apresentadas informações referentes a: 2ª enfermaria feminina e seu pátio interno e a 2ª enfermaria masculina, também, com seu pátio interno.

I - 2ª Enfermaria feminina e pátio

Esta enfermaria possui pacientes com idade superior a 50 anos, estando sob os cuidados do Complexo Psiquiátrico há mais de 15 anos, sendo a esquizofrenia a doença mental de maior ocorrência. A grande maioria de internadas não possui, ou nunca teve,

vínculos familiares, necessitando de cuidados psiquiátricos, não podendo retornar para suas antigas casas.

A edificação, que hoje comporta a 2ª enfermaria feminina, data sua construção do ano de 1941 (projeto original do Complexo) sofrendo posteriormente várias reformas. A mais recente delas foi em 1998, onde foram locadas divisórias, em alguns de seus setores, criando quartos separados de até dois leitos. Atualmente comporta 37 leitos, contando com uma ocupação de 33 pacientes. Possui uma enfermeira responsável e um quadro de 12 auxiliares/técnicos de enfermagem, dos quais, de acordo com a escala de trabalho, 4 permanecem durante o dia e 2 no período noturno. A enfermaria está organizada em três setores¹⁵ e a distribuição dos pacientes diz respeito a seu grau de dependência ou comportamento agitado (fig.21).

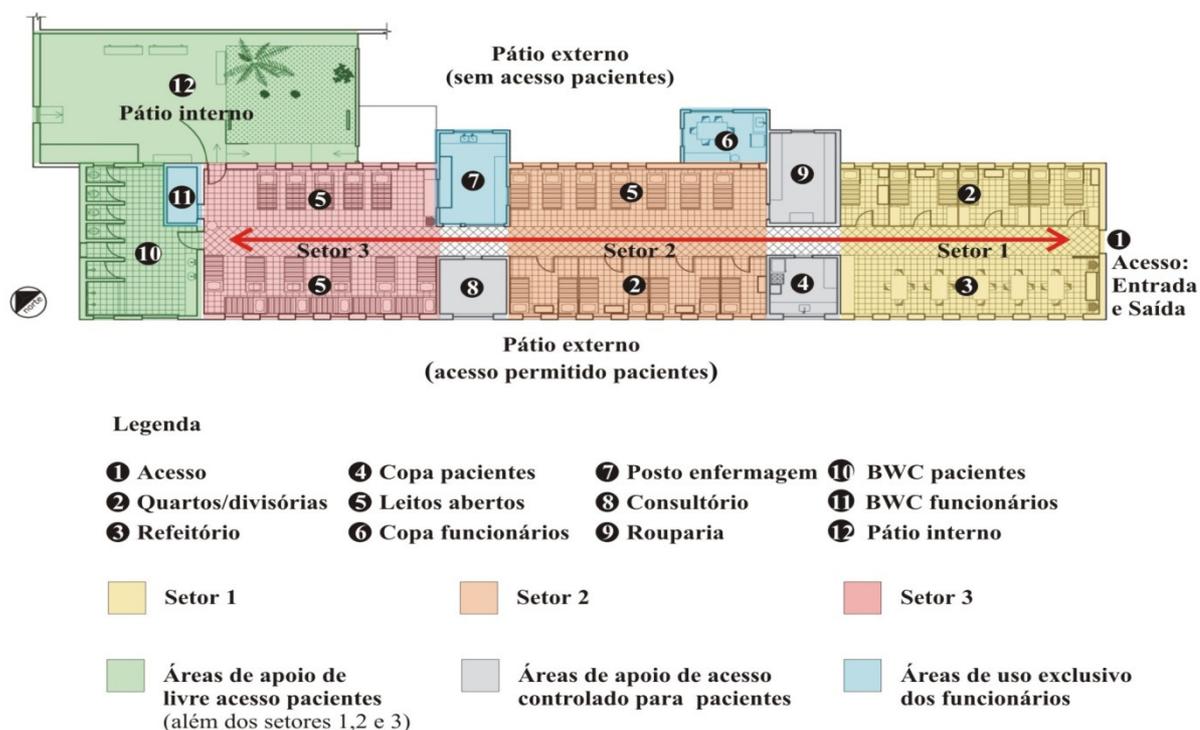


Fig.21- Planta baixa da 2ª enfermaria feminina e de seu pátio interno com zoneamento.

Fonte: elaborada pela autora

As pacientes que estão locadas nos quartos/divisórias, tanto no setor 1 (fig.22 – pág. 97) quanto em parte do setor 2, são as mais independentes e realizam as tarefas com maior autonomia, não necessitando de vigilância constante. As pacientes do setor 2, que ficam em leitos considerados abertos (fig.23 – pág. 97), ou seja, não foram recompartimentados em

¹⁵ A definição numérica dos setores foi designada pela autora para garantir um melhor entendimento da edificação, não correspondendo a nenhuma classificação por parte do Hospital.

quartos, são pacientes de comportamento por vezes agressivos e que precisam ser observadas com maior frequência.



Fig. 22 – Setor 1: refeitório e quartos divisórias (ao lado esquerdo da foto).
Fonte: autora



Fig. 23 – Setor 2: leitos abertos
Fonte: autora



Fig. 24 – Setor 3: leitos abertos
Fonte: autora

Já as pacientes do setor 3 (fig.24) também ficam em leitos abertos e são as mais dependentes, pois muitas estão acamadas e precisam de cuidados e uma vigilância maior. Este setor fica próximo tanto do posto de enfermagem, quanto do único banheiro existente para todo o bloco.

A enfermaria possui ainda um pequeno pátio de acesso exclusivo para seus pacientes, não sendo permitida sua utilização por parte de pacientes de outras enfermarias, localizado em uma de suas porções laterais.

Na planta baixa, anteriormente apresentada (fig.21 – pág.96), é possível, ainda, observar a divisão espacial das áreas de livre acesso para pacientes (banheiro para pacientes, pátio interno, além dos três setores mencionados), áreas de acesso controlado para pacientes (copa dos pacientes, rouparia e consultório) e áreas de acesso exclusivo aos funcionários (posto enfermagem, banheiro e copa para funcionários).

II - 2ª Enfermaria masculina e pátio

Nesta enfermaria o prazo de internação oscila entre 27 e 30 dias e as doenças mentais de maior ocorrência são a esquizofrenia e a bipolaridade. A edificação também faz parte do projeto original do Complexo (1941), passando por alterações e adaptações ao longo dos anos, sendo a principal delas a locação de divisórias (conforme também verificado anteriormente na 2ª enfermaria feminina), compartimentando os grandes pavilhões em quartos de até 3 leitos. A enfermaria comporta um total de 36 leitos possuindo, porém, no período da realização do

trabalho, 48 pacientes. Conta com um enfermeiro chefe e 11 auxiliares de enfermagem, dos quais diariamente 3 trabalham no período diurno e 2 no noturno.

A enfermaria está organizada internamente em 2 setores (fig.25), possuindo um pátio interno de uso exclusivo para pacientes desta enfermaria. Contém, ainda, uma área coberta com bancos fixos de concreto, servindo de espaço de transição entre o pátio e a enfermaria.

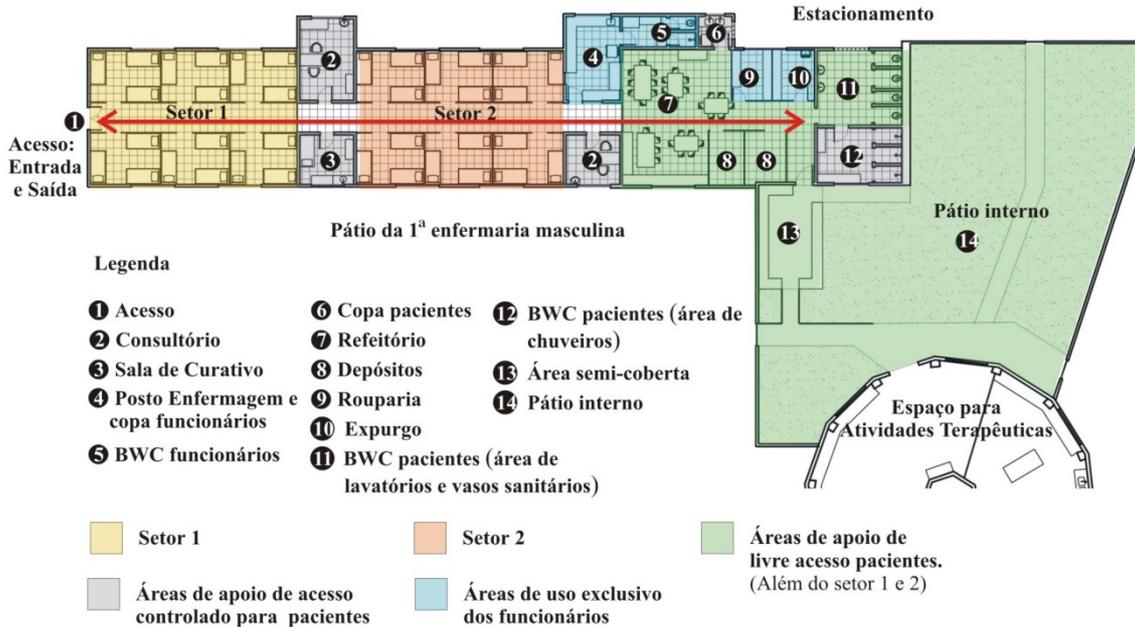


Fig. 25 – Planta baixa da 2ª enfermaria masculina e de seu pátio com zoneamento.
Fonte: elaborada pela autora

O setor 1 da enfermaria, onde localiza-se a entrada principal, conta com 6 quartos divisórias de até 3 pacientes em cada (fig.26). No setor 2 de mesma distribuição, permanecem os pacientes que necessitam de maior vigilância, como os recém chegados e/ou pacientes com algum tipo de risco de suicídio, devido proximidade com o posto de enfermagem (fig.27).



Fig. 26 – Setor 1 enfermaria masculina
Fonte: autora



Fig. 27 – Setor 2 enfermaria masculina
Fonte: autora

Destacam-se ainda outros espaços de apoio, e que estão apresentados na figura 25, segundo níveis de acesso por parte do paciente:

a) livre acesso por parte dos pacientes: além dos dois setores apresentados e do pátio interno, destaca-se a área do refeitório, banheiro para pacientes e depósitos¹⁶.

b) acesso controlado para pacientes: consultórios, sala de curativo e área do banheiro onde estão locados os chuveiros;

c) acesso exclusivo dos funcionários: posto de enfermagem, banheiro para funcionários, rouparia e expurgo (local onde são armazenados os produtos de limpeza e apoio para os serviços gerais).

6.2.1.2 Enfermarias

A **configuração espacial** das duas edificações é basicamente linear, sendo possível observar a configuração das grandes áreas retangulares (setores) para locação dos leitos (ver fig. 21 – pág.96 e fig. 25 – pág.98). Em ambas as enfermarias pode-se ainda destacar a concentração de ambientes de apoio importantes (refeitório, banheiros e acesso pátio interno, por exemplo) em pontos extremos das edificações, o que ocasionam longos trajetos a serem percorridos, para a realização de atividades rotineiras. Porém, a locação do posto de enfermagem, de forma não equidistante a todos os setores onde estão localizados os leitos, possibilita a distribuição dos pacientes por grau de dependência ou necessidade de vigilância maior, reservando uma área para uma parcela de pacientes que não precisam ser constantemente vigiados.

A configuração dos refeitórios também se torna problemática em ambas as enfermarias. Na enfermaria feminina, sua locação junto à área destinada aos quartos, prejudica os pacientes destes leitos, quando necessitam de repouso, pois como as divisórias são baixas, com relação ao forro (pé-direito: 3,45m e altura divisórias: 2,10m), todo o barulho e movimentação pode ser ouvido de dentro dos quartos (fig. 28 – pág. 100).

¹⁶ Os dois depósitos não possuem portas e são locais onde ficam guardadas cadeiras de roda e as mesas e cadeiras plásticas do refeitório.



Fig. 28 – Refeitório e quartos em um mesmo setor da enfermaria feminina (setor1).
Fonte: autora

Outro problema está relacionado ao espaço de estar configurar-se no mesmo local do refeitório. Na enfermaria feminina as pacientes têm de sentar nas cadeiras das mesas de refeição para assistir televisão ou conversarem. Já na enfermaria masculina o espaço destinado às refeições é retirado (mesas e cadeiras de plástico), restando alguns bancos de madeira para os pacientes que preferem assistir a televisão, dando lugar a um ambiente de estar (fig.29).



Fig.29– Refeitório da enfermaria masculina, já com mobiliário para refeições retirado, configurado no ambiente de estar.
Fonte: autora

Destaca-se que deveriam existir espaços próprios para cada atividade (estar e refeitório), não ocasionando mais conflitos e transtornos.

Outros problemas, específicos de cada enfermaria, também são evidenciados:

a) falta de uma copa para funcionários da enfermaria masculina, atualmente locada dentro do posto de enfermagem, não possibilitando a configuração da área de escape necessária (área de descanso dos funcionários);

b) problemas de posicionamento espacial, evidentes na constituição da enfermaria feminina, como a locação da rouparia muito afastada do banheiro e principalmente do posicionamento da copa e do banheiro para funcionários em lugares separados do posto de enfermagem, estando cada um totalmente desvinculado do outro (fig. 21, pág.96).

Com relação às **dimensões dos ambientes**, observa-se a configuração do projeto original, em ambas as enfermarias, dos chamados pavilhões (aqui designados como setores), com pé-direito alto (3,45m), onde eram dispostos pacientes em beliches, no maior número possível. Hoje, quase todos estes setores (com exceção do setor 3 e de parte do setor 2 da enfermaria feminina) estão divididos por meio do emprego de divisórias baixas (altura: 2,10m), constituindo-se em pequenos quartos para 1 e 2 pacientes na enfermaria feminina (fig. 30) e 3 pacientes na enfermaria masculina (fig.31). Esta divisão em ambientes menores procurou dar mais escala ao ambiente e uma relativa privacidade aos usuários, visto que as divisórias possibilitam o bloqueio visual, mas não sonoro.

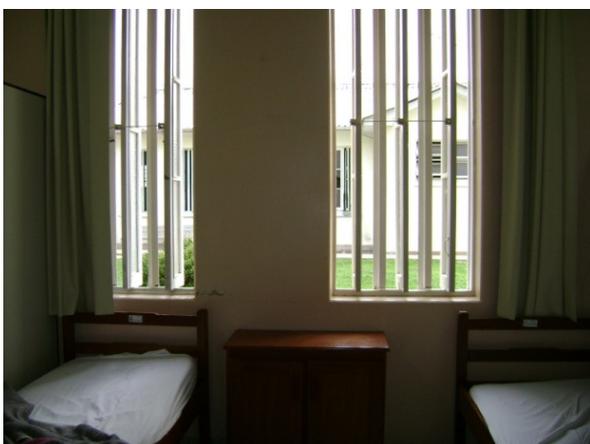


Fig. 30 – Quarto de 2 pacientes da enfermaria feminina.
Fonte: autora



Fig.31 – Quarto de 3 pacientes da enfermaria masculina.
Fonte: autora

Segundo os parâmetros estabelecidos pela Resolução – RDC nº 50 de 21 de fevereiro de 2002¹⁷ e pela Portaria Nº 1884 /GM em 11 de novembro de 1994¹⁸ o número máximo de leitos por quartos é de até 6 pacientes. Desta forma, tanto parte do setor 2, quanto o setor 3 da

¹⁷ Esta Resolução é determinada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária e dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

¹⁸ Esta Portaria designa os parâmetros das normas específicas referentes à área de engenharia, arquitetura e vigilância sanitária.

enfermaria feminina estariam fora das exigências, pois possuem respectivamente 7 e 16 leitos considerados abertos, ou seja, em um único ambiente. Com relação aos quartos da enfermaria feminina, estes possuem uma área média de 6,3m², quando para 1 leito, e 9,5m², quando para 2 leitos, sendo que, considerando a metragem exigida pelas normas, estes quartos deveriam ter um mínimo, respectivamente, de 10m² e 14m². Já os quartos da enfermaria masculina possuem 3 leitos e aproximadamente 11,85m² cada um, sendo que pela norma deveriam apresentar 18m² (ver quadro 7).

Ambiente		Dimensão existente no local	Dimensão mínima exigida pela norma RDC - 50	
Enfermaria feminina	Quarto 1 leito	6,3m ²	10m ²	✗
	Quarto 2 leitos	9,5m ²	14m ²	✗
	Refeitório	55,25m ²	44,4m ² (1,2m ² p/ leito)	✓
Enfermaria masculina	Quarto 3 leitos	11,85m ²	18m ² (3 m ² p/ leito)	✗
	Refeitório	44,86m ²	43,2 m ² (1,2m ² p/ leito)	✓

Quadro 7 – Comparativo das dimensões existentes dos ambientes e Norma RDC-50.

Fonte: elaborado pela autora com base na RDC-50.

Ressalta-se que, em algumas situações, a norma parece estabelecer parâmetros não muito confortáveis, como no caso dos refeitórios. Ambos estão com suas medidas dentro das exigências das normas, porém não desempenham de maneira satisfatória suas funções. Na enfermaria masculina o refeitório deve ter, pela norma, 43,2m² (1,2m² por leito) e possui no local 44,86 m². Já a enfermaria feminina possui refeitório com 55,25m² devendo apresentar pela norma 44,4m². Em ambos os casos, observa-se que, mesmo possuindo áreas conforme a norma, não há espaço para que todos os pacientes possam fazer suas refeições em conjunto, tornando as circulações estreitas e conflituosas.

A **circulação** principal de ambas as enfermarias é central-longitudinal, atravessando toda a edificação. Na enfermaria feminina a circulação possui dimensões satisfatórias (1,58m), acima do solicitado pela norma (1,20m), sendo ainda demarcada pela colocação da cerâmica de forma diferenciada, com paginação em ângulo de 45° (fig. 32 – pág. 103). Porém, na enfermaria masculina o corredor principal (comprimento: 30,55m), visto constituir-se com mais de 11m de comprimento, deveria possuir 2 m de largura ao invés dos 1,70m existentes no local.



Fig. 32 – Circulação central da enfermaria feminina.
Fonte: autora



Fig. 33 – Rachadura e cor da parede em azul muito pálido, utilizada na enfermaria masculina.
Fonte: autora



Fig. 34 – Forro da enfermaria feminina: em madeira pintada de branco, apresentado sinais de infiltração e mofo.
Fonte: autora

O último item, relacionado às informações espaciais, diz respeito aos **materiais de acabamento** (piso, teto e paredes). Neste sentido, as duas enfermarias são muito semelhantes. Ambas possuem piso cerâmico na cor clara, porém os pisos não são antiderrapantes, podendo ocasionar acidentes.

As paredes apresentam-se com muitas rachaduras (fig.33), manchas e com pinturas desgastadas em cores claras e muito apagadas (rosa para enfermaria feminina e azul para masculina, além da cor bege aplicada as divisórias).

Este fato dificulta o contraste entre o piso e as paredes/divisórias (fig. 32), não dando destaque à linha de divisão entre os planos horizontal e vertical, importante para o deslocamento de pessoas com baixa visão, idosos e pacientes que estejam com algum tipo de problema relacionado ao seu sentido de orientação ou nitidez na visão, em decorrência da idade ou mesmo dos efeitos dos medicamentos. Ressalta-se, ainda, que as paredes não possuem o arredondamento dos cantos (rodapés), também exigidos pela norma e que facilitam a limpeza, nem cantoneiras para evitar as danificações do reboco nas quinas e garantir a segurança em caso de acidentes.

Com relação ao forro dos ambientes, este se apresenta na cor branca, em ambas as enfermarias, o que facilita a iluminação dos espaços, refletindo a luminosidade. Porém, na enfermaria feminina este se encontra em péssimas condições, muito amarelado e com manchas de infiltrações e mofo (fig.34).

O modelo das **aberturas** é muito diferente entre as duas enfermarias. A enfermaria feminina possui as janelas ainda do projeto original, possuindo esquadria em madeira, pintada de branco, estreitas e altas possuindo dimensões de 0,84m x 2m (largura x altura) e com peitoril baixo (0,95m), possibilitando o contato visual com o exterior. O sistema de abertura com três lâminas basculantes, cada uma com um eixo central/ vertical de giro, impossibilita a saída ou entrada na enfermaria por meio das janelas, intensificando o controle do ambiente por parte dos funcionários. Já o controle de ventilação se dá pelo simples sistema de abertura e fechamento com o giro das três lâminas verticais, porém, o controle de iluminação não é possibilitado. Existem apenas cortinas nas janelas dos quartos/divisórias, servindo, na verdade, mais de bloqueio de contato visual com o exterior do que lumínico, já que as divisórias são baixas com relação ao teto, possibilitando que a iluminação proveniente das janelas sem cortinas entre nestes quartos (fig.35).

Como o controle e vigilância são muito mais rígidos no caso da enfermaria masculina de curta permanência, devido às constantes tentativas de fuga, este tipo de abertura foi substituído por outro modelo. Desta forma, foi necessária a locação de esquadrias com peitoril alto (1,90m), acarretando na diminuição da área de ventilação, iluminação e impossibilitando o contato visual com o exterior (fig. 36).



Fig. 35 – Esquadria enfermaria feminina.
Fonte: autora

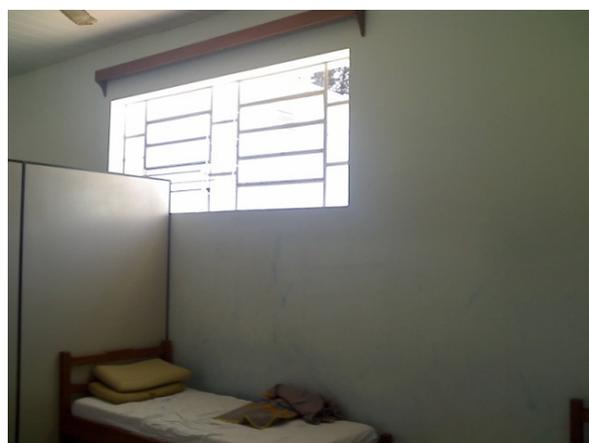


Fig. 36– Esquadria enfermaria masculina apresenta peitoril alto.
Fonte: autora

As esquadrias da enfermaria masculina possuem dimensões de 2,50m x 1,00m (larg.x alt) e constituem-se de alumínio com sistema central de seis basculantes e caixilhos fixos ao redor.

Como as duas edificações das enfermarias estão situadas no terreno com a mesma inclinação em relação ao norte, ambas as esquadrias estão posicionadas nas fachadas nordeste e sudoeste, possibilitando o sol da manhã e o sol da tarde, porém não com fortes intensidades.

Com relação ao **mobiliário e equipamentos** pode-se dizer que estes se apresentam insuficientes e pouco variados. Nos quartos da enfermaria masculina encontram-se somente camas de madeira e são observados muitos colchões dispostos no chão, o que reflete na falta de leitos e superlotação da enfermaria. Na enfermaria feminina, devido seu caráter de longa permanência, os quartos são equipados com guarda-roupas e cômodas, todos em madeira e variando tons claros e escuros.

A disposição e distância entre leitos e paredes são, também, regulamentados pela RDC-50 e quando comparamos a situação existente nas duas enfermarias a esta norma, alguns problemas de layout foram detectados:

Ambiente		Distâncias existentes no local		Dimensão mínima exigida pela norma RDC-50		
Enfermaria masculina	setor 1 e setor 2	Distância entre leitos paralelos:	1,15m	1m	✓	
		Distância entre leito e paredes:	- cabeceira = inexistente	- cabeceira = inexistente	✓	
			- pé do leito = 1,00 m	- pé do leito = 1,2 m	✗	
			- lateral = inexistente	- lateral = 0,5m	✗	
Enfermaria feminina	setor 1 e parte do setor 2 referente aos quartos/divisórias	Distância entre leitos paralelos:	Média: 1,30m	1m	✓	
		Distância entre leito e paredes:	- cabeceira = inexistente	- cabeceira = inexistente	✓	
			- pé do leito = 1,07 m	- pé do leito = 1,2 m	✗	
			- lateral = inexistente	- lateral = 0,5m	✗	
	parte do setor 2 referente aos leitos abertos	Distância entre leitos paralelos:	Média: 0,60m	1m	✗	
		Distância entre leito e paredes:	- cabeceira = 0,20m;	- cabeceira = inexistente	✗	
			- pé do leito = -----	- pé do leito = 1,2 m	-	
			- lateral = inexistente	- lateral = 0,5m	✗	
		Setor 3	Distância entre leitos paralelos:	entre 0,40 – 0,88m	1m	✗
			Distância entre leito e paredes:	- cabeceira = 0,20m;	- cabeceira = inexistente	✗
- pé do leito = -----	- pé do leito = 1,2 m			-		
		- lateral = algumas são inexistentes.	- lateral = 0,5m	✗		

Quadro 8 - Comparativo distâncias existentes entre leitos/paredes e Norma RDC-50.

Fonte: elaborado pela autora com base na RDC-50.

Nos quartos da enfermaria masculina as camas não possuem a distância mínima de pé do leito, ou seja, a distância do pé do leito até a parede, exigida pela norma (1,20m) e nem a distância mínima lateral até a parede (0,50m). Este último fato ocorre em praticamente todos

os quartos das duas enfermarias, pois as camas apresentam sempre uma de suas laterais encostadas nas paredes. Já na enfermaria feminina o problema constitui-se muito mais grave: a distância entre leitos paralelos no setor 2, referente à parte destinada à locação de leitos abertos, e no setor 3, também está abaixo do permitido (1m). No entanto, o setor 3 apresenta situação ainda pior, pois possui arranjos espaciais considerados absurdos.

A norma não considera distâncias entre leitos a não ser a paralela. Desta forma, permite arranjos como mostrado abaixo (fig.37), em que leitos ativos apresentam-se em posição perpendicular a outros, quase que totalmente circundados, ou seja, ilhados por leitos ao seu redor, dificultando seu acesso.

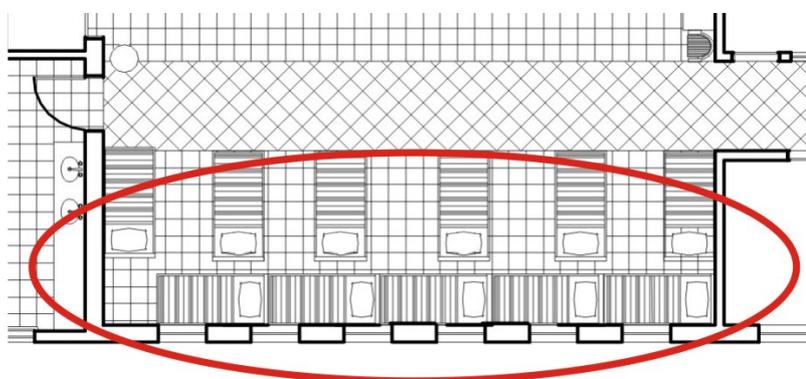


Fig.37– Setor 3 da enfermaria feminina: leitos com todas as faces tangenciadas.
Fonte: elaborado pela autora

Ainda com relação aos mobiliários, destaca-se que em ambos os refeitórios são utilizadas principalmente mesas e cadeiras de plástico brancas, leves e que possibilitam fácil limpeza e manuseio. O fator fácil manuseio é considerado importante, visto a atual necessidade de rearranjos espaciais em ambas as enfermarias.

No caso da enfermaria feminina algumas das cadeiras são muitas vezes relocadas para junto das paredes, quando não estão sendo usadas para as refeições, possibilitando um arranjo diferenciado, visto que a enfermaria não possui um espaço de estar propriamente dito. Já no caso da enfermaria masculina, onde existe ainda a necessidade de mudança constante do layout entre cada refeição, sendo efetuada a montagem e desmontagem da disposição dos móveis do refeitório, o fácil manuseio do mobiliário torna-se ainda mais importante. Ambos os espaços possuem também um aparelho de televisão (figs. 38 e 39 – pág. 107), porém somente a enfermaria masculina apresenta bancos de madeira permanentes no local de estar.



Fig. 38 – Móvel da televisão e do equipamento de som localizados no refeitório da enfermaria feminina.
Fonte: autora



Fig. 39 – Área de estar e refeitório onde está localizada a televisão da enfermaria masculina (bancos estão na parede oposta a TV).
Fonte: autora

As análises relativas ao **conforto acústico, térmico e lumínico** foram aqui realizadas de forma expedita, pois não se constituíam no objetivo principal do trabalho, sendo necessária uma análise mais profunda, com a realização de medições precisas, muitas vezes em vários períodos do ano.

Com relação ao conforto acústico destaca-se a não existência de isolamento sonoro nas duas edificações. Neste sentido, observando-se que são eventuais as ocorrências de sons provenientes do ambiente externo, exceto quando da agitação de algum paciente, este fator não se apresenta comprometedor. Porém, os sons internos, provenientes dos próprios pacientes, é que acabam por causar incômodos aos demais que se encontram em repouso. O ambiente amplo, com divisões dos leitos por divisórias simples, que não vão até o teto, impossibilita o isolamento destes barulhos. Ressalta-se ainda que não é interessante obter isolamento acústico demasiado. Os funcionários devem poder escutar quando ocorrem problemas ou ataques que muitas vezes acontecem entre pacientes, e estarem atentos a agir. Desta forma, é importante a setorização dos pacientes, devido ao comportamento e necessidades diferentes de vigilância, garantindo maior sossego aos que não necessitam controle constante.

Com relação ao conforto térmico, visto anteriormente o posicionamento de aberturas em fachadas de insolação moderada (nordeste e sudoeste), proporciona a possibilidade de temperaturas internas amenas no verão, nas duas enfermarias. Porém, o sistema de ventilação cruzada, observado no projeto original pela locação de aberturas ao longo de paredes opostas, foi prejudicado após a locação de divisórias, dificultando a circulação de ar dentro do ambiente. Este fato torna-se ainda mais grave na enfermaria masculina onde os vãos para

circulação são bem menores devido ao modelo diferente da esquadria. Ressalta-se também a falta de manutenção dos ventiladores de teto, que poderiam auxiliar nesta função, mas muito se encontram fora de funcionamento. Destaca-se ainda que não foi possível a realização das observações das questões térmicas durante o inverno, visto que a pesquisa de campo foi realizada entre os meses de outubro a janeiro¹⁹.

Devido às diferenças nos modelos de aberturas empregados em cada enfermaria, a iluminação natural dos ambientes ocorre de forma diferenciada. Na enfermaria feminina, além de possuir aberturas em maior quantidade e modelo que propicia uma maior iluminação, também conta com espaços onde em um mesmo setor não há o emprego de divisórias dos dois lados, o que intensifica ainda mais a entrada da luz natural, junto à circulação principal. Já a enfermaria masculina, além de contar com modelo de esquadria em que a iluminação natural é pouco explorada, fato também agravado por seu peitoril alto e número reduzido com relação ao tamanho do ambiente, conta com setores onde as divisórias apresentam-se dos dois lados da enfermaria, conformando uma situação de penumbra no corredor central e necessitando durante o dia acionar as lâmpadas.

A iluminação artificial nas duas enfermarias é posicionada da mesma forma, apresentando também mesmo modelo de luminárias. Cada setor possui uma luminária pontual no teto, localizada bem ao centro da circulação principal, e dois conjuntos de três lâmpadas fluorescentes, distribuídos em cima dos leitos, um conjunto de cada lado. Por se constituir originalmente em um único ambiente, o acendimento é realizado pelo conjunto de lâmpadas, contendo cada setor três acendimentos, segundo descrito anteriormente. Desta forma, o auxiliar deve, durante um atendimento noturno, acionar todas as lâmpadas pertencentes ao conjunto, acordando desnecessariamente os demais pacientes que estejam dormindo. Além disso, devido ao pé-direito alto da edificação, a iluminação artificial perde sua atuação efetiva direta.

Com relação às informações relativas à **segurança**, ressalta-se que os pisos internos das enfermarias constituem-se de cerâmicas não antiderrapantes, podendo ocasionar escorregões e riscos de demais acidentes. Na enfermaria feminina foram ainda observadas questões relativas ao sentido de abertura das portas dos quartos. As portas abrem-se para o interior dos ambientes, constituindo-se como fator preocupante, pois, em uma situação de risco ou desmaio, o paciente pode vir a obstruir sua abertura. O correto é a utilização de portas

¹⁹ Observa-se que este item poderá ser melhor avaliado pelos próprios funcionários, que passam as várias estações do ano trabalhando nestes locais, em entrevista estruturada posteriormente apresentada.

com abertura para os dois sentidos, ou pelo menos para o lado de fora. Este fato não é contemplado na enfermaria masculina, pois lá os quartos não possuem portas.

Outras questões foram levantadas com relação às superfícies que apresentam riscos aos pacientes, como os perfis metálicos de algumas divisórias que estão com sua estabilidade comprometida, podendo ser facilmente arrancados, além de apresentarem muita ferrugem nas proximidades com o chão.

Já para o levantamento das condições de **acessibilidade** espacial das enfermarias e pátios ressalta-se a necessidade de um estudo muito mais aprofundado e conciso. Porém, não sendo este o principal objetivo do trabalho, foram somente levantadas algumas colocações consideradas importantes acerca desta temática.

Observa-se que questões ligadas ao acesso e uso por parte dos cadeirantes são as tentativas de modificações mais freqüentes efetuadas. Em geral as larguras de portas e circulações estão adequadas e a maioria dos desníveis foram vencidos pela colocação de rampas, porém todas apresentam inclinações inadequadas.

Banheiros adaptados são inexistentes, contando a enfermaria feminina com algumas barras de apoio nas cabines dos vasos sanitários e na área do boxe do chuveiro (fig.40).



Fig. 40 – Barras de apoio junto ao boxe do banheiro feminino.
Fonte: autora

Destaca-se a necessidade de pelo menos um banheiro adaptado em cada enfermaria, e a colocação de barras nos boxes dos chuveiros da enfermaria masculina, para que os pacientes que se sintam enfraquecidos e debilitados, em decorrência da medicação, possam ter pontos de apoio. Ressalta-se também a necessidade de barras de apoio ao longo das circulações principais, em ambas as enfermarias, podendo ser colocadas em trechos fixos das divisórias, auxiliando o deslocamento de pacientes idosos, com restrições visuais e demais

pacientes que estejam sofrendo com tonturas e anormalidades na visão, em decorrência dos medicamentos.

Com relação às formas de **controle do ambiente** observa-se que são difíceis de serem encontradas em espaços como estes, onde os pacientes apresentam-se na condição de controlados e vigiados por parte dos funcionários.

A ventilação pode ser regulada pelos pacientes, junto aos mecanismos de controle das esquadrias. Destaca-se, porém, o acesso dificultoso deste mecanismo nas enfermarias masculinas, onde as aberturas encontram-se altas. A iluminação natural é parcialmente possível de ser controlada na enfermaria feminina, onde existem cortinas somente nos quartos. Mesmo assim, pelo fato das janelas serem altas e as divisórias baixas a luz pode entrar no ambiente pela janela do quarto vizinho. Em ambas as enfermarias, a iluminação artificial também não possibilita o controle, visto que seus acendimentos acontecem em conjunto para vários quartos, devendo acender a luz de todos os leitos, localizados no mesmo lado de um setor, para que a luz de um quarto seja acesa.

Equipamentos eletrônicos, como televisão e aparelho de som, também só podem ser utilizados com a permissão do posto de enfermagem.

Na enfermaria feminina a alteração de layout do refeitório para a conformação do estar pode ser considerado como uma forma de controle do arranjo espacial daquele ambiente. Já a alteração de layout no refeitório masculino, por ser determinada pelos funcionários, não se constitui de uma ação espontânea dos pacientes, não sendo aqui considerada como uma forma de controle do ambiente.

Com relação às informações levantadas acerca do **suporte social**, aponta-se que, em ambas as enfermarias, os espaços considerados como ambientes que podem vir a proporcionar a interação entre os pacientes são os refeitórios/salas de estar.

Os refeitórios possibilitam a interação entre os pacientes que estão sentados na mesma mesa, durante o período de realização das refeições. A idéia de que as mesas são utilizadas somente para as refeições é tão forte que na enfermaria feminina, onde o layout do refeitório é constante, ocorre uma pequena reformulação espacial para o ambiente de estar. Já no refeitório masculino, além de poder proporcionar perigos em situações de surto, por uma questão de falta de espaço para circulação, o mobiliário é retirado e guardado a cada refeição. Nestes intervalos permanecem alguns bancos de madeira encostados nas paredes, mas que possuem disposição voltada para assistir a televisão, que se encontra no alto da parede oposta. Além disso, as constantes alterações de layout dificultam sua composição estável e

contribuindo para a falta de harmonia do ambiente. Desta forma, ambos os espaços das duas enfermarias são considerados sociofugais, ou seja, não auxiliam na interação dos pacientes.

Com relação aos itens relativos às **distrações positivas**, dentro das enfermarias, pode-se destacar sua existência como praticamente nula. Foi observado somente o uso de televisores e de aparelhos de som como formas de distração levantadas.

6.2.1.3 Pátios

A **configuração espacial** é diferente para cada pátio interno analisado. Na enfermaria feminina o pátio é retangular, com área pavimentada bem distinta da área de grama, possuindo como limites muros e as próprias paredes das 1ª e 2ª enfermarias femininas (fig.41).



Fig. 41 – Pátio interno enfermaria feminina.
Fonte: autora



Fig.42 – Área mais reservada do pátio interno da enfermaria masculina.
Fonte: autora

Este fato permite o contato direto, principalmente através das janelas, com outros pacientes. Já a enfermaria masculina possui configuração em “L” destacando a conformação de uma área um pouco mais reservada, ou seja, fora do contato visual direto dos funcionários (fig.42).

O pátio masculino constitui-se na maioria por espaço gramado, possuindo também uma área coberta retangular, junto à porta de acesso a enfermaria. Seus muros não possibilitam contato com outras áreas, ligando-se, porém, com o espaço para atividades terapêuticas, utilizado pelos próprios pacientes, e cujo acesso tangencia o pátio.

Com relação às **dimensões** mínimas de cada pátio, não existe a conformação de parâmetros, porém observa-se que na enfermaria feminina suas proporções são muito reduzidas, constituindo-se em apenas 2,5m² por leito. Talvez este fato aconteça em decorrência de que as pacientes podem também usar outro pátio maior, externo aos limites da enfermaria. Já o pátio da enfermaria masculina apresenta dimensões com cerca de 9,25m² por leito, conformando uma área total de 333 m², e que, ainda assim, considera-se de tamanho restrito em relação ao número de pacientes que comporta. Ressalta-se que quanto maior o espaço disponível para os pátios, maiores são as opções para criação de ambientes diferenciados e conseqüentemente distrações positivas para os pacientes.

No pátio feminino não são observadas demarcações de **circulações** específicas, visto configurar-se em um todo pavimentado. Já no pátio masculino, circulações levam ao espaço terapêutico e a três outros portões existentes, que permanecem constantemente fechados, não havendo uma preocupação com a conformação de um desenho para o pátio, muito menos para a locação de caminhos (fig.43).



Fig. 43 – Caminhos no pátio da enfermaria masculina levam a portões raramente utilizados e muros recebem tentativa de criação de um mural.
Fonte: autora



Fig. 44 – Irregularidades e acúmulo de limo em área molhadas do pátio masculino.
Fonte: autora

Com relação aos **materiais de acabamento**, aponta-se a situação precária do piso cimentado, em ambas as enfermarias, e que em algumas regiões mais úmidas, onde ocorre o acúmulo de água, apresenta-se coberto com limo, musgos, além de irregularidades (fig.44). O único estímulo por meio do emprego de textura pode ser observado no piso de grama verde que constitui a maior parte do pátio masculino e metade do pátio feminino, sendo todos os demais elementos muito rígidos e pálidos.

Problemas com os muros dos pátios também são observados devido à pintura muito descascada e com infiltrações. Destaca-se, no entanto, a tentativa de se criar um mural, em um dos muros da enfermaria masculina, com pinturas dos próprios pacientes, buscando dar um pouco de colorido ao local (fig.43 – pág. 112).

Quanto ao **mobiliário** empregado nos pátios internos, ressalta-se que na enfermaria feminina este é composto por poucos bancos, com modelo que possibilita o encosto, porém, constituindo-se de concreto, ou seja, material considerado desconfortável, tornando-se muito quente ou muito frio dependendo do clima. Já o pátio interno da enfermaria masculina não possui nenhum mobiliário, destacando-se, no entanto, a presença de uma área coberta, constituída por bancos também em concreto. Informações acerca dos layouts destes espaços serão efetuadas posteriormente nas informações referentes ao suporte social.

Nas informações relativas ao item **segurança**, ressalta-se que os dois pátios, por serem constituídos por pisos cimentados, apresentam pontos preocupantes devido a acúmulo de água e irregularidades na pavimentação. Neste sentido, destacam-se também as grades do pátio feminino, que estão arrebentadas, apresentando arames soltos e constituindo condições de risco.

As questões referentes à **acessibilidade** destes locais apontam tentativas de soluções efetuadas com relação ao acesso e uso por parte dos cadeirantes. Em geral, a maioria dos desníveis foi vencida pela colocação de rampas, porém todas apresentam inclinações inadequadas (fig. 45).



Fig. 45 – Rampa de acesso pátio interno feminino.
Fonte: autora

O **suporte social**, com relação aos pátios, está diretamente relacionado à sua capacidade de possibilitar algumas áreas de integração dos pacientes. Neste sentido, observa-

se que a escassez ou inexistência de mobiliários e equipamentos dificulta a ação social destes ambientes. No pátio feminino, por exemplo, existem apenas quatro bancos dispostos de forma a não encorajar a interação, em situações por vezes muito afastadas para uma conversa ou em disposições ombro a ombro, caracterizando-se como um espaço sociofugal (fig.46). Já o pátio masculino não possui nenhum equipamento, restando aos pacientes sentarem-se no chão ou encostarem-se nos muros. Porém, ressalta-se a existência de um espaço coberto, tipo varanda, com assentos de concreto fixos, em disposição côncava, conformando um espaço de interação muito utilizado pelos pacientes e destacado com um forte ambiente sociopetal (fig.47).



Fig. 46– Pátio interno feminino: espaço sociofugal.
Fonte: elabora pela autora



Fig. 47 – Espaço coberto do pátio interno masculino: espaço sociopetal.
Fonte: elabora pela autora

Nos itens referentes às **distrações positivas** ressalta-se o emprego da vegetação sem qualquer tipo de critério. Em ambos os pátios são utilizadas porções gramadas, sem vegetação ou arborização (existe somente um coqueiro no pátio feminino).

Os visuais dos pátios são, em sua maioria, restritos aos muros que os limitam, com exceção do pátio feminino que possui visualização para a capela e para o pátio externo do hospital.

O espaço coberto do pátio masculino foi aqui considerado como uma distração positiva, visto tratar-se do único espaço de estar do pátio (fig.48 - pág. 115). Junto a este ambiente, destaca-se um muro, pintado pelos próprios pacientes, como uma tentativa de também elaborar distrações positivas. Porém, os desenhos são, na sua maioria, de conteúdo abstrato (fig.49 - pág. 115) e utilizam cores predominantemente quentes, como o vermelho e o roxo. Segundo referencial teórico, anteriormente apresentado, desenhos abstratos podem vir a trazer sensações maiores de desconforto e insegurança para os pacientes, diferente de imagens

figurativas positivas, por exemplo. Desta forma, talvez, trabalhos deste tipo pudessem ser realizados, em quadros ou elementos não tão permanentes, como no caso dos muros. Os desenhos aparentam certa desordem e, até mesmo, uma grande confusão mental acerca de seu significado.



Fig. 48 – Espaço coberto do pátio masculino e, ao fundo, mural pintado pelos pacientes.
Fonte: autora



Fig. 49 – Detalhe de uma das pinturas do mural.
Fonte: autora

6.2.2 Funcionamento

As questões relativas ao funcionamento dos espaços serão a seguir apresentadas, sendo agrupados, em forma de tópicos, temas semelhantes referentes às perguntas realizadas. São eles: Rotina diária e tarefas realizadas; Diferentes necessidades x doença mental e autonomia; Ambientes; Mobiliário e Acessibilidade.

I - Rotina diária e tarefas realizadas

Notou-se que há diferença de compreensão da tarefa prescrita²⁰, em relação à tarefa realizada, por parte dos auxiliares. Quando os entrevistados descreveram as tarefas, da forma como as realizavam, observou-se que nem todos citavam as etapas corretamente, esquecendo atividades.

Em geral, a rotina das duas enfermarias é muito semelhante:

²⁰ É o aspecto formal e oficial do trabalho, fixados pela organização para os funcionários, isto é, um conjunto de procedimento estipulados, que devem ser seguidos para um bom desempenho das tarefas.

- a) horário para acordar (07:00hs);
- b) café da manhã seguido de medicação (07:30hs);
- c) arrumação das camas e banho;
- d) encaminhamento para atividades terapêuticas (recreação - com pequenos jogos, brincadeiras, roda de chimarrão, dança e alongamentos – trabalhos manuais – bordados, costuras, cerâmica, pintura e demais atividades como cultivo na horta);
- e) almoço (11:00 -11:30hs) seguido de repouso;
- f) medicação e café da tarde (14:00hs);
- g) novo encaminhamento para atividades terapêuticas;
- h) janta (17:00hs);
- i) medicação e preparação para dormir (20:00hs)

Existem, porém, algumas questões peculiares a rotina de cada enfermaria devido às seguintes diferenças:

a) ao tipo de tratamento (curta e longa permanência): os pacientes internados na enfermaria de curta permanência passam por consultas quase que diariamente (8:30 – 11:00hs); já para as pacientes de longa permanência as consultas são bem menos frequentes, visto que possuem medicação prescrita continuada;

b) a idade dos pacientes: as pacientes de longa permanência necessitam maiores cuidados com relação às atividades básicas de higiene pessoal como banho, troca de fraldas e, até mesmo, mudança de decúbito²¹, pois se constituem na sua maioria de idosas.

c) as diferenças entre sexo: quando encaminhados para atividades terapêuticas os pacientes do sexo masculino direcionam-se a atividades como horta, roda de chimarrão enquanto as pacientes preferem fazer trabalhos manuais como bordados e costuras. Outra atividade, voltada mais às pacientes consideradas moradoras, é a chamada “escolinha”, onde as pacientes têm a oportunidade de alfabetização, com o auxílio de pedagogos. Porém, são poucas as que participam destas atividades: alguns por não terem interesse e outras por não conseguirem acompanhar a turma devido à própria ação dos medicamentos.

Quando perguntados pelas atividades que desenvolvem, a explicação dos funcionários é unânime, destacando que todo trabalho é realizado em equipe, não havendo determinações de atividades específicas para cada um. Alguns salientaram que, além de todas essas atividades, apresentam-se como companheiros das pacientes, brincando e conversando, estabelecendo um vínculo de aproximação.

²¹ Decúbito: mudança na posição do paciente no leito, evitando que as acamadas, que não possuem mobilidade, fiquem muito tempo na mesma posição.

Com relação às dificuldades para realizá-las, a maioria não levantou colocações, dizendo não encontrar empecilhos ou problemas para a realização das tarefas. Porém, dois itens foram citados: a falta de controle na hora da realização das refeições na enfermaria feminina, com o entra e sai dos pacientes com os utensílios, provocando dificuldade na hora de servi-las, e a falta de material para a realização dos trabalhos, como roupas de cama, por exemplo, destacada como um problema em ambas as enfermarias. Uma reclamação constante, observada em especial na enfermaria feminina, está relacionada à altura da cama das pacientes acamadas, que necessitam de cuidados constantes. Sua altura padrão força os auxiliares a inclinarem-se repetidas vezes em posições desconfortáveis para a realização das trocas de fraldas, banhos na cama ou qualquer outra situação de assistência.

II - Diferentes necessidades x doença mental e autonomia

A maioria dos auxiliares não soube informar esta relação, alegando não conhecerem o diagnóstico de cada paciente. Observa-se o desconhecimento sobre os tipos de doenças e suas características, principalmente quando os entrevistados são auxiliares, com baixo grau de escolaridade.

Informações gerais foram citadas com relação ao grau da doença ou nível de “orientação” do paciente, ressaltando que existem pacientes com maior autonomia e outros que necessitam de cuidados constantes, apresentando-se como totalmente dependentes. Os pacientes de curta permanência devem restringir sua circulação à enfermaria, pátio interno e espaço para atividades terapêuticas, enquanto aqueles de longa permanência, as pacientes femininas, além de usarem a enfermaria e seu pátio interno, podem utilizar um pátio externo, onde entram em contato com pacientes de outras enfermarias. No geral, os pacientes têm pouco controle sobre o ambiente. Podem abrir ou fechar janelas, controlando a incidência da ventilação, mas o uso de equipamentos como a televisão e o aparelho de som, devem ser anteriormente solicitados ao posto de enfermagem. Alguns auxiliam nas tarefas como fazer as camas, arrumar o refeitório e, após as refeições, lavando e guardando a louça, sentindo-se “úteis e felizes em ajudar”, segundo um dos entrevistados.

Porém, observações importantes foram feitas acerca da separação necessária entre grupos de doentes e que ainda não ocorre na totalidade: os que são agitados e rebeldes, dos que possuem um distúrbio leve; os idosos dos jovens; e a separação dos dependentes químicos (álcool e drogas) dos demais pacientes.

III - Ambientes

Questões diferentes foram citadas para cada enfermaria. Na enfermaria de longa permanência destacou-se, em primeiro lugar, a necessidade de um local para colocar as cadeiras de rodas, momentaneamente não utilizadas, sendo apontada como solução a construção de uma sala ou espaço coberto para armazená-las. Ainda nesta enfermaria, foi citada, em segundo lugar, a necessidade de uma área coberta para as pacientes, salientando que: no verão as pacientes não podem ficar direto expostas ao sol, e no inverno, quando ocorrem chuvas, elas não têm como sair da enfermaria. Com relação aos espaços mais utilizados foram citados os quartos e o pátio interno, e apontado o consultório médico como um ambiente não mais necessário, visto que as consultas não são diárias e os médicos as realizam no próprio posto de enfermagem.

Já na enfermaria de curta permanência, foi levantada a necessidade tanto de uma copa para o posto de enfermagem, quanto de um refeitório maior, que possa ser fixo, ou seja, não tenha de ser montado e desmontado a cada refeição. A área para assistir televisão, o pátio e a área coberta foram os espaços igualmente citados como os mais utilizados, não sendo levantados espaços de pouca utilização.

IV - Mobiliário

Em ambas as enfermarias os maiores conflitos citados decorrem da locação dos refeitórios, anteriormente locados em um espaço central que atendia a todo o Hospital, em áreas onde este não estava previsto e de dimensões insuficientes.

Na enfermaria feminina quase todos os entrevistados mencionaram o refeitório, localizado junto aos quartos/divisórias, como um espaço que deveria estar separado, isolando os barulhos e a movimentação deste ambiente. Em segundo lugar, destaca-se a necessidade da existência de sofás que deveriam ser colocados em um ambiente de estar, levantando alguns comentários relacionados ao uso intenso de um único banco de madeira, locado na área do refeitório, onde as pacientes disputam lugar.

Já na enfermaria masculina as maiores reclamações são com relação à necessidade de montar e desmontar o layout para refeições, sendo sugerida, por dois auxiliares, a fixação de mesas e bancos no piso, evitando a possibilidade de riscos relacionados a eventuais ataques, onde o paciente pode vir a utilizar estes objetos soltos para praticar agressões. Foram ainda realizadas reclamações, por parte da metade dos entrevistados, direcionadas a falta de camas,

colchões e ao conturbado layout interno de alguns quartos que, além das três camas, contam com colchões espalhados pelo chão.

V - Acessibilidade

A maioria diz não verificar estes problemas na enfermaria feminina, podendo o paciente circular com a cadeira de rodas, porém com auxílio, por todos os espaços da enfermaria. Dois dos entrevistados desta enfermaria levantam a questão da necessidade de um banheiro adaptado, com as dimensões necessárias a possibilitar autonomia, mesmo que, atualmente, nenhuma paciente que utiliza cadeira de rodas consegue locomover-se sozinha, em decorrência de sua condição de enfraquecimento, devido à idade avançada. Atualmente as pacientes são levadas e posicionadas de frente para o vaso com o uso da cadeira de banho. Um dos entrevistados levantou, ainda, a necessidade, quando possível, da colocação de corrimãos e barras de apoio ao longo da enfermaria feminina, para auxiliar o caminhar das pacientes mais idosas.

Já na enfermaria masculina, as respostas foram unânimes. Todos destacaram a enfermaria como não acessível. Porém, como da mesma forma citado pela outra enfermaria, foram lembradas apenas algumas necessidades dirigidas ao cadeirante como falta de barras de apoio nos vasos sanitários, por exemplo.

6.2.3 Percepção

As informações, a seguir apresentadas, foram recolhidas na entrevista realizada e organizadas de acordo com os seguintes temas: Descrição do ambiente; Aspectos negativos e positivos; Beleza; Conforto e aconchego; Iluminação; Relação interior e exterior; Cores e materiais; Sons; Sensação térmica e ventilação; Pátios e Enfermaria Ideal.

I - Descrição do ambiente

Esta questão buscava identificar qual impressão o usuário possuía do ambiente. Porém, nenhum dos entrevistados demonstrou empenho em respondê-la. As respostas foram curtas e na maioria denotavam adjetivos. A descrição do tipo *bom* foi a mais citada pelos

funcionários da enfermaria feminina. Porém, os adjetivos citados na enfermaria masculina foram em sua maioria negativos: *fechado, incompleto, necessário, precário, cemitério de gente viva* e outros.

II - Aspectos positivos e negativos

As respostas oscilaram muito (mesmo dentro de uma única enfermaria), sendo reunidas das duas enfermarias e tendo seus conteúdos agrupados em: ambientes, componentes físicos do ambiente, características e posicionamento dos ambientes.

Os ambientes citados como os que os funcionários mais gostavam na enfermaria feminina foram: o refeitório e o banheiro. Destaca-se, ainda, na enfermaria masculina, o espaço coberto como elemento positivo.

No item componentes dos ambientes, foram ressaltados como negativos, os armários altos da rouparia feminina, além de várias reclamações sobre o estado do forro e dos ralos de escoamento dos pátios desta mesma enfermaria.

Com relação às características foram destacados o posto de enfermagem da enfermaria feminina como pequeno e na enfermaria masculina a principal reclamação refere-se à falta de espaço, ou seja, “os ambientes não comportam a demanda”, segundo um dos entrevistados.

Quanto ao posicionamento dos ambientes foi ressaltado o banheiro das pacientes da enfermaria feminina em localização não estratégica, visto que fica ao final dos três grandes setores, muito longe do setor 1 por exemplo.

III - Beleza, conforto e aconchego

Todas as respostas, de forma unânime, foram negativas. A maioria listou instantaneamente alguns componentes dos ambientes que comprometiam a sua beleza, sendo os mais citados: a pintura das paredes, o forro em estado ruim e as divisórias como feias, consideradas como uma espécie de “remendo”. Adjetivos também foram utilizados como: péssimo, medonho e “feio, parece uma gaiola”.

Quando indagados sobre conforto e aconchego, funcionários relatam em frases sintéticas: “o ambiente é muito desacolhedor”, “não é como a casa da gente”.

Uma colocação importante, realizada por uma auxiliar da enfermaria feminina que trabalha há mais de 20 anos no local, diz respeito à alteração na mudança de comportamento

dos pacientes após a reforma pela qual passou o local. Na época da reforma desta enfermaria, com a colocação do piso cerâmico e a pintura nova das paredes, a funcionária diz ter notado, claramente, que os pacientes passaram a zelar bem mais pelo espaço.

IV - Iluminação

Na enfermaria masculina não houve nenhuma reclamação com relação à iluminação no ambiente, considerando-a satisfatória. Este fato repetiu-se em metade dos entrevistados da enfermaria feminina. A outra metade dividiu opiniões a respeito da iluminação natural do ambiente ser insuficiente e a iluminação artificial necessitar de mais pontos de luz. Um dos entrevistados argumenta sentir dificuldades, durante auxílio noturno, devido a algumas lâmpadas queimadas por falta de manutenção.

V - Relação interior e exterior

Na enfermaria masculina, onde esta relação é quase nula, visto que as janelas apresentam-se altas, todos os funcionários destacaram que este contato seria muito importante se pudesse ser proporcionado através das janelas, com peitoril adequado à visualização, porém, devido as constantes tentativas de fugas e perigos com relação a quebra dos vidros, eles acabam justificando a atual situação das aberturas.

Já na enfermaria feminina, onde as aberturas são, ainda, pertencentes ao projeto original, configurando peitoris baixos, a grande maioria responde sobre as condições ruins e de descaso dos pátios, já que todas as janelas abrem-se para eles, ressaltando que deveriam ser efetuadas melhorias. Alguns acrescentam as dimensões estreitas e as divisões existentes do tipo de esquadria como fator que restringe o visual dos pátios, e conseqüentemente a relação interior-exterior.

VI - Cores e materiais

O piso, constituído de cerâmica na cor clara nas duas enfermarias, foi considerado de forma unânime em boas condições, facilitando a limpeza e com cor adequada. A necessidade da troca do forro foi destacada somente na enfermaria feminina, onde este se apresenta em condições precárias, muito sujo e amarelado. Com relação às paredes, a grande maioria ressaltou a necessidade de uma nova pintura, destacando-as como muito sujas e com

aplicação de cores muito pálidas, depressivas, sendo sugerido o emprego de cores mais alegres. Foram ainda realizadas colocações, por alguns funcionários da enfermaria masculina, com relação ao material constituinte das divisórias citando-o como pouco resistente e inadequado.

VII - Sons

A maioria dos entrevistados não manifestou problemas com relação aos barulhos internos e externos do ambiente. Porém, cerca de 1/3 dos funcionários das duas enfermarias ressalta os barulhos internos, produzidos pelos próprios pacientes, como incômodos.

VIII - Sensação térmica e ventilação

Praticamente todos os entrevistados levantaram a necessidade dos ambientes serem mais ventilados. Alguns ainda citaram os cheiros do ambiente como desagradáveis, destacando as janelas como estreitas e que, desta forma, dificultam a boa ventilação.

Também, de forma quase unânime, destacou-se o verão como uma estação em que a temperatura dentro da edificação fica muito quente, tornando o ambiente abafado, e o inverno uma estação em que a enfermaria fica muito fria e quando a ventilação também fica prejudicada com o fechamento das janelas.

IX - Pátio

Todas as reclamações mais citadas pelos funcionários são semelhantes entre as duas enfermarias e são, a seguir, listadas:

- a) mobiliário inexistente ou escasso;
- b) presença da grama nos pátios como um elemento negativo. Os funcionários ressaltam que além de criar poças, devido a eventuais águas da chuva, toda a água de lavação dos banheiros é despejada nos pátios, sem sistema adequado de drenagem. Além disso, levantam a falta de manutenção destas áreas gramadas, destacando-as como uma fonte de contaminação, à medida que muitos pacientes andam descalços, e na grama estão, muitas vezes presentes, acúmulos de detritos (como fezes e urina);
- c) diminuição das dimensões dos pátios. Ressaltam-se dois importantes relatos relacionados à recente diminuição das dimensões do pátio feminino, alegando que as

pacientes sujavam os espaços mais afastados e escondidos, defecando e urinando nestes locais. A mesma reclamação é feita na enfermaria masculina, também por dois auxiliares, levantando a necessidade de eliminar o espaço do pátio que fica mais escondido e reservado dos seus olhares.

X - Enfermaria ideal

Em ambas as enfermarias vários itens foram citados com relação a constituição de ambientes ideais, observando-se uma diversidade de respostas. Porém, na enfermaria feminina, somente dois, de todos os itens levantados, foram citados mais de uma vez pelos entrevistados: a necessidade da existência de quartos e o emprego de cores alegres nos ambientes. Outros itens foram levantados, mesmo que individualmente, constituindo numa espécie de descrição coletiva da enfermaria ideal. A enfermaria de longa duração deveria então, além dos dois elementos já mencionados, possuir: salas de estar, um refeitório mais espaçoso, ambientes arejados e iluminados com emprego de janelas maiores, equipamentos eletrônicos (TV, som, ar-condicionado), área de lazer coberta, prezar pela limpeza e organização e contar com uma equipe grande de enfermagem.

Já na enfermaria masculina os itens mais citados foram: a diminuição do número de leitos e melhorias na pintura e ventilação. Na seqüência pode-se, da mesma forma, apontar algumas das demais descrições coletadas: divisão dos pacientes por patologias, manutenção de três leitos por quarto, locação de janelas maiores, banheiros adaptados, pátios com bancos e mesas fixas, arborizados, pavimentados e com uma grande área coberta.

6.2.4 Comportamento

Os resultados referentes às informações do comportamento, a seguir apresentados, foram divididos em dois itens: Visão dos funcionários em relação ao comportamento dos pacientes, a partir das informações coletadas nas entrevistas realizadas, e os Resultados das fichas de observação do comportamento.

6.2.4.1 Visão dos funcionários em relação ao comportamento dos pacientes

As respostas as perguntas efetuadas foram aqui reunidas nos seguintes itens: Territorialidade; Privacidade; Aglomeração e Interação e isolamento.

I - Territorialidade

Manifestações de territorialidade foram citadas em especial na enfermaria feminina. A maioria destacou a apropriação das cadeiras na hora das refeições como uma forma de expressar a territorialidade mais freqüente observada. Além disso, ainda na enfermaria feminina, foram também citadas a apropriação dos leitos e também dos utensílios para refeição, sendo estes últimos identificados e disputados pela cor, quase que de uma forma lúdica.

II - Privacidade

Na enfermaria masculina a privacidade é colocada como nula por todos os entrevistados, ressaltando que não há portas nem nas áreas destinadas ao vaso sanitário. Já na enfermaria feminina, a maioria acha que as pacientes têm certa privacidade, e fazem comentários acerca da colocação de divisórias como uma espécie de marco que proporcionou a algumas pacientes a possibilidade de isolarem-se das demais.

III - Aglomeração

Nota-se que nesta pergunta houve uma diferença unânime de respostas entre as duas enfermarias. Na enfermaria feminina, pelo fato da maioria dos funcionários trabalharem a mais de 20 anos no mesmo local, comparações com os tempos passados, em que a enfermaria comportava mais que o dobro de pacientes hoje existentes, levaram a definição do espaço como suficiente com relação ao número de pacientes (ocupação atual de 33 pacientes).

Esta resposta é absolutamente contrária na enfermaria masculina onde os funcionários ressaltam, inclusive, uma superlotação.

IV - Interação e isolamento

A interação entre os pacientes foi mais citada na enfermaria masculina. Já na feminina, alguns entrevistados ressaltaram uma busca maior pelo isolamento através da permanência das pacientes nos quartos/divisórias. Para as pacientes que estão locadas nos leitos abertos outras formas de reclusão foram apontadas como: o encolhimento em algum canto da enfermaria ou do próprio pátio e a permanência no próprio leito, evitando a interação com os demais pacientes.

6.2.4.2 Resultados das fichas de observação do comportamento

Todas as informações coletadas são apresentadas a seguir na seqüência de assuntos abordados nas fichas.

O primeiro item da ficha diz respeito à **situação existente** nos locais observados (quem? fazendo o quê? e o contexto de realização da observação). Estes dados, analisados em conjunto com os registros de layout, nos permitiram apontar questões gerais, tais como:

a) no período da manhã os pacientes da enfermaria masculina reúnem-se mais na área do refeitório/estar. Alguns assistem a televisão e outros aguardam a realização das consultas que ocorrem no consultório ao lado, constituindo o ambiente em uma espécie de sala de espera;

b) após o almoço, as pacientes da enfermaria feminina permanecem mais em seus leitos, descansando na seqüência da refeição, enquanto os pacientes da enfermaria masculina reúnem-se junto ao espaço coberto, onde conversam e fumam;

c) em geral, observa-se maior interação entre os pacientes da enfermaria masculina, conversando uns com os outros. As pacientes da enfermaria feminina, devido à sua condição crônica, sob a ação de medicamentos durante longos anos, apresentam comportamento mais desligado e introspectivo.

Os **produtos de uso** encontrados, relacionados ao desgaste, vestígios e traços presentes nos ambientes e mobiliários, são muito semelhantes nas duas enfermarias.

As paredes, tanto das enfermarias quanto dos pátios, apresentam-se sempre muito sujas, com rachaduras, pintura descascada, manchas e marcas das mãos dos pacientes. Isso porque os pacientes caminham com as mãos nas paredes, encostam-se e sentam-se junto a

elas. Em circulações principais, como no caso da enfermaria masculina, foram encontradas, ainda, muitas perfurações nas divisórias, indicando a fragilidade destes elementos e possíveis surtos com uso de violência por parte dos pacientes (fig.50).



Fig. 50 – Enfermaria masculina: fragilidade das divisórias.

Fonte: autora



Fig. 51 – Grades pátio interno feminino, vista em direção ao pátio externo.

Fonte: autora



Fig. 52 – Desgaste das quinas do reboco, circulação principal da enfermaria feminina.

Fonte: autora

Em especial no pátio da enfermaria feminina, trecho das grades locadas acima do muro que divide o pátio interno do externo, está muito destruído e com buracos, como se tivesse sido efetuada uma tentativa de arrancá-las (fig.51).

Nas duas enfermarias há presença de danificações nos rebocos das quinas, principalmente nas circulações principais, demonstrando o intenso fluxo e uso dos corredores internos (fig.52). Nos banheiros é comum notar alguns traços que faltam como as tampas dos vasos sanitários (fig.53) e, em especial na enfermaria feminina, a retirada de algumas barras que ficavam posicionadas nas laterais dos vasos, servindo de apoio para as senhoras mais idosas. Além disso, no banheiro feminino, uma das portas de acesso a cabine do vaso sanitário também foi destruída. Atenta-se aqui para o fato de não haver portas nas cabines do banheiro masculino.



Fig. 53 – Cabine vaso sanitário enfermaria feminina: ausência de tampas dos vasos sanitários, barras laterais e porta destruída. Fonte: autora

Estes “traços que faltam” foram aqui entendidos com prováveis atos de vandalismo, principalmente no caso da enfermaria feminina, que teve seu banheiro recentemente reformado. Esta suposição é ratificada pelas conversas com os auxiliares que indicam a depredação e as constantes crises de agitação dos pacientes como eventos freqüentes no dia-a-dia da enfermaria.

Na enfermaria masculina foi observada a falta de alguns elementos como ripas dos encostos nos bancos de madeira do refeitório, o que podem remeter tanto a uma depredação do mobiliário, quanto ao seu desgaste devido ao intenso uso. Dois outros vestígios foram, ainda, observados nesta enfermaria, levantado algumas hipóteses:

a) a fixação de cortineiros no alto das janelas remete a uma existência anterior de cortinas nos ambientes. Este fato foi confirmado através da conversa posterior com funcionários que destacaram situações em que os pacientes arrancavam as cortinas e saíam enrolados nos tecidos;

b) vestígios da existência de um banco de concreto no pátio interno (fig. 54). Fato também confirmado pelos funcionários que alertaram para a destruição do mobiliário, por parte dos pacientes.

No item **adaptações para o uso** poucas foram as questões levantadas. No refeitório feminino, notaram-se na parede, onde estão locadas as janelas, constantes riscos evidentes na altura do encosto das cadeiras. Estes produtos de uso estão relacionados a constante retirada das cadeiras de junto das mesas de refeições e as suas relocações junto às paredes (fig. 55).



Fig. 54 – Vestígios da existência de banco de concreto no pátio masculino.
Fonte: autora



Fig. 55 – Retirada das cadeiras das mesas e locação junto à parede no refeitório feminino.
Fonte: autora

Pelas observações feitas, raramente as mesas são usadas fora do horário das refeições, parecendo serem designadas restritamente para isso. Desta forma, não havendo

outro lugar de estar, em todas as observações realizadas fora do horário das refeições, as cadeiras eram encostadas na parede, alterando o layout existente, o que foi aqui designado com uma forma de adaptação para o uso. Esta pequena modificação no layout existente continua não contribuindo para a interação das pacientes, pois se constitui na disposição ombro a ombro das cadeiras.

Na enfermaria masculina, a retirada do mobiliário destinado ao refeitório, nos intervalos das refeições, também foi considerado uma adaptação deste ambiente, mesmo que impulsionada por iniciativa dos funcionários. Desta forma, retirando o layout, pode-se circular com maior facilidade pelo local, evitando esbarrões e possíveis acidentes em decorrência de surtos agressivos por parte dos pacientes.

Ainda na enfermaria feminina, foi observada, em todas as visitas, a constante permanência das cadeiras de banho e de rodas nos banheiros (fig. 56), prejudicando o acesso às cabines dos vasos sanitários, e nos cantos do pátio interno. Estes dois lugares servem de depósito para as cadeiras, quando estas não estão sendo usadas, visto a não existência de um lugar específico para guardá-las.



Fig. 56 – Cadeiras de roda armazenadas no banheiro feminino.

Fonte: autora

Outra constante observada foi a colocação da roupa suja das pacientes no chão de uma das cabines do banheiro que não possui vaso sanitário. As roupas são acumuladas neste espaço sem nenhum móvel específico para isso, permanecendo no chão. Observou-se a adaptação deste espaço, para esse uso, devido à não existência de um local ou móvel tipo tulla para armazenar as roupas sujas até o momento de enviá-las à lavanderia.

Na enfermaria masculina, a falta de leitos e de mobiliários nos pátios é comprovada com o uso, em todas as observações realizadas, de colchões colocados no chão dos quartos e

espalhados na área mais reservada do pátio, logo atrás da parede do banheiro. Desta forma os pacientes adaptam camas no chão dos quartos e mobiliário para descansarem nas sombras do pátio (fig. 57).



Fig. 57 – Área reservada do pátio masculino, onde são colocados colchões.
Fonte: autora



Fig. 58 – Quartos da enfermaria feminina com portas fechadas, comportamento considerado como busca por privacidade.
Fonte: autora

Os **fenômenos de comportamento** foram difíceis de serem observados, isso devido à grande variedade de causas pelas quais estes podem ocorrer, necessitando, por vezes, auxílio através de questionamentos feitos aos funcionários.

Entre as refeições e exclusivamente na enfermaria feminina, observou-se alguns constantes comportamentos em busca de **privacidade** como, por exemplo, o fechamento de algumas portas dos quartos/divisórias (fig.58). Nestes quartos encontravam-se pacientes deitadas e descansando, na busca de isolamento, com um pouco mais de sossego e tranquilidade. Ainda nos quartos, notaram-se algumas cortinas freqüentemente fechadas, podendo indicar duas causas possíveis: tanto uma necessidade de bloqueio visual dentro/fora, vista como busca de privacidade, quanto uma necessidade de controle da iluminação. Este evento foi anotado na planilha como possível busca de privacidade, principalmente devido às janelas destes quartos, na maioria, estarem voltadas para o pátio externo, onde outros pacientes têm acesso direto e a constatação de que pouco se consegue regular a iluminação devido à altura baixa das divisórias em relação ao forro.

Já, tanto no quartos da enfermaria masculina, em que nenhum dos ambientes possui portas, quanto nos leitos chamados “abertos” da enfermaria feminina, observou-se uma atitude estranha que pode, no entanto, ser tomada como uma tentativa de alcançar a privacidade: alguns pacientes tampam a cabeça, escondidos no lençol.

A permanência de pacientes da enfermaria masculina no trecho do pátio considerado mais reservado foi também constatada várias vezes na ficha, e citada como uma possível busca de privacidade através do isolamento.

As anotações relativas à **territorialidade** foram ainda mais difíceis de serem detectadas, visto, principalmente, a não utilização de objetos pessoais por parte dos pacientes. Os territórios nestes casos não são explícitos, e apresentam-se sem marcações concretas. As anotações foram ainda mais complicadas de serem observadas na enfermaria masculina, principalmente devido ao curto período de internação destes pacientes (27 a 30 dias) se comparado as pacientes da enfermaria feminina que estão por volta de 15 anos no local.

A marcação de leitos, por exemplo, apresenta-se mais fortemente evidenciada na enfermaria feminina, em decorrência do maior tempo de uso. Observou-se como uma constante os leitos permanecerem desarrumados, como na iminência de uso. Este fato parecia reforçar o controle psicológico sobre o leito, obtido através de seu uso freqüente por parte do mesmo paciente. Porém, esta hipótese pode ser vista, também, como uma forma de desleixo. Neste ponto, a conversa com os auxiliares esclareceu este fato, relatando que quando o leito está com os lençóis esticados, observa-se uma sensação de desocupação e se este leito não possui um controle psicológico bem definido, pode vir a ser ocupado mesmo que momentaneamente por outro paciente.

Na porta do banheiro dos funcionários, da enfermaria feminina, foi observada a colocação de vários adesivos, sem qualquer tipo de lógica, por parte dos próprios auxiliares e técnicos de enfermagem. Esta atitude reflete forma de indicar domínio deste espaço, que é restrito e chaveado, como uma espécie de marcação.

Na maioria das observações, notou-se, também, o freqüente uso do pátio interno da enfermaria feminina e da área coberta da enfermaria masculina, por um mesmo grupo de pacientes. Na enfermaria feminina o pátio é bastante utilizado e as pacientes ficam sentadas e fumam seus cigarros. Observou-se que duas delas sentam-se freqüentemente juntas no mesmo banco, próximo da parede. Já no espaço coberto da enfermaria masculina, também muito utilizado, o mesmo grupo de pacientes superlota o local logo após o almoço, conversando e fumando. Estes espaços podem ser considerados como locais que possuem grupos de domínio ou controle, sendo constatado o fenômeno da nidificação.

Nas observações realizadas durante as refeições, pouco se constatou na enfermaria masculina, diferente das anotações realizadas na enfermaria feminina (coletadas com o auxílio dos funcionários, visto a necessidade de identificação dos pacientes). Notam-se com freqüência as apropriações dos lugares nas mesas por parte de algumas pacientes. É

facilmente evidenciado o controle das cadeiras por pacientes que exercem maior domínio sobre os outros, sempre se sentando no mesmo lugar e marcando seu domínio psicológico sobre aquele assento. Cinco foram as pacientes que se mantiveram no mesmo posicionamento, sendo que a maioria das demais trocaram inclusive de mesa. Existe ainda uma paciente que nunca se senta à mesa com as outras, sempre fazendo suas refeições junto ao balcão de apoio, localizado próximo a parede, ou no próprio peitoril da janela. Segundo informações dos auxiliares, somente algumas pacientes comportam-se desta forma, as demais não possuem um lugar “predileto”. Também não foi observado nenhum tipo de relação entre as pacientes que possuem leitos próximos, sentarem-se juntas de suas companheiras de quarto a mesa. Esse fato reforça relato dos auxiliares acerca da pouca interação entre as pacientes.

6.2.5 Discussão dos resultados a partir dos diferentes métodos empregados

O emprego de diferentes métodos (levantamento sistemático, entrevista estruturada e observação sistemática) para coleta de dados referentes às enfermarias e pátios, possibilitou a formulação de algumas questões relacionadas aos resultados. Mesmo que cada um dos métodos possuísse foco principal em coletar determinadas informações, observa-se que a elaboração final dos resultados, por método levantado, gerou, além das informações exclusivas de cada método, complementações, ratificações e até mesmo contradições.

Com relação às questões levantadas exclusivamente por apenas um dos métodos utilizados destaca-se que somente nas entrevistas foi destacada a necessidade de uma área coberta na enfermaria feminina. Outras questões são relativas somente ao olho clínico do arquiteto e foram evidenciadas exclusivamente no levantamento sistemático. Na enfermaria feminina, por exemplo, em virtude da maioria dos funcionários estar há mais de 20 anos trabalhando neste local, observa-se que muitas questões não conseguem ser, por eles, concebidas de outra maneira, pois já estão muito acostumados com o local e a determinadas situações. O banheiro e a copa de funcionários, por exemplo, localizados cada um em pontos opostos e afastados do posto de enfermagem, não foram por eles citados. Anexá-los ao posto de enfermagem concentraria as áreas restritas de uso dos funcionários e evitaria que, para acessar cada um destes ambientes, tenha-se de atravessar as áreas de leitos.

Informações importantes foram complementadas pela ficha de observação do comportamento, explicando os resultados das planilhas de avaliação em relação à

caracterização dos ambientes de estar/refeição como sociofugais. Na enfermaria feminina este fato é reforçado pelas observações realizadas, destacando a adaptação para o uso do layout, dispondo as cadeiras junto à parede, o que ainda assim, apresenta-se como uma opção não encorajadora de interação. Na enfermaria masculina, o layout do ambiente de estar parece favorecer a interação, porém, observações revelam que os pacientes permanecem no local para assistirem à televisão ou aguardarem sua consulta durante o período da manhã. Além disso, as constantes montagens e desmontagens de layout tornam o clima do ambiente muito instável.

Já questões relacionadas a problemas espaciais foram ratificadas nos resultados apresentados, tanto pelo levantamento sistemático quanto pelas entrevistas. Como exemplos, citam-se: o posicionamento problemático do banheiro de pacientes na enfermaria feminina, a necessidade de uma copa para funcionários na enfermaria masculina e a separação necessária dos ambientes de refeitório e estar em ambas as enfermarias.

Informações coletadas nas entrevistas, acerca das rotinas nas enfermarias, foram também constatadas nas planilhas de observações, quando do levantamento das situações existentes, destacando os locais mais utilizados. Outras questões dizem respeito à constatação, nas observações, das cadeiras de rodas espalhadas pelo pátio interno e banheiro da enfermaria feminina. Durante a realização das entrevistas os funcionários também destacam a necessidade de um local para guardá-las.

Questões referentes aos fenômenos de comportamento também são identificadas tanto nas entrevistas, quanto nas observações, principalmente as que se referem às interações mais freqüentes na enfermaria masculina e a uma maior busca de isolamento na feminina.

Especificamente com relação aos pátios, outras questões interessantes foram evidenciadas, havendo ratificação por três métodos empregados. A necessidade de mobiliários foi constatada tanto na planilha de avaliação, quanto nas entrevistas e nas observações. Nestas últimas, a constante presença de colchões espalhados pelo pátio masculino aponta a necessidade de adaptação do uso deste mobiliário, por parte de seus usuários. Já os vestígios encontrados, referente à existência anterior de um banco no pátio masculino (destruído anteriormente pelos próprios pacientes, segundo funcionários), revelam a necessidade do emprego de materiais resistentes na constituição destes mobiliários.

Destaca-se, ainda, a divisão espacial dos atuais quartos/divisórias também ratificada pelos três métodos aplicados. No levantamento sistemático, apontam-se as exigências da norma na compartimentação dos espaços, devendo estes constituírem-se com área adequada para comportarem até 6 leitos. Nas entrevistas, a conformação dos quartos, em detrimento dos

leitos abertos, ressalta-se como um dos itens mais citados, principalmente pelos funcionários da enfermaria feminina. Já nas observações, a compartimentação em quartos destaca-se enquanto importante auxílio para a conformação de ambientes que proporcionem um pouco de privacidade ou reserva aos pacientes.

Resultados elaborados acerca dos materiais de acabamento empregados, principalmente com relação às paredes e divisórias, também são levantados pelos três métodos. No levantamento sistemático, a sujeira, as marcas, desgastes e a coloração pálida das paredes foram apontados como fatores que tornam necessária a utilização de materiais resistentes e de algum tipo de revestimento diferenciado, de fácil limpeza, que possa demarcar, de forma evidente, a linha entre os planos horizontal e vertical. Nas entrevistas os funcionários reforçam a necessidade de tornar o ambiente mais vivo e colorido, melhorando o aspecto das paredes. Já nas observações realizadas, estas marcas possibilitaram a identificação e observação de como os usuários se comportam, sentando, encostando junto às paredes, além de reforçar o uso de material inadequado, como as divisórias, através dos vestígios encontrados (buracos e demais danificações).

Questões referentes ao conforto acústico, térmico e lumínico tiveram análises na planilha de avaliação semelhantes aos resultados nas entrevistas. Ressalta-se, porém, uma informação contraditória referente à iluminação da enfermaria masculina, que foi considerada suficiente pelos entrevistados. Este fato é contestado na planilha principalmente pela conformação de uma área de penumbra nos corredores centrais, mesmo com a utilização da iluminação artificial. Este tipo de resposta pode estar vinculado ao conformismo criado, por parte dos funcionários, principalmente com relação à utilização do modelo de janela com peitoril alto e que, conseqüentemente, diminui a iluminação no interior do ambiente. Com relação ao conforto térmico, os entrevistados comentam sobre as altas temperaturas internas no verão e baixas no inverno, informações consideradas com grau maior de importância, em relação à avaliação expedita realizada na planilha, visto o longo tempo de permanência dos funcionários dentro das enfermarias.

A importância da existência dos pátios pode ser evidenciada pelo freqüente uso constatado nas observações do pátio feminino, apesar deste ser considerado pela planilha de avaliação como um espaço sociofugal. Já a área coberta do pátio masculino, considerada pela planilha de avaliação como espaço sociopetal, também possui sua confirmação de uso freqüente nas observações realizadas.

Algumas questões contraditórias, ainda com relação aos pátios, buscam ser compreendidas. Questões referentes à conformação de áreas mais reservadas nos pátios, como

no caso da enfermaria masculina, foram vetadas por alguns funcionários, devido ao acúmulo de sujeiras. Este fato já levou a recente diminuição do pátio feminino, segundo entrevistados. A constituição de grandes pátios, além da conformação de pequenas áreas onde o paciente possa buscar momentos de reserva, foram consideradas importantes nas planilhas de avaliação, sendo, porém, necessária a intensificação da manutenção e limpeza deste espaços.

Outro fato curioso é o destaque da grama como um elemento negativo, por parte de alguns dos entrevistados. Este item é considerado de grande importância pela planilha de avaliação, pois possibilita o contato com as texturas provenientes da natureza, inclusive, devendo ser intensificado a partir do emprego de outras formas de vegetação e arborização. Novamente, a falta de manutenção acaba por gerar este tipo de reação contrária, por parte dos funcionários, a elementos considerados de caráter extremamente positivos.

6.3 Espaço para a prática de atividades terapêuticas

Os resultados coletados são na seqüência apresentados e estão divididos em: Dados gerais e de organização espacial e Resultados recolhidos com a planilha de avaliação do ambiente.

6.3.1 Dados gerais e organização espacial

Como anteriormente colocado, esta área era originalmente um espaço coberto onde os pacientes realizavam tarefas de cunho artístico, porém, com o passar dos anos e alterações espaciais sofridas, o grande sombreiro passou de espaço coberto para espaço fechado (fig. 59 – pág. 135), com a locação de paredes e janelas altas.

Neste local são realizados trabalhos em cerâmica, argila, pinturas, e o tradicional bingo as quintas-feiras. Dependendo da atividade no momento realizada, como, por exemplo, o bingo, pacientes de outras enfermarias também podem vir a utilizá-la.



Fig. 59 – Planta baixa do sombrero da 2ª enfermaria masculina.
Fonte: elaborada pela autora

O espaço possui um funcionário responsável pelas atividades e encontra-se organizado em três áreas: uma área delimitada por divisórias para atividades com número menor de pacientes, uma área destinada à realização de atividades em grandes grupos, de acesso livre aos pacientes e com bancos junto às paredes e mesas soltas e uma área para secagem e armazenamento das peças produzidas, localizada na parte central do sombrero, permanecendo fechada e de acesso controlado.

6.3.2 Resultados da planilha de avaliação do ambiente

O espaço apresenta a forma de um tetra decaedro (elemento geométrico composto por 14 faces), podendo, para fins da presente análise, ser considerado um elemento de composição circular. Sua **configuração** permite uma organização espacial livre, muito diferenciada da rigidez em que estão configuradas as retangulares enfermarias.

Com relação a suas **dimensões** pode-se dizer que possui área total de aproximadamente 220m², equivalente a 55% da área construída destinada a enfermaria masculina e a 6,10m² por leito. Como não há uma área mínima estipulada para a realização destas atividades, foram considerados alguns parâmetros lançados pelas exigências da Reforma (item 2.4.2, pág. 36), onde se destaca, ao nível geral do hospital (e não de cada

enfermaria), um mínimo de 40m² para salas de jogos e estar e mais 20m² para cada 100 leitos ou fração que o hospital possuir. Como atualmente existem 160 leitos no Hospital, ressalta-se a necessidade mínima de 60m² de área destinada a jogos e estar, estipulados pelas novas exigências da Reforma.

Traçando um rápido comparativo, observa-se que a área para atender, em especial, somente uma enfermaria (220m²), extrapola em quase quatro vezes o tamanho mínimo considerado deste ambiente para atender a todo o Hospital (60m²). Este fato evidencia a estipulação de uma área considerada muito reduzida, se utilizada como parâmetro para atender a todo o Hospital, gerando áreas evidentemente insuficientes.

O espaço, em geral, possui pé-direito alto, variável devido à estrutura do telhado aparente (menor altura: 3,40m/ maior altura: aproximadamente 6m), compatível com a sensação de liberdade espacial proferida a este ambiente. Esta liberdade está presente também na **circulação** do local, não possuindo áreas definidas como corredores, por exemplo. O acesso ao espaço pode ser efetuado em três pontos: uma entrada principal, aberta diretamente para a 2ª enfermaria masculina, e outras duas que se abrem uma para um pátio externo, de acesso a pacientes considerados moradores (crônicos), e outra para a 1ª enfermaria masculina. Estes dois outros acessos ficam abertos somente quando ocorrem atividades conjuntas, como o bingo por exemplo. Assim, esses pacientes não precisam passar por toda enfermaria masculina para acessarem o sombreiro.

Com relação aos **materiais de acabamento** destaca-se o uso de cerâmica antiderrapante acinzentada e as paredes pintadas em determinados trechos de rosa e em outros trechos de verde. As divisórias, que delimitam uma área de trabalho menor, também se apresentam diferenciadas, com pinturas abstratas, conformando painéis coloridos elaborados pelos próprios pacientes (fig.60).



Fig. 60 – Painéis que dividem o espaço em um ambiente menor. Fonte: autora

O teto possui estrutura em madeiramento aparente, conformando-se em uma área escura, devido à madeira apresentar-se na cor natural (fig.61).



Fig. 61 – Estrutura do telhado do sombreiro.
Fonte: autora

As **aberturas** possuem mesmo modelo utilizado na enfermaria masculina, intercaladas nas faces do tetra decaedro, o que permite a incidência do sol em vários períodos do dia. Assim como na enfermaria masculina, suas esquadrias permitem o controle de ventilação, mas não da iluminação, além de não favorecerem o contato com o exterior, devido à altura do peitoril (fig.62).

Com relação ao **mobiliário**, parte deste é fixo, composto basicamente por bancos de concreto largos junto às paredes (fig.63), e parte possui layout flexível, composto por mesas e bancos retangulares em madeira.



Fig. 62 – Bancos de madeira são utilizados para facilitar a visualização do exterior, devido ao peitoril alto das esquadrias.
Fonte: autora



Fig. 63 – Bancos fixos de concreto localizados junto às paredes.
Fonte: autora

Questões importantes acerca do **conforto térmico e lumínico** estão ligadas basicamente a condição de adaptação espacial deste ambiente. Como inicialmente este espaço constituía-se em um grande sombreiro, não existindo as paredes ao seu redor (somente os pilares de estruturação do telhado), esta abertura espacial garantia a iluminação e ventilação do ambiente. Com seu posterior fechamento, devido às reestruturações e limitações de espaços para cada enfermaria, a iluminação tornou-se muito prejudicada tanto em virtude das janelas altas, quanto em decorrência do teto, todo estruturado em madeira, configurando uma área escura. A ventilação é um item ainda mais preocupante, pois, devido às convenções de convecção térmica, o ar quente, que não encontra área suficiente para sair do ambiente, em função das pequenas as aberturas, tende a subir, concentrando-se junto ao madeiramento e formando uma espécie de bolha de calor.

Com relação à **segurança**, o ambiente armazena muitos móveis e entulhos não utilizados em outras enfermarias, que podem acarretar situações de riscos aos pacientes (fig.64). Atenta-se para os possíveis surtos e a transformação destes elementos em armas, como no caso das prateleiras de metal desmontáveis, podendo seus perfis serem utilizados para agressão por parte de pacientes transtornados. Considera-se, porém, o piso antiderrapante empregado ideal, já que na área o elemento água é bastante utilizado e manuseado pelos pacientes na execução dos trabalhos.



Fig. 64 – Área onde se armazenam muitos entulhos e móveis de outras enfermarias. Fonte: autora



Fig. 65 – Desnível existente, sem rampa, no principal acesso ao espaço de atividades terapêuticas (pátio 2ª enfermaria masculina). Fonte: autora

A **acessibilidade** ao ambiente é comprometida pelo desnível sem rampa nas duas portas de entrada (fig.65), dificultando, principalmente, o acesso de pacientes em cadeira de rodas.

Com relação ao **controle do ambiente**, além da possibilidade de regular a ventilação, os pacientes podem elaborar layouts livres com os mobiliários, dispendo-os da maneira que acharem mais confortável para a execução de seus trabalhos.

O ambiente tem como uma de suas principais funções servir como **suporte social**, buscando a integração dos pacientes à medida que realizam suas atividades. A determinação deste ambiente como de caráter sociopetal refere-se à capacidade do espaço de reunir e garantir a interação de seus usuários.

Propiciar **distrações positivas** através das atividades oferecidas é também tarefa importante deste ambiente, tirando o paciente do ócio e da elaboração de pensamentos focados, fechados em sua condição de doente. Possibilita, também, a liberação de seus pensamentos, fazendo com que o tempo passe mais rápido.

Neste sentido, o ambiente está carregado de informações que realmente parecem configurar uma verdadeira poluição visual. Todas as paredes estão muito riscadas e apresentam desenhos e painéis. Apesar de serem considerados importantes, pois são através desses elementos que os pacientes encontram uma forma de expressarem-se e libertarem-se da rigidez das enfermarias, o número excessivo de informações acaba por deixar o ambiente muito pesado (fig.66). Painéis com pinturas, frases riscadas nas paredes, mensagens e sentimentos são transmitidos.



Fig. 66 – Muitos painéis e paredes riscadas acarretam na poluição visual no ambiente.
Fonte: autora

Muitos quadros também estão expostos e decoram as paredes de forma agradável, revelando um pouco da história e situação psicológica dos pacientes. É fácil entender porque fica-se horas olhando os desenhos: é grande a complexidade de sentimentos armazenada não

só em elementos abstratos desenhados, mas também em elementos figurativos escolhidos para serem retratados nas suas pinturas (figs. 67, 68 e 69).



Fig. 67 – Quadro retrata marido de uma paciente que foi, por ela, degolado.

Fonte: autora



Fig. 68 – Pintura abstrata realizada por paciente nas oficinas.

Fonte: autora



Fig. 69 – Pintura figurativa realizada por paciente nas oficinas.

Fonte: autora

Outra forma de distração positiva é a possibilidade dos pacientes escutarem músicas enquanto desenvolvem seus trabalhos, isso em virtude da preocupação do professor em garantir um ambiente de descontração e relaxamento.

6.4 CAPS Ponta do Coral II

O CAPS Ponta do Coral II²² iniciou suas atividades no ano de 1996 na unidade local de saúde do Centro de Florianópolis, passando, em março de 1997, a localizar-se nas proximidades da Ponta do Coral, em um antigo casarão. O CAPS é um serviço municipal de saúde pública, consistindo em uma estrutura extra-hospitalar, ou seja, não existe a internação do paciente. Sua ação é de garantir o tratamento e acompanhamento continuado, tanto de pacientes quanto de familiares, buscando a reinserção do indivíduo na sociedade e garantindo seu apoio psicológico e social, muitas vezes necessário quando o paciente sai de uma situação

²² Os CAPS se diferenciam pelo horário de atendimento e pelo seu porte com relação ao número de pessoas atendidas, dividindo-se em:

- CAPS I: funciona de segunda a sexta-feira para uma população de 70 mil pessoas;
- CAPS II: funciona de segunda a sexta-feira para uma população de 200 mil pessoas;
- CAPS III: funciona em período integral, 24 horas, no atendimento de situações de emergência e crises para população de 200 mil pessoas.

de internação ou mesmo como forma de suporte, ensinando-o a conviver com seus problemas, medos e doenças.

A visita ao CAPS Ponta do Coral II teve como principal objetivo conhecer os espaços voltados à prática de atividades terapêuticas, onde os usuários deste centro de apoio realizam a continuação de seus tratamentos, visto que, o hospital psiquiátrico hoje, principal objeto de estudo do presente trabalho, também necessita abrigar um conjunto de atividades de cunho artístico e ocupacional. Desta forma, os ambientes foram observados buscando analisar que contribuições poderiam ser agregadas nos ambientes hospitalares.

6.4.1 Resultados gerais

No CAPS Ponta do Coral II os pacientes são avaliados por uma equipe multidisciplinar (formada por médico, psicólogo, assistente social e educador artístico) que buscam compatibilizar quais são as atividades que o paciente tem interesse em apreender e participar e quais trarão melhorias ao seu estado atual, de acordo com o diagnóstico de sua doença e a questão a ser tratada. Neste sentido, são oferecidas aulas de: música, artes, teatro, leitura, tapeçaria, cerâmica, capoeira, oficina de velas, bijuteria, mosaico e até mesmo de cuidados pessoais. Além destas atividades, o centro possui grupos terapêuticos e de acolhimento onde são realizadas conversas semanais sobre os assuntos de interesse e do cotidiano do paciente.

Todo este conjunto de ações acontece em pequenos ambientes do centro de apoio, que conta com a estrutura física de uma casa, adaptada para receber novas funções. No entanto, como na maioria das estruturas readaptadas, muitas das necessidades das novas funções ficam por vezes prejudicadas. Os espaços são pequenos e as possibilidades de integração e abertura direta com o jardim são reduzidas (somente um ambiente possui abertura para o pátio - figs.70 e 71 – pág.142).



Fig. 70 – Sala utilizada para pinturas e que possui abertura pra o pátio externo.

Fonte: autora



Fig. 71 – Área externa a sala de pintura.

Fonte: autora

A integração com o espaço externo, aproveitando o jardim como uma continuação dos espaços para a realização das atividades, é um dos anseios colocados pelo profissional que acompanhou a visita realizada. Neste caso específico, devido à edificação possuir paredes autoportantes, as alterações espaciais tornam-se ainda mais dificultosas.

Os ambientes possuem mobiliários e equipamentos básicos para a realização das tarefas, como: mesas, cadeiras, prateleiras para armazenar e secar as pinturas e objetos confeccionados, torno e forno para cerâmica, pia, fogão para a oficina de velas e outros (figs. 72 e 73). A infra-estrutura é simples e os profissionais que ministram as oficinas são psicólogos, artistas plásticos e alguns voluntários.



Fig. 72 – Sala para atividades com argila e cerâmica.

Fonte: autora



Fig. 73 – Sala para confecção de velas, bijuterias, tapetes e outros.

Fonte: autora

Os ambientes possuem piso cerâmico e forro na cor branca, apresentando as paredes pintura verde claro. Com ambientes pequenos, e tons claros por todos os planos, a iluminação

proveniente das janelas necessita de pouco auxílio da iluminação artificial e o ambiente torna-se mais leve.

Várias são as diferenças encontradas nas cores, iluminação e escala destes ambientes em relação ao sombreado do Hospital. No entanto, destaca-se que o principal diferencial observado na constituição destes espaços é o clima psicológico dos ambientes. A conformação de um clima agradável é favorecida tanto em decorrência de uma situação de não internação, onde o paciente sente-se com maior liberdade, quanto do desenvolvimento destas atividades em uma estrutura própria de uma casa (fig. 74).

A simbologia do lugar, relacionada a uma casa com jardim, quebra o estigma relacionado à imagem de um manicômio. O Hospital Psiquiátrico possui muito desta carga, simbologia e clima psicológico pesado, distanciado do acolhimento existente em uma casa. Este fator foi facilmente evidenciado nas respostas as perguntas relacionadas à percepção do ambiente, apresentadas no item 6.2.3 deste presente capítulo, onde foram freqüentes citações de definições espaciais do tipo: “*não é como a casa da gente*”. Desta forma, a busca pela neutralização da imagem do manicômio foi uma das questões mais relevantes observadas na realização da visita.



Fig.74 – Vista externa CAPS Ponta do Coral II.
Fonte: autora

CAPÍTULO 7: DIRETRIZES GERAIS DE PROJETO

A importância de traçar diretrizes projetuais, direcionadas as edificações hospitalares de cunho psiquiátrico, está relacionada à necessidade de se reunir um conjunto de informações específicas fundamentais que auxiliem as decisões de projeto. A inerente complexidade do programa de necessidades destas edificações, o desconhecimento do problema mental e de suas especificidades por parte do arquiteto, somado, ainda, ao envolvimento de diferentes usuários, dificultam o projeto destes espaços. Com relação aos diferentes usuários, destaca-se que para os funcionários a qualidade do ambiente deve privilegiar o desempenho das tarefas em condições de conforto e segurança. Já no caso do paciente, considerado usuário principal, apesar de este possuir, em geral, boas condições físicas, seu aspecto psicológico encontra-se fragilizado em função da doença que o acomete.

Desta forma, lançam-se perguntas acerca da atual situação destas instituições: Por que a maioria dos ambientes transmite uma imagem tão dura, fria e ríspida, agravando o quadro psicológico de seus usuários? Porque não incentivar melhorias a sua saúde mental?

Portanto, neste capítulo são apresentados, inicialmente, alguns princípios referentes à edificação hospitalar e que são considerados bases para a formulação das diretrizes de projeto, também posteriormente explicitadas. Estas diretrizes são direcionadas, em específico, para os ambientes de maior uso por parte dos pacientes: as enfermarias, os pátios e os espaços destinados a prática de atividades terapêuticas.

7.1 Princípios gerais direcionados às edificações hospitalares psiquiátricas

Antes de apresentar as diretrizes de projeto cabe explicitar os seus princípios norteadores, referentes às edificações hospitalares psiquiátricas.

7.1.1 Aproximação da comunidade

O primeiro princípio elaborado diz respeito à localização destas estruturas hospitalares, destacando a necessidade de sua implantação em locais de fácil acesso, eliminando o caráter de isolamento, reclusão e distanciamento da sociedade, e intensificando as possibilidades de integração e abertura para as comunidades.

Dentro do contexto atual, observa-se que as tendências para abrigar serviços hospitalares psiquiátricos, ou seja, em regime de curta internação, estão mais focadas em reformulações das atuais edificações, do que na construção propriamente dita de novos espaços. Porém, neste sentido, algumas questões devem ser repensadas.

Os locais escolhidos para a implantação destas arquiteturas, muitas vezes (como anteriormente comentado durante a realização da revisão de literatura), eram locais afastados dos centros urbanos, remetendo a um período de busca pela higienização das cidades e da intensificação de seu caráter asilar, prejudicando a integração com a sociedade em geral.

Desta forma, destaca-se a importância de se pensar a implantação destas estruturas em meio urbano, ou nas proximidades deste, sem promover dificuldades de acesso às edificações (figs.75 e 76).

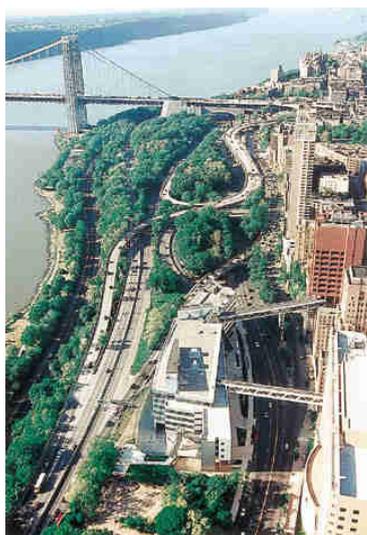


Fig. 75 – Vista aérea da implantação do Instituto Psiquiátrico de Nova York, na ilha de Manhattan.
Fonte: Bran, 2000.



Fig. 76 – Vista aérea da implantação do Instituto Psiquiátrico de São Paulo.
Fonte: Acervo fotográfico IPq/SP, 2008.

Porém, quando isso não se torna possível, formas de abertura e integração com a comunidade local são soluções que devem ser tomadas como prioritárias. Podem-se criar grupos nas comunidades que ofereçam oficinas e atividades de recreação para os pacientes, além de organizarem-se eventos ou feiras onde possam ser expostos os trabalhos elaborados pelos pacientes. Desta forma, aponta-se a necessidade de potencialização dos ambientes que promovam o apoio à prática de atividades de cunho terapêutico nestas edificações, estabelecendo uma espécie de convênio entre as associações locais e a administração dos hospitais.

7.1.2 Humanização como forma de mudar a imagem estigmatizada

A difícil tarefa de destituir o Hospital Psiquiátrico de sua imagem e simbolismo atuais, já tão fortemente constituídos, parece quase impossível, principalmente quando levamos em consideração toda a carga impregnada em sua existência enquanto espaço que limita, despersonaliza, destitui do direito à privacidade, controlando e submetendo o paciente a um conjunto de regras e privações. Todas essas características, especializadas em ambientes frios, rígidos e padronizados, conformam o atual clima psicológico pesado e depressivo.

Este fato parece já ter sido observado quando da constituição da nova rede de serviços extra-hospitalares, conforme evidenciado na visita realizada ao CAPS Ponta do Coral II. A preocupação da adoção de casas, para a instalação destes novos serviços, busca justamente a desmistificação e a fuga desta imagem estigmatizada, alterando a ambiência do local. No caso da internação de curta permanência em hospitais psiquiátricos, talvez o modelo propriamente dito de uma casa não possa ser facilmente adaptado às necessidades mínimas de segurança e controle exigidos para uma pessoa, em estado de internação por surto, tentativa de suicídio ou agressão a terceiros. Porém, cabem aos projetos de novas instalações, ou mesmo reformulações das já existentes, buscar minimizar as características espaciais que remetam aos antigos espaços asilares, aproximando-se da constituição de ambientes que promovam a desvinculação da imagem atual destas instituições.

Os novos espaços em nada devem lembrar os antigos espaços asilares, que ainda representam uma imagem de forte impacto. Elementos como grades, cobogós e o mobiliário fixo, em concreto ou alvenaria, despertam uma conotação negativa no imaginário daqueles que freqüentaram esses espaços. (SANTOS; BURSZTYN, 2004, p. 71)

Desta forma, entende-se que, quanto maiores forem os esforços e tentativas de dar condições humanas a esses espaços, através da utilização de critérios e componentes de projeto que potencializem os atributos e características responsáveis pela humanização, maiores serão as chances de se atingir, ao menos, a neutralização desta imagem estigmatizada. Neste sentido, o suporte social, o controle do ambiente e as distrações positivas, atributos anteriormente explicitados na revisão de literatura, fazem parte do princípio de humanizar para desestigmatizar.

Incentivar o suporte social, pensado pelo viés espacial, significa potencializar os espaços que promovem a integração entre os próprios pacientes e a sociedade. Fala-se, então, em prover estas edificações de espaços de convivência, como áreas de estar, refeitórios e pátios (fig. 77). Pode-se também abrir os espaços destinados à prática de atividades terapêuticas para a comunidade, tanto no sentido de ministrar oficinas como participar como alunos (fig. 78).



Fig. 77 – Pátio interno Hospital Psiquiátrico *Menninger Foundation*, Houston, EUA.
Fonte: Menninger, 2008.

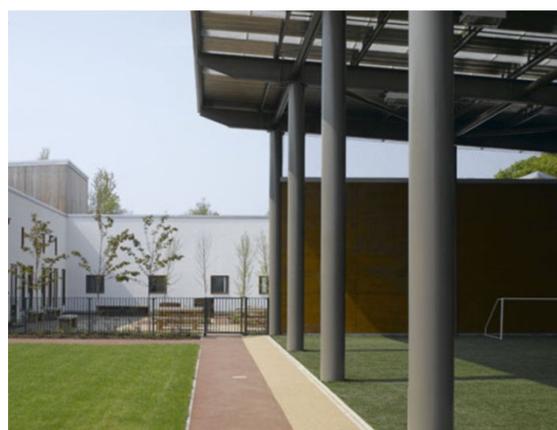


Fig. 78 – Espaço para prática terapêutica esportiva que pode ser também utilizado pela comunidade - Hospital Psiquiátrico *St Nicholas*, EUA.
Fonte: Maap, 2008.

O controle do ambiente parece ser tarefa remota quando falamos de instituições psiquiátricas. Neste aspecto podem ser apresentadas questões sutis, mas que fazem a diferença. São questões ligadas às possibilidades de controle de ventilação, iluminação ou até mesmo através da inserção de portas sem trancas e com visores, que permitem a sensação de uma maior privacidade e auxiliam na diminuição dos barulhos internos.

Já as distrações positivas podem ser promovidas, como anteriormente levantado no estudo de caso, pela existência dos espaços destinados à convivência e prática de demais atividades ocupacionais, pelo emprego de características e elementos de composição espacial

relacionadas às possibilidades de integração com o exterior (questão a ser posteriormente abordada) e, até mesmo, através da simples elaboração de painéis com pinturas ou colocação de quadros nas paredes.

7.2 Diretrizes gerais de projeto

As diretrizes limitam-se aos ambientes focados no estudo de caso: enfermarias, pátios e espaços destinados à prática de atividades terapêuticas.

7.2.1 Enfermarias

São apresentadas a seguir as diretrizes que buscam requalificar estes ambientes, destacando possíveis idéias para sua efetivação.

I - Necessidade de setorização dos pacientes.

Durante a realização das entrevistas foram explicitadas observações sobre a divisão dos pacientes segundo seu grau de agitação ou, até mesmo, levando em consideração os diferentes tipos de doenças. A divisão básica, atualmente existente, separa pacientes que possuem problemas com substâncias psicoativas dos demais pacientes que apresentam outras doenças mentais. Isto porque os pacientes que possuem dependência química normalmente apresentam crises fortes de abstinência, podendo ocasionar conflitos e a agitação dos demais pacientes.

Neste sentido, observa-se a necessidade de se dividir também pacientes com relação ao seu grau de agitação, faixa etária ou por grupo de doenças, destacando que esta divisão poderia ocorrer na distribuição dos setores de uma mesma enfermaria, onde ficam localizados os quartos, locais em que geralmente os pacientes buscam maior descanso e recolhimento. Para a utilização dos demais ambientes e para realização de atividades terapêuticas, os grupos poderiam ser reunidos, sempre observando que existe um aval médico sobre que tipo de atividades os pacientes podem participar. Pacientes muito agressivos, por exemplo, não

podem participar das atividades na horta, onde utilizam equipamentos que podem ferir ou trazer perigos tanto para funcionários como para os demais pacientes.

É, portanto, necessário reconhecer o estado e as situações de riscos que determinados pacientes apresentam, podendo, desta forma, intensificar a vigilância necessária aos que realmente precisam ser observados, liberando e isentando os demais pacientes, que não apresentam riscos, deste controle mais severo. Representações espaciais que promovam esta setorização serão posteriormente abordadas no tópico referente à configuração e articulação espacial.

II - Propiciar espaços de recolhimento e espaços de convivência.

Propiciar ao paciente a opção de permanecer e interagir junto aos demais, em espaços que promovam este convívio e suporte social, e a alternativa de poder recolher-se e descansar em locais que possibilitam certa reserva ao paciente, constitui-se na busca pelo controle de acesso ao usuário principal, tratando da mediação de situações de privacidade.

Internamente à enfermaria, observa-se a importância da existência dos quartos, constituindo-se em refúgios onde o paciente pode buscar seu afastamento, quando assim achar necessário. Desta forma, é importante considerar um número de 2 a 3 pacientes por quarto, objetivando a manutenção de áreas de descanso e tranquilidade.

Já os ambientes direcionados à convivência, constituem-se basicamente em espaços de estar e espaços para realização das refeições.



Fig. 79 – Sala de estar em unidade psiquiátrica para adolescentes, Estado da Califórnia, EUA.
Fonte: Gamble, 2008.

III - Potencializar a integração entre o interior e o exterior das enfermarias.

Potencializar características e elementos arquitetônicos que possibilitem a integração com o exterior é uma das principais diretrizes de projeto para as enfermarias. A integração pode se dar tanto pelo uso de aberturas, quanto pelo emprego de espaços cobertos, que trabalham como mediadores entre os espaços fechados e os abertos. Ambas as necessidades de integração com o exterior foram evidenciadas ao longo da realização do trabalho, principalmente na etapa referente ao estudo de caso.

As aberturas apresentam particularidades neste sentido. Devem-se buscar alternativas para que se possa, além de potencializar a iluminação e ventilação natural do ambiente - observando, também, questões relacionadas ao controle destes elementos - possibilitar o contato visual do paciente com o meio externo.

Uma das alternativas propostas foi empregada no projeto de reformulação do Instituto de Psiquiatria de São Paulo, realizado no ano de 2004, e diz respeito à locação de aberturas com peitoril de 1,10m, divididas em duas partes: uma interior e outra exterior (figs. 80 e 81).



Fig. 80 – Parte interna da esquadria empregada na reformulação do Instituto de Psiquiatria de São Paulo.
Fonte: Costi, 2005.



Fig. 81 – Parte externa da esquadria: emprego de brises verticais móveis.
Fonte: Machado, 2005.

Em sua parte interna é utilizado sistema de basculantes verticais em alumínio, cujos vãos impossibilitem a transposição de pessoas, semelhante ao modelo em madeira, utilizado

na 2ª enfermaria feminina do estudo de caso, porém, empregando vidro especial²³, do tipo inquebrável. Este fato possibilita, ainda, melhoria da ventilação e iluminação do ambiente, além de permitir o contato visual. Já na parte externa, utiliza-se a locação de estrutura em brises verticais, ocupando a totalidade das janelas, o que permite regular intensidades de iluminação.

A utilização de esquadrias em alumínio possibilita maior segurança, dificultando sua desmontagem, em relação às esquadrias confeccionadas em madeira. Já o emprego dos brises externos, além de também intensificar a segurança, possibilita o distanciamento do contato direto entre pacientes que estão nos pátio e os pacientes que estão na parte interna da edificação, através da área existente entre a esquadria e o posicionamento do brise.

Já os espaços cobertos constituem-se em formas mais diretas de integração com o exterior (fig.82). Estes espaços proporcionam permanência agradável à sombra, remetendo a características espaciais de espaços avarandados, e em dias chuvosos configuram-se como uma ótima opção, evitando que os pacientes fiquem enclausurados dentro das enfermarias.



Fig. 82 – Espaços cobertos, ao redor de pátio interno, do *Mid Hertfordshire Community Treatment Units*, EUA.
Fonte: Maap, 2008.

Neste sentido, outro fator importante para uma integração mais direta com o exterior é a composição de arquiteturas horizontais para as enfermarias. Este fato também já havia

²³ No mercado existem várias opções de materiais, porém, uma sugestão indicada é o emprego de uma resina de policarbonato chamada LEXAN, muito conhecida por ser transparente como o vidro e apresentar altos índices de resistência a impactos.

sido levantado anteriormente, na revisão de literatura, quando Pessoti (pág. 28) destaca a necessidade de se preocupar com as emoções do paciente.

Áreas do hospital relacionadas à administração, pesquisas, e demais ambientes burocráticos, podem ser posicionadas em estruturas verticais ou em pisos elevados. No entanto, as áreas destinadas aos pacientes devem, preferencialmente, constituírem-se em ambientes térreos, facilitando o contato físico direto do paciente com a área externa, principalmente no que diz respeito à saída direta para os pátios (fig. 83).

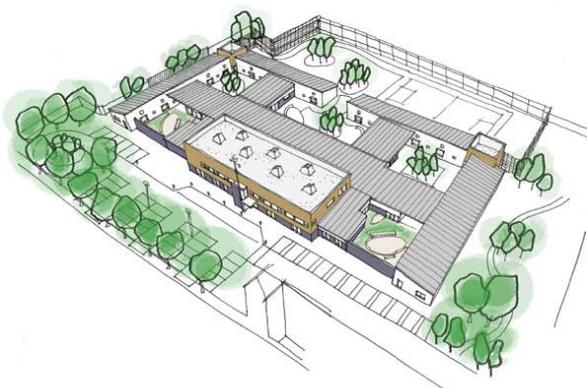


Fig. 83 – Exemplo de hospital psiquiátrico horizontal: Croqui do *Rathbone Low Secure Unit*, Liverpool, Inglaterra.
Fonte: Maap, 2008.



Fig. 84 – Exemplo de terraço jardim da rede Sarah Kubitschek em Salvador, Bahia.
Fonte: Toledo, 2003.

É evidente que em edificações verticais opções para integração direta também podem ser utilizadas, como no caso dos terraços jardins projetados pelo arquiteto brasileiro João Filgueiras Lima para a rede de Hospitais Sarah Kubitschek (fig.84). Porém, no caso específico de um hospital psiquiátrico, onde a maioria dos pacientes possui disposição física dentro das normalidades, salvo períodos de adaptação à medicações, os terraços podem ser considerados pequenos demais, além de tornar-se necessário o uso de medidas de segurança para eliminar possíveis acidentes em alturas elevadas.

IV - Configuração espacial para a desvinculação do atendimento em grande escala.

Para a elaboração das possíveis configurações e articulações espaciais dos ambientes constituintes das enfermarias, devem ser considerados principalmente conceitos relacionados à necessidade de:

- a) diferentes níveis de interação interpessoal, constituindo espaços de reclusão e convivência;
- b) diferentes níveis de acesso aos espaços, por parte dos pacientes, através da organização das áreas de acesso livre e restrito;
- c) locação estratégica de áreas de apoio;
- d) assegurar as questões de segurança e a vigilância necessária por parte dos funcionários.

A elaboração e disposição destes espaços parecem ainda mais complexas quando nos lembramos dos numerosos leitos e do conseqüente tamanho e articulação necessária dos ambientes para comportar todas as funções. Porém, observa-se um ponto chave neste processo, capaz de alterar as formas de concepção tradicionais destes espaços: reverter a escala de atendimento em massa, normalmente aplicada às enfermarias destinadas ao tratamento em saúde mental. Desta forma, sugere-se como um exemplo de boa solução a ser seguido, o emprego do modelo de enfermarias tipo *cluster*.

A palavra *cluster*, em inglês, significa grupo, apontando a necessidade de se subdividir as enfermarias de maneira a conformarem grupos menores de pacientes. Este tipo de concepção foi adotado no projeto de reformulação do Instituto Psiquiátrico de São Paulo, sendo, porém, utilizado anteriormente na construção de outros hospitais de atendimento a saúde mental, como, por exemplo, o *Vista Hill Psychiatric Hospital*, construído no ano de 1982, na Califórnia, Estados Unidos da América.

Este modelo de concepção vem ao encontro de várias questões anteriormente abordadas, colocando em destaque a necessidade de setorização dos pacientes. Grupos de pacientes podem ser organizados em quartos próximos, distribuídos junto a uma pequena sala de estar, área de refeições e banheiro. Nesta forma de organização o posto da enfermaria pode ficar próximo aos grupos que necessitem vigilância intensa, reunindo ainda, neste local, demais áreas de acesso restrito aos funcionários.

Este tipo de organização possibilita a diminuição da escala de tratamento em massa, trazendo maiores facilidades de conformarem-se inclusive territórios, no sentido de que cada grupo possuirá áreas de convívio próprias e menores, facilitando ainda a interação entre os pacientes de cada *cluster* (fig. 85 – pág. 154).

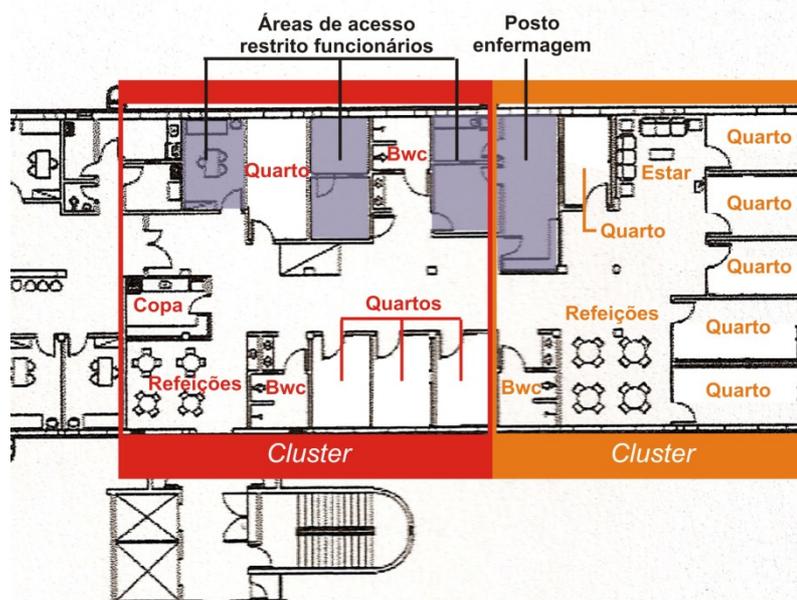


Fig. 85 – Trecho de uma enfermaria do Instituto Psiquiátrico de São Paulo contendo dois clusters.
Fonte: Nutau, 2005 – com esquemas elaborados pela autora.

A supressão de circulações também é favorecida encurtando percursos para atividades freqüentes, visto a concentração de atividades em cada setor. No *Vista Hill Psychiatric Hospital* este modelo apresenta-se, ainda, configurado em forma ondulada, quebrado a rigidez dos ângulos retos, normalmente empregados às enfermarias (fig. 86).

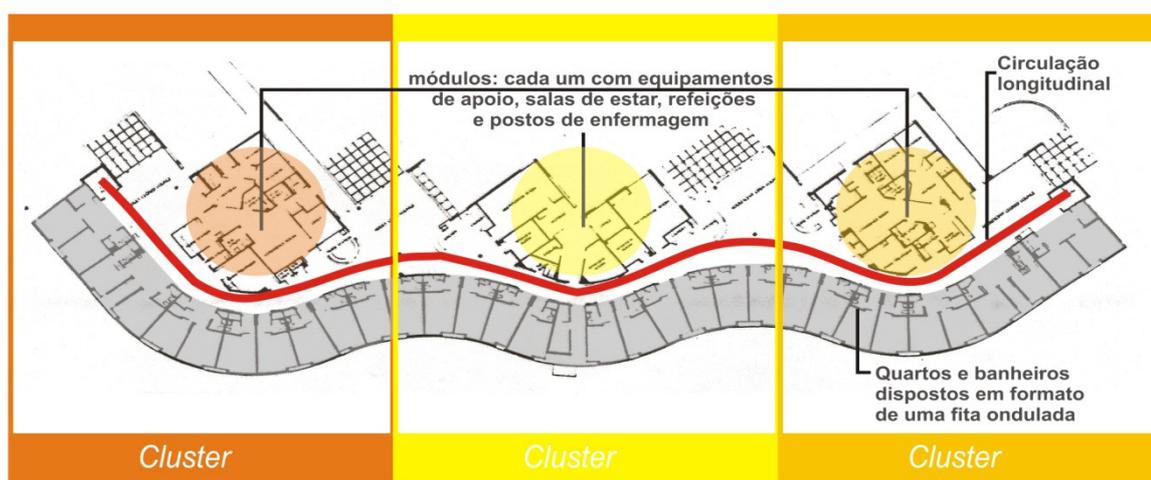


Fig. 86 – Enfermaria do *Vista Hill Psychiatric Hospital* contendo três clusters.
Fonte: Jain Malkin, 1991 – com esquemas elaborados pela autora.

O modelo de concepção espacial tipo cluster busca aproximar-se da escala de constituição dos ambientes de uma casa, apesar de todas as diferenças nítidas envolvidas.

Algumas questões relacionadas ao emprego deste modelo de organização espacial devem, no entanto, ser ressaltadas. Para sua aplicação, necessita-se de um aumento no quadro de funcionários e o custo com a construção também se torna mais elevado, visto a criação de um maior número de ambientes, como as áreas de estar e banheiros, por exemplo. Mesmo assim, atenta-se para os significativos benefícios alcançados, mesmo que exijam investimentos no setor da saúde mental.

V - Prezar pelo emprego de elementos que garantam a segurança dos usuários.

O ambiente deve ser pensado de forma a garantir a segurança de todos os seus usuários. Por isso devem ser tomados cuidados com relação à utilização de elementos e materiais que possam servir de armas, apresentar faces cortantes, ou possibilitar quaisquer demais situações de risco. As portas devem possibilitar abertura para ambos os lados, além de visores (fig. 87), constituídos do mesmo material sugerido para as janelas (materiais transparentes inquebráveis). Outros cuidados devem ser tomados na colocação de elementos no teto, como luminárias ou ventiladores, que devem ser embutidos, pois podem ser utilizados, por exemplo, como ganchos, nas tentativas de suicídio por enforcamento.



Fig. 87 – Exemplo de porta com visor no *St Bernard's Local Secure Unit*.

Fonte: Nightingale Associates, 2008.

VI - Empregar materiais de acabamento considerando sua funcionalidade e agradabilidade.

Todos os materiais de acabamento empregados, além de estimular sensações agradáveis, devem primar pela segurança, resistência e fácil limpeza.

O piso deve ser constituído de preferência em cerâmica antiderrapante para alto tráfego e, por questões ligadas principalmente a higiene, apresentar cores claras.

Para o teto vários são os materiais que podem ser utilizados na sua constituição, como: placas de PVC, fibra natural, madeira e outros. No entanto, alerta-se somente para o emprego de cores claras, possibilitando a reflexão da luz incidente e auxiliando na iluminação dos ambientes.

Já com relação às paredes é possível utilizar o emprego de cores, sempre observando a natureza da atividade principal do local. Se o ambiente possui características de descanso e repouso, como no caso dos quartos, pode-se utilizar cores como o azul e o verde (fig. 88), tomando cuidado para buscar o equilíbrio entre os tons, não utilizando-os de maneira muito forte, nem totalmente pálidas. Já nas áreas de estar e refeição podem ser utilizadas cores mais vivas e estimulantes, como os tons de laranja e amarelo.



Fig. 88 – Uso da cor verde em um quarto de uma unidade psiquiátrica para adolescentes, Estado da Califórnia, EUA.
Fonte:Gamble,2008.

Outra questão importante é a utilização de pinturas laváveis ou o emprego de material diferenciado que possibilite fácil limpeza, até uma altura de 1,30m. Uma sugestão é a colocação de pisos vendidos como uma espécie de manta emborrachada ou o emprego de pisos vinílicos (ambos possuem grande variedade de cores) para recobrir o trecho inferior das paredes, conformando lambris. Salienta-se também a necessidade de destacar o plano horizontal do piso do vertical das paredes, deixando evidente a linha de intersecção entre os dois, o que auxilia no deslocamento e na manutenção do sentido de equilíbrio de pacientes que estejam com eventuais tonturas, em função dos medicamentos.

Além destes cuidados é ainda recomendável a utilização de cantoneiras arredondadas nas quinas das paredes, evitando arestas em 90° que são facilmente desgastadas com o reboco,

e o uso de rodapé flexível de borracha, também arredondado nos cantos, facilitando a limpeza dos locais.

7.2.2 Pátios

Criar projeto paisagístico para os pátios internos das enfermarias, considerando suas necessidades e especificidades, constitui-se em uma diretriz básica a ser cumprida. Apesar de constituírem-se em locais que possibilitam a integração direta do paciente com o exterior, o descaso com estes espaços é claramente evidenciado na realização do estudo de caso.

O projeto destes locais deve seguir os mesmos princípios norteadores gerais que envolvem a elaboração de áreas externas: criação de diferentes ambientes, traçado de caminhos, emprego de vegetação, pisos e mobiliários adequados. Ressalta-se, porém, questões específicas relacionadas à segurança, materiais a serem utilizados e a facilidade de manutenção dos elementos empregados. Estas questões específicas são, a seguir, apresentadas na forma das diretrizes projetuais direcionadas aos pátios.

I - Necessidade da elaboração de ambientes diferenciados.

Esta diretriz diz respeito a duas questões: a necessidade de configuração de espaços mais reservados e outros de convívio e integração; e a criação de áreas sombreadas e áreas de incidência direta do sol.

Espaços mais reservados podem ser efetivados tanto por meio de configurações espaciais formais, como as configurações em “L” observadas no estudo de caso, quanto pelo uso de vegetação, conformando delimitações de ambientes. Porém, cuidados são necessários para que estes espaços não se configurem totalmente fechados, de forma a torná-los perigosos. Deve-se, também, prever possibilidades de escolha para expor-se ao sol (fig.89 – pág. 158) ou permanecer à sombra de árvores ou de um pergolado/gazebo (fig. 90 – pág. 158), dependendo da vestimenta, hora do dia ou estação do ano.



Fig. 89 – Exemplo de área de bancos ao sol, *Alaska Psychiatric Institute*, Anchorage, EUA.
Fonte: Smitch, 2006.



Fig. 90 – Exemplo de área coberta, tipo gazebo, Hospital Psiquiátrico *Menninger Foundation*, Houston, EUA. Fonte: Menninger, 2008.

II - Critérios na escolha e posicionamento da vegetação.

O emprego da vegetação deve ser considerado de extrema importância na conformação destes espaços. A natureza é rica em formas, texturas, aromas e cores, constituindo-se em uma fonte inigualável de estímulos para nosso sistema sensorial, como anteriormente já destacado na revisão de literatura. Observa-se, no entanto, alguns critérios relacionados à escolha e ao seu posicionamento específico para os pátios das enfermarias.

Com relação ao emprego, principalmente, de vegetação do tipo forração, é importante levantar que sua utilização diminui a temperatura do ambiente, dando condições térmicas mais agradáveis ao local, além de quebrar a rigidez do emprego de grandes áreas pavimentadas. Porém, exige manutenção permanente podendo ocasionar acúmulo de sujeira e focos de contaminação. Desta forma, áreas cobertas por este tipo de vegetação, por exemplo, devem ser utilizadas de forma criteriosa nestes espaços (fig.91).



Fig. 91 – Ilhas de vegetação localizadas em determinadas áreas do pátio interno - *Mid Hertfordshire Community Treatment Units*, EUA. Fonte: Maap, 2005.

Outra opção para locação de forrações com florescências ou folhagens é o uso de canteiros elevados, podendo-se criar alturas diferenciadas, promovendo a diversificação da vegetação empregadas e evitando que estas se localizem direto no chão, onde correm o risco maior de serem pisoteadas (fig.92).

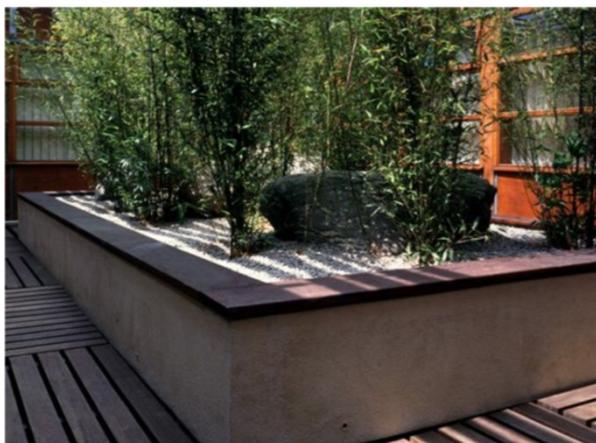


Fig.92 – Canteiros altos também constituindo-se em bancos do Hospital Psiquiátrico *Stormont Health Center*, EUA.
Fonte: Greenhill, 2008.

Já a vegetação arbustiva pode ser empregada de maneira a não conformar paredes laterais totalmente opacas, impedindo, por completo, a visualização do local. Neste sentido é importante observar a altura de poda e a densidade das folhagens. Podem ser utilizados arbustos altos, delimitando espaços, mas que possibilitem a visualização por entre suas folhas. A escolha deste tipo de vegetação pode ainda contar com espécies que possuam cores e odores diferenciados, proporcionando estímulos agradáveis aos usuários.

Com relação à locação de árvores nestes ambientes, destaca-se que estas devem apresentar pequeno porte, ou seja, possuir altura entre 2 a 4 metros, visto que os pacientes podem escalar seu tronco e vir a sofrer acidentes por quedas. O posicionamento das árvores também deve evitar a proximidade junto a telhados e muros, pois os pacientes podem tentar utilizá-las como meio de transposição para possíveis fugas.

Outra questão está relacionada à espécie de árvore escolhida. A possibilidade de empregar uma espécie que apresente florescências, garante o emprego de cores na vegetação, visto que forrações ou arbustos floridos, por permanecerem na altura de fácil acesso das mãos, podem ser, constantemente, arrancadas. O ipê-rosa-anão, o jasmim manga e a cerejeira ornamental são bons exemplos de espécies que podem ser empregadas na composição vegetal

destes projetos, pois possuem pequeno porte e apresentam florescências em determinadas épocas do ano.

III - Emprego de pisos com baixa absorção de calor e que possibilitem a segurança.

Devem ser utilizados pisos próprios para áreas externas, que apresentem resistência ao alto impacto e tráfego, sejam antiderrapantes, de fácil limpeza e manutenção.

Outra questão está relacionada ao fato de muitos pacientes andarem descalços pelos ambientes, o que aponta a necessidade do emprego de materiais que apresentem baixa absorção de calor.

Uma sugestão são os pisos inter-travados que reúnem muitas destas características, facilitando a permeabilidade do solo, pois tratam-se de pisos drenantes, do tipo assentados sobre berço de areia, auxiliando nas questões relativas ao não acúmulo de águas, e evitando a formação de limos e musgos.

IV - Implantação de mobiliários em material resistente e layouts compatíveis com a natureza dos ambientes.

A necessidade de mobiliários é mais que evidente no estudo de caso realizado, quando pacientes utilizam seus colchões, deslocando-os para o pátio, por não terem onde permanecer. Além disso, também se observa a necessidade de sua constituição em material resistente, visto as depredações que acabam sofrendo.

Desta forma, os bancos devem ser fixos, podendo constituírem-se em estrutura metálica ou de concreto e possuírem aplicações de madeira em sua base e encosto. A aplicação da madeira visa, principalmente, melhorar as condições de conforto, ligadas à temperatura do material e à eliminação do caráter rígido e pesado do concreto, por exemplo. Também é proposta a locação de bancos sem encosto, com largura suficiente a garantir que o paciente possa utilizá-los para deitar-se, e conjuntos de mesas e cadeiras também fixas, todos elaborados com os mesmos materiais anteriormente descritos.

Para garantir uma melhor utilização e aproveitamento dos espaços, sugere-se ainda a junção dos bancos aos canteiros elevados, conformando ilhas de equipamentos e liberando espaços para as circulações.

Chama-se atenção, ainda, para a preocupação com os layouts configurados, devendo ser observados os espaços que requerem interação no pátio, e onde devem ser empregadas conformações sociopetais (fig. 93).



Fig. 93 – Exemplo de mobiliário com formato côncavo, possibilitando conformação sociopeta do espaço - Pátio interno do Hospital Psiquiátrico Southwestern, Londres, Inglaterra.
Fonte: Greenhill, 2008.



Fig. 94– Muro do pátio interno em tijolos, Hospital Psiquiátrico Southwestern, Londres, Inglaterra.
Fonte: Greenhill, 2008.

V - Cuidados na delimitação espacial.

As delimitações do espaço, destinadas à configuração do pátio, são também pontos importantes, porém, difíceis de serem trabalhados. São eles que restringem a área a ser utilizada pelo paciente, além do contato visual com o meio externo. A utilização de muros altos é a solução ainda considerada, evitando formas de transposição dos limites impostos aos pacientes.

No entanto, devem-se buscar formas de amenizar estes limites. Como os muros não podem apresentar elementos que facilitem a escalada dos pacientes, recobri-los com vegetação, por exemplo, pode servir de apoio para sua transposição. Resta-nos pensar em alternativas como confecção em tijolos à vista (fig.94), revestimentos em pedra, madeira, ou mesmo o uso de cores estimulantes.

A aplicação de painéis pintados pelos próprios pacientes também pode ser utilizada, em determinados pontos do pátio, alertando principalmente para os cuidados relativos à poluição visual e uso de desenhos agressivos ou por demais confusos, que possam vir a causar sensações perturbadoras.

7.2.3 Espaços destinados à prática de atividades terapêuticas

Como anteriormente observado na revisão de literatura, a potencialização destes espaços remete a uma das indicações apontadas pelo processo da Reforma Psiquiátrica, relacionada à intensificação de um conjunto de atividades terapêuticas por parte das atuais estruturas hospitalares destinadas ao atendimento em saúde mental. Neste sentido, algumas diretrizes espaciais são a seguir apontadas, destacando que pequenas soluções aplicadas a estes espaços trazem grandes melhorias a qualidade de seus ambientes.

I - Emprego de configurações e formas espaciais livres.

Os espaços destinados a prática de atividades terapêuticas são espaços que possuem, arraigados em sua essência, um clima de descontração, integração e relaxamento. Desta forma, devem transmitir maior liberdade e flexibilidade espacial em sua concepção (fig. 95).



Fig. 95 – Espaço para prática terapêutica esportiva do Instituto de Psiquiatria de São Paulo; possui integração direta com o pátio e pode ser utilizado para demais atividades ocupacionais.
Fonte: Acervo fotográfico IPq/SP, 2008.

Composições espaciais, como no exemplo do estudo de caso, em formatos circulares ou que possibilitem usos e disposições variadas de layout, devem ser exploradas. A opção por ambientes que permitam a conformação de áreas menores, para trabalhos com grupos reduzidos, também deve ser considerada, permitindo a flexibilidade de uso destes espaços.

II - Integração entre o interior e o exterior

A integração com o exterior também se apresenta como chave para o projeto de ambientes desta natureza. Além das janelas, utilizando o modelo sugerido anteriormente para as enfermarias, é fundamental a presença de áreas cobertas onde podem ser realizadas atividades integradas diretamente com os pátios.

Destaca-se, ainda, outra forma possível de integração com o exterior através do emprego da iluminação zenital nestes ambientes, aumentando os níveis de incidência da luz natural.

III - Uso de cores estimulantes e demais distrações positivas

Além da utilização das diretrizes citadas para os materiais de acabamento das enfermarias, ressalta-se, em específico, para a composição espacial destes ambientes, o uso de cores estimulantes e o incentivo a criação de painéis e quadros nas paredes. No entanto, da mesma forma que nas indicações relacionadas aos muros, deve-se tomar os devidos cuidados, evitando a poluição visual dos ambientes.

CAPÍTULO 8: CONCLUSÃO

Neste capítulo são relatadas as principais conclusões do presente trabalho, buscando identificar como os objetivos e respostas às perguntas de pesquisa, inicialmente delineados, foram alcançados.

Posteriormente, são apontadas colocações acerca das dificuldades encontradas na realização da dissertação e elaboradas recomendações específicas para futuras pesquisas na área.

8.1 Conclusões gerais da pesquisa

Este trabalho foi desenvolvido com a intenção principal de formular diretrizes gerais de projeto para edificações hospitalares psiquiátricas, após a Reforma. Para alcançar este objetivo, a estruturação inicial da pesquisa apresentou-se como de fundamental importância, organizando-se de forma teórico-empírica na revisão de literatura e estudo de caso.

A revisão de literatura possibilitou, a partir da reunião de informações e dados científicos, a elaboração de um panorama geral dos temas considerados fundamentais para alcançar os objetivos, referentes à Reforma Psiquiátrica e ao aporte da Psicologia Ambiental.

Já o estudo de caso permitiu a aproximação com a realidade, trazendo a oportunidade de observar os espaços e as situações reais de uma instituição hospitalar psiquiátrica, abordando as questões levantadas na parte teórica.

Para obter as informações referentes ao primeiro objetivo específico, relativo às mudanças espaciais necessárias designadas pela Reforma, apresentamos, no capítulo 2, o processo, a legislação e as alterações no tratamento que ocorreram, de forma geral, em nível mundial, nacional e estadual. Destaca-se que a principal alteração sofrida pelos espaços hospitalares diz respeito à retirada das enfermarias de longa permanência destas instituições, devolvendo os pacientes aos seus lares ou inserindo-os em residências terapêuticas. Outras mudanças, também ocorrem como: a conseqüente diminuição do número de leitos, o emprego da internação de curta permanência como principal função das estruturas hospitalares e a exigência do fortalecimento das atividades terapêuticas nestas instituições. Cabe aqui, ainda, uma reflexão em relação à exclusão de pacientes crônicos de longa permanência destas

instituições. Este processo é demasiadamente delicado e deve ser realizado de forma segura e com forte auxílio de assistência social. É fato que dar-lhes a possibilidade de viver junto às suas famílias ou mesmo em grupos menores, em residências terapêuticas, é realmente uma evolução do pensamento psiquiátrico sobre o doente mental. Porém, é necessário acompanhamento contínuo destes indivíduos e cuidados na sua assistência, objetivando sua reinserção na sociedade e evitando marginalização ou abandono pelos próprios familiares. Ainda hoje, estes fatos são facilmente evidenciados quando familiares, ao darem entrada na documentação para internação, mentem sobre os dados de contato, como endereço e telefone, numa tentativa de não serem mais contactados, sugerindo um provável abandono. Por isso, é de extrema importância que as famílias que realmente não tenham condições de oferecer os cuidados necessários a seus entes, possam conseguir vaga junto às residências terapêuticas, ou o problema será de ordem ainda maior.

Quando destacamos, no segundo objetivo específico, a busca pela compreensão da relação entre o ser humano e o ambiente, procurando levantar quais atributos espaciais poderiam trazer benefícios (ou não) aos seus usuários, abordamos nos capítulos 3 e 4, respectivamente, o estudo da psicologia ambiental e da humanização dos ambientes.

Com o aporte da psicologia ambiental conseguimos entender como os estímulos do meio interferem no comportamento do ser humano. Concluímos que estes estímulos são obtidos e captados por nossos sistemas perceptivos, sendo posteriormente tratados pelas atividades mentais, configurando, ao final, uma resposta do ser humano em forma de um comportamento.

Já quando abordamos a humanização do ambientes, observamos como essa relação pode ser sinomórfica quando consideramos o usuário como foco principal do projeto. Ainda neste capítulo, ressaltamos os atributos necessários à humanização, como o suporte social, o controle do ambiente e as distrações positivas, além da utilização da luz, cor, som, aroma, textura e forma como características espaciais que, se empregadas de forma correta e equilibrada, podem acarretar em comportamentos e sensações benéficas, diminuindo o nível de estresse dos usuários.

Após conhecimento da literatura adquirido foi de fundamental importância o cumprimento do terceiro objetivo específico, que consistia em observar as questões, até então abordadas teoricamente, em situações reais, através da realização de um estudo de caso.

Este objetivo foi alcançado com a realização da análise de alguns espaços de um Complexo Psiquiátrico situado no estado de Santa Catarina, onde foi possível detectar as alterações espaciais realizadas após a Reforma e analisar ambientes importantes, com foco na

relação humano x ambiente. Neste sentido, observamos de perto uma realidade difícil de ser compreendida. Muitos dos conceitos e elementos da parte teórica aparecem agora carregados de sentido e as informações coletadas, relatadas racionalmente e cientificamente no trabalho, ganham uma dimensão diferente quando visualizadas de forma direta no estudo prático destes espaços.

Com base em toda a experiência adquirida, foi possível formular diretrizes gerais de projeto, objetivo principal deste presente trabalho. Ressalta-se, ainda, que devido à necessidade encontrada de se postular direcionamentos gerais, acerca da edificação hospitalar, alguns princípios foram elaborados. Já as diretrizes restringiram-se a indicações referentes aos espaços de mesma natureza de atividades dos ambientes analisados no estudo de caso. A formulação dos princípios e diretrizes de projeto fundamentou-se em potencializar espacialmente as questões levantadas como positivas, tanto as referentes à Reforma, quanto as que abarcam atributos e elementos considerados benéficos na constituição espacial destes locais.

Ao final desta pesquisa, observa-se claramente a complexidade na elaboração de projetos de edificações hospitalares psiquiátricas, principalmente devido ao hiato estabelecido entre o arquiteto e o usuário principal destas instituições, o paciente. O desconhecimento dos comportamentos inerentes às diferentes patologias mentais e de sua relação com os ambientes dificulta e, até mesmo, impossibilita a elaboração de espaços adequados, de qualidade e que contribuam para o bem estar dos usuários. Desta forma, destaca-se que os conhecimentos obtidos, ao final do presente trabalho, apontam um conjunto de pré-requisitos essenciais à elaboração ou reformulação destes espaços, auxiliando a decisão de projeto.

Além desta esfera de atuação do profissional arquiteto destaca-se a necessidade de uma mudança em âmbito muito maior, promovendo não somente a alteração dos espaços e dos tratamentos, mas, também, a forma de se pensar a doença mental. Torna-se necessário modificar a maneira de encarar o paciente acometido por problemas mentais e retirar este estigma de desprezo, que se rebate nas condições dos espaços destinados ao seu tratamento.

Todos estes fatores nos fazem ressaltar a necessidade de que as mudanças tenham caráter e escala ainda maiores. O diagrama conceitual é novamente retomado do item 2.4.2 (fig. 5, pág. 36) como uma síntese dos anseios de alteração dos espaços hospitalares psiquiátricos, devendo ser empregado em todas as esferas de ação relacionadas à saúde mental, como uma espécie de estratégia a ser difundida.

8.2 Dificuldades encontradas para realização do trabalho

Questões específicas referentes à realização do trabalho em instituições psiquiátricas geraram dificuldades durante o desenvolvimento da pesquisa.

Inicialmente pode-se alertar que estas instituições são muito fechadas em relação à realização de estudos. No caso específico do Complexo Psiquiátrico analisado, a permissão para a realização do trabalho foi concedida após envio de uma carta de solicitação e de uma reunião, realizada com membro da administração do Hospital, quando foi explicitada a pesquisa. Não foi, portanto, necessária a aprovação do trabalho pelo comitê de ética da própria Instituição. Um profissional da Instituição foi convidado a ser orientador de campo, auxiliando no encaminhamento e no direcionamento para a coleta de informações necessárias. Porém, já para a realização das visitas ao CAPS Ponta do Coral II foi necessário realizar a aprovação do projeto de pesquisa junto ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina (documento anexado ao final do trabalho), apresentando-se como processo demasiadamente lento, exigindo uma lista de documentações tanto dos pesquisadores envolvidos quanto da Secretaria Municipal da Saúde.

Com relação ao desenvolvimento do estudo de caso do Complexo Psiquiátrico, dificuldades foram detectadas referentes aos projetos arquitetônicos de suas instalações. Projetos que nunca haviam sido realizados possuíam material arquivado, porém, muitas das plantas baixas da situação atual não foram encontradas, não existindo sequer uma implantação do Complexo.

Outra questão está relacionada à necessidade de acompanhamento contínuo por profissionais da equipe de segurança, ou por funcionários da própria enfermagem, durante a realização das visitas aos ambientes estudados, prevenindo a ocorrência de problemas, caso pacientes estivessem em estado exaltado ou apresentassem reação negativa a permanência do pesquisador nos ambientes. Neste sentido, o trabalho despendeu muito tempo destes profissionais, que possuíam outras atividades a serem realizadas, principalmente durante o período de levantamento físico, realizado em todos os ambientes estudados. No início, para a realização dos primeiros contatos e levantamentos, o clima era tenso e de preocupação com relação à reação dos pacientes, porém, com a frequência das visitas, este clima passou a estabilizar-se.

A impossibilidade de realizar entrevistas com os pacientes, visto as condições psicológicas alteradas ou a ação de medicamentos, é outra questão importante a ser

considerada. Este fato direcionou a aquisição de informações indiretas do usuário principal, por meio da realização das entrevistas com funcionários que estão em contato diário com os pacientes. Desta forma, questões que poderiam ser consideradas importantes para os pacientes são vistas como negativas ou como empecilhos ao desenvolvimento de suas tarefas e atividades, por parte dos funcionários. Isto acontece, por exemplo, com relação às áreas mais reservadas dos pátios, quando os funcionários solicitam constantemente sua retirada, fato ocorrido no caso do pátio da enfermaria feminina, quando da redução de metade de sua área.

8.3 Recomendações para pesquisas futuras

Com relação à realização de pesquisas futuras recomenda-se o estudo de diferentes áreas do conhecimento:

a) Reforma psiquiátrica: outros estudos podem ser ainda realizados, tendo como foco específico as residências terapêuticas, que devem acolher os pacientes crônicos, abarcando questões importantes relacionadas a adaptação destas casas a este novo uso, ou até mesmo com relação aos CAPS, estudando seu programa de necessidades e sua conciliação com configurações espaciais coerentes.

b) Psicologia Ambiental: sugere-se o aprofundamento dos estudos relativos ao espaço pessoal dos pacientes destas instituições, semelhantes aos realizados pelo psicólogo Robert Sommer (citados no capítulo 3), como forma de compreender as diferentes lógicas utilizadas, dependendo da doença mental analisada e das variáveis do contexto existentes;

c) Humanização: propõem-se estudos de campo mais exaustivos que relacionem diretamente os atributos e elementos arquitetônicos com as diferentes psicopatologias, estreitando a relação entre o comportamento típico de cada doença e suas necessidades espaciais. Este trabalho deve ser realizado em conjunto com profissionais da área da saúde, como os psiquiatras e psicólogos.

d) Técnica e *design*: sugere-se a realização do estudo de elementos importantes da constituição espacial, direcionados a atender situações conflituosas, como no caso dos muros e das esquadrias. Ambos os elementos, além de garantir a segurança, devem desvincula-se dos modelos estereotipados tradicionais, empregados nestas instituições. Desta forma, devem-se estudar outros elementos, a partir da elaboração de novos projetos e reformulações, criando e redesenhando diferentes possibilidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** Rio de Janeiro : Fiocruz, 1995. 136p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria que estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS. **Portaria/GM nº 251**, de 31 de janeiro de 2002.

Disponível em: < <http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/4124.html>> Acesso em: 11 de setembro 2007

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil.** Brasília : Ministério da Saúde, 2005.

BINS ELY, Vera Helena Moro. **Avaliação de fatores determinantes no posicionamento de usuários em abrigos de ônibus a partir do método da grade de atributos.** Florianópolis, 1997. 208f. Tese (Doutorado em Engenharia) – Departamento de Engenharia de Produção e Sistemas, Universidade Federal de Santa Catarina.

BINS ELY, Vera Helena Moro; CAVALCANTI, Patrícia Biasi Cavalcanti; BEGROW, Ana Paula; DENK, Estela Cristina. Avaliação pós-ocupação como instrumento de humanização em áreas de internação hospitalar – Estudo de caso Hospital Polydoro Ernani de São Thiago. In: ENCONTRO NACIONAL DE ERGONOMIA DO AMBIENTE CONSTRUÍDO, 1, 2007, Recife. **Anais do Encontro Nacional de Ergonomia do Ambiente Construído.** Recife, 2007.

CAVALCANTI, Patrícia Biasi Cavalcanti. **Qualidade da Iluminação em Ambientes de Internação Hospitalar.** Porto Alegre, 2002. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo). Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

CLARK, Roger H.; PAUSE, Michael. **Arquitetura: temas de composicion.** Barcelona: G. Gili, 1983.

DISCHINGER, Marta. **Designing for all senses: accessible spaces for visually impaired citizens.** Göteborg, Sweden, 2000. Thesis (for the degree of Doctor of Philosophy) – Department of Space and Process Scholl of Architecture, Chalmers University of Technology.

FONSECA, A. Fernandes da. **Psiquiatria e Psicopatologia.** Lisboa : Fundação Calouste Gulbenkian, 1997.

FONTOURA, Arselle de Andrade da. **Por entre Luzes e Sombras: Hospital Colônia Santana: (re) significando um espaço da loucura.** Florianópolis, 1997. 160f. Dissertação (Mestrado em História). Universidade Federal de Santa Catarina.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura: na idade clássica.** São Paulo : Perspectiva, 2005. 551p.

GAPPEL, Milicent. Psychoneuroimmunology. In: symposium on Healthcare Design, 4, 1991, Boston. **Innovations in Health Design: selected presentations from the first five symposia on Health Design.** New York : Sara O. Marberry, 1995. p.115-120.

- GIBSON, James J. **The senses considered as perceptual systems**. Houghton Mifflin, Boston, 1966.
- GIFFORD, Robert. **Environmental Psychology: Principles and Practice**. 1987.
- HALL, Edward Twitchell. **A dimensão oculta**. São Paulo: Martins Fontes, 2005. 258 p.
- ITIRO, Iida. **Ergonomia: projeto e produção**. São Paulo : Edgard Blücher, 2005.
- ITTELSON, William H.; PROSHANSKY, Herold M.; RIVILIN, Leane G.; WINKEL, Gary H. **An Introduction to Environmental Psychology**. New York : David Dempsey Editorial Associate, 1974. 408p.
- MALKIN, Jain. **Hospital Interior Architecture Creating Healing Environments for Special Patient Population**. New York : JOHN Wiley & Sons, Inc.,1991.
- MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da Percepção**. São Paulo: Martins Fontes, 1999
- OKAMOTO, Jun. **Percepção Ambiental e Comportamento: visão holística da percepção ambiental na arquitetura e na comunicação**. São Paulo : Mackenzie, 2002. 261p.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1993.
- PENNA, Antonio Gomes. **Percepção e Realidade: introdução ao estudo da realidade perceptiva**. Rio de Janeiro : Imago editora, 1993.
- PESSOTI, Isaias. **O século dos manicômios**. São Paulo : Editora 34, 1996. 300p.
- SANTOS, Nelson Garcia. **Do Hospício à Comunidade: políticas públicas de saúde mental**. Florianópolis : Letras Contemporâneas, 1994. 116p.
- SANTOS, Mauro; BURSZTYN, Ivani. **Saúde e Arquitetura: caminhos para a humanização dos ambientes hospitalares**. Rio de Janeiro : Editora Senac Rio, 2004. 107p.
- SNYDER, James C.; CATANESE, Anthony. **Introdução à Arquitetura**. Rio de Janeiro : Campus, 1984. 422p.
- SOMMER, Robert. **Espaço Pessoal**. São Paulo : Editora pedagógica e Universitária Ltda, 1973. 221p.
- TUAN, Yi-fu. **Topofilia: Um estudo da percepção, atitudes e valores do meio ambiente**. Tradução: Lívia de Oliveira. São Paulo : Difel, 1980.
- ULRICH, Roger S. Effects of healthcare Interior Design on Wellness: Theory and recent scientific research. In: symposium on Healthcare Design, 4,1991, Boston. **Innovations in**

Health Design: selected presentations from the first five symposia on Health Design.
New York : Sara O. Marberry, 1995. p.88-104.

VASCONCELOS, Renata Thaís Bomm. **Humanização de Ambientes Hospitalares:** características arquitetônicas responsáveis pela integração interior exterior. Florianópolis, 2004. 175f. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo). Universidade Federal de Santa Catarina.

ZEISEL, John. **Inquiry by design-tools for environment behavior research.** Califórnia : Cambridge University Press, 1981.

DOCUMENTOS CONSULTADOS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Aprova as normas que com estas baixam destinadas ao exame e aprovação dos Projetos físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde. **Portaria nº 1884**, de 11 de novembro de 1994. Disponível em: < <http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/search.php> > Acesso em: 04 de outubro 2007

_____. **Lei nº 10216**, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em:< <http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/3605.html>.> Acesso em: 11 de setembro 2007

_____.Ministério da Saúde. Portaria que define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Estes serviços passam a ser categorizados por porte e clientela, recebendo as denominações de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad. **Portaria/GM nº 336**, de 19 de fevereiro de 2002
Disponível em: < <http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/4125.html>> Acesso em: 11 de setembro 2007

_____.Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Resolução – **RDC nº 50**, de 21 de fevereiro de 2002b.
Disponível em: < http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/50_02rdc.pdf> Acesso em: 04 de outubro 2007

_____.**Lei nº 10.708**, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Disponível em:< <http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/7461.html>.> Acesso em: 11 de setembro 2007

_____.Ministério da Saúde. Secretaria Executiva.Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Coordenação Geral de Documentação e Informação. **Legislação em Saúde Mental.** Brasília : Ministério da Saúde, 2001.

BELL, Paul A.; GREENE, Thomas C. ; FISHER, Jeffrey D.; BAUM, Andrew.
Environmental Psychology. Philadelphia : W. B. Saunders Company, 1978.

CHING, Francis D. K. **Arquitetura, forma, espaço e ordem**. São Paulo : Martins Fontes, 1998. 399p.

CLEMESHA, Maria Regina. Ambiente Terapêutico e o Hospital que Funciona. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL NUTAU: DEMANDAS SOCIAIS, INOVAÇÕES TECNOLÓGICAS E A CIDADE, 2004, São Paulo. **Anais do Seminário Internacional NUTAU (Núcleo de Tecnologia em Arquitetura e Urbanismo): Demandas Sociais, Inovações Tecnológicas e a Cidade**. São Paulo. 2004.

CUNHA, Luiz Cláudio Rezende. A Cor no Ambiente Hospitalar. In: CONGRESSO NACIONAL DA ABDEH.1, 2004, **Anais do Congresso Nacional da ABDEH**. 2004. p. 57-60.

D' ANDREA, Flávio Fortes. **Transtornos Psiquiátricos do Adulto**. Rio de Janeiro : Bertrand Brasil, 1990. 232p.

DEMARTINI, Juliana. **Um olhar arquitetônico sobre os centros de atenção psicossocial infantil: o caso do CAPSI de Cuiabá**. Florianópolis, 2007.125f. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo). Universidade Federal de Santa Catarina.

FERRARA, Lucrecia D' Alessio. **Olhar periférico: Informação, Linguagem, Percepção Ambiental**. 2ad. São Paulo : Editora da Universidade de São Paulo, 1999.

FISCHER, Gustave-N. **Psicologia Social do Ambiente**. Lisboa : SIG, 1994.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo : Perspectiva, 2005. 312p.

GRANDJEAN, Etienne. **Manual de Ergonomia: Adaptando o Trabalho ao Homem**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1998. 338p.

GRIGOLO, Tania Maris. **'Dizem que sou louco'**: um estudo sobre identidade e instituição psiquiátrica. 1995. 100f Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina.

HORTA, Maurício. Caminhos para Maior Humanização. **AU Arquitetura e Urbanismo**, São Paulo, nº 140, p.36-41, novembro de 2005.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Maria de Andrade. **Fundamentos de Metodologia Científica**. São Paulo : Atlas, 1990. 261p.

LOMBARDO, Thomas J. **The reciprocity of Perceiver and Environment: The Evolution of James Gibson's Ecological Psychology**. New Jersey : Lawrence Erlbaum Associates, 1987.

MACHADO, Kátia. **Como anda a Reforma Psiquiátrica?**. Disponível em: <<http://www.enasp.fiocruz.br/radis/38/capa.html>> Acesso em: 10 de outubro de 2007

MARTINS, Vânia Paiva. A Humanização e o Ambiente Hospitalar. In: Congresso Nacional da ABDEH.1, 2004, **Anais do Congresso Nacional da ABDEH**. 2004. p. 63-66.

MIQUELIN, Lauro Carlos. **Anatomia dos Edifícios Hospitalares**. São Paulo : CEDAS, 1992.

ORNELLAS, Cleuza Panisset. **O Paciente Excluído**: história e crítica das práticas médicas de confinamento. Rio de Janeiro : Revan, 1997. 254p.

SACKS, Oliver. **O homem que confundiu sua mulher com um chapéu**. São Paulo : Companhia das Letras, 1999. 264p.

SANTOS, Antonio Raimundo. **Metodologia Científica**: a construção do conhecimento. Rio de Janeiro : DP& A, 2004. 168p.

SERRA, Geraldo Gomes. A Arquitetura do Hospital Psiquiátrico: o caso do Instituto de Psiquiatria IPq. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL NUTAU: DEMANDAS SOCIAIS, INOVAÇÕES TECNOLÓGICAS E A CIDADE, 2004, São Paulo. **Resumos do Seminário Internacional Nutau: Demandas Sociais, Inovações Tecnológicas e a Cidade**. São Paulo : GCIL, 2004. p.106 -109.

STOCKINGER, Rui Carlos. **Reforma psiquiátrica brasileira**: perspectivas humanistas e existenciais. Rio de Janeiro : Editora Vozes, 2007. 127p.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso**: planejamento e métodos. Porto Alegre : Bookman, 2001, 203p.

IMAGENS

Fig.1 - LIMA. **Prisão de Petite Roquette**. Disponível em: < <http://www.vitruvius.com.br/arquitextos/arq000/esp299.asp> > Acesso em: 10 de outubro de 2007

Fig.2 – SILVER. **Narrenturm**. Disponível em: < http://www.foto-julius.at/images_wien_air.html> Acesso em: 25 de fevereiro de 2008.

Fig. 4 – UFRJ IMAGEM. **Hospício de Pedro II**. Disponível em: < http://www.imagem.ufrj.br/index.php?acao=detalhar_imagem&id_img=1803> Acesso em: 25 de fevereiro de 2008.

Fig. 5 – WIKIMAPIA. **Localização do Hospital**. Disponível em: < <http://wikimapia.org>> Acesso em: 02 de outubro 2007.

Fig. 8 – CHINA PHOTOS. **Pacientes**. Disponível em: < <http://www.gettyimages.com> > Acesso em: 05 de abril de 2008.

Fig. 9 – SCHERSCHEL. **Pátio interno**. Disponível em: < <http://www.gettyimages.com> > Acesso em: 05 de abril de 2008.

Fig. 11, 14 - NIGHTINGALE ASSOCIATES. **Iluminação zenital e Uso de formas circulares**. Disponível em: <

<http://www.nightingaleassociates.com/images/Brochures/Nightingale%20interiors%20brochure.pdf> > Acesso em: 05 de abril de 2008.

Fig. 12 - NIGHTINGALE ASSOCIATES. **Uso da cor azul em posto de enfermagem.** Disponível em: < http://195.92.246.148/nhsestates/chad/chad_content/home/home.asp > Acesso em: 01 de maio de 2008.

Fig. 12 - NIGHTINGALE ASSOCIATES. **Uso da cor azul em posto de enfermagem.** Disponível em: < http://195.92.246.148/nhsestates/chad/chad_content/home/home.asp > Acesso em: maio de 2008.

Fig. 75 – BRAN. **Vista aérea da implantação do Instituto Psiquiátrico de Nova York.** Disponível em: < <http://www.arcoweb.com.br/arquitetura/arquitetura10.asp> > Acesso em: maio de 2008.

Fig. 76 e 95 – ACERVO IPQ. **Vista aérea da implantação do Instituto Psiquiátrico de São Paulo e Espaço para prática terapêutica esportiva.** Disponível em: < <http://www.hcnet.usp.br/ipq/obrag/c/012.jpg> > Acesso em: maio de 2008.

Fig. 77 e 90 – MENNINGER. **Pátio interno Hospital Psiquiátrico Menninger Foundation e Exemplo de área coberta.** Disponível em: < <http://www.menningerclinic.com/Virtual-Tour/virtual-tour.htm> > Acesso em: maio de 2008.

Fig. 78, 82, 83, 91 – MAAP. **Espaço para prática terapêutica esportiva, Espaços cobertos, Exemplo de hospital psiquiátrico horizontal e Ilhas de vegetação.** Disponível em: < <http://www.medicalarchitecture.com/CAMHS.htm> > Acesso em: maio de 2008.

Fig. 79 e 88 – GAMBLE. **Sala de estar em unidade psiquiátrica e Uso da cor verde em um quarto.** Disponível em: < <http://www.healthcaredesignmagazine.com/ME2/dirmod.asp?sid=9B6FFC446FF7486981EA3C0C3CCE4943&nm=Articles&type=Publishing&mod=Publications%3A%3AArticle&mid=8F3A7027421841978F18BE895F87F791&tier=4&id=AE46F26382A14AD88B87649BDC24F01D> > Acesso em: abril de 2008.

Fig. 80 – COSTI. **Parte interna da esquadria.** Disponível em: < www.iabrs.org.br/colunas/artigo.php?art=112 > Acesso em: abril de 2008.

Fig. 81 – MACHADO. **Parte externa da esquadria.** Disponível em: < <http://www.arcoweb.com.br/arquitetura/arquitetura596.asp> > Acesso em: abril de 2008.

Fig. 84 – TOLEDO. **Exemplo de terraço jardim.** Disponível em: < http://mtarquitectura.com.br/conteudo/publicacoes/HUMANIZACAO_%20EDIFICIO_HOSPITALAR.pdf > Acesso em: março de 2008.

Fig. 85 – NUTAU. **Trecho de uma enfermaria do IPq/SP.** Disponível em: < <http://www.arcoweb.com.br/arquitetura/arquitetura596.asp> > Acesso em: abril de 2008.

Fig. 87 - NIGHTINGALE ASSOCIATES. **Exemplo de porta com visor.** Disponível em: < http://195.92.246.148/nhsestates/chad/chad_interface/scheme_details.asp?scheme_ID=16 > Acesso em: maio de 2008.

Fig. 89 – SMITCH. **Exemplo de área de bancos ao sol.** Disponível em:

<<http://www.healthcaredesignmagazine.com/ME2/dirmod.asp?sid=9B6FFC446FF7486981EA3C0C3CCE4943&nm=Articles&type=Publishing&mod=Publications%3A%3AArticle&mid=8F3A7027421841978F18BE895F87F791&tier=4&id=C297118470984701A490A3C674F9E791>> Acesso em: fevereiro de 2008.

Fig. 92, 93, 94 - **Canteiros altos, Exemplo de mobiliário com formato côncavo e Muro do pátio interno em tijolos.** Disponível em: < <http://www.greenhilljenner.co.uk> > Acesso em: maio de 2008.

GLOSSÁRIO

Deambulação	Ato ou efeito de deambular; passeio.
Decúbito	Mudança na posição do paciente no leito, evitando que pacientes que possuem pouca ou nenhuma mobilidade, fiquem muito tempo na mesma posição.
Transtorno Somatoforme	É a presença de sintomas físicos como dor, paralisia, cegueira ou surdez, para os quais não há presença de causa física demonstrável. Na ausência de uma causa física, supõe-se que os sintomas tenham origem em causas psicológicas.
Sinomórfico	Adjetivo empregado ao ambiente quando este possui componentes, regras e propósitos que estão em harmonia com o comportamento exteriorizado do ser humano, ou seja, ambiente e comportamento estão em uma relação de simbiose.
Sintomático	Relativo a ou que constitui sintoma.
Transdução	Processo da relação humano x ambiente em que as informações captadas e selecionadas pelo ser humano, na forma das mais variadas energias encontradas no meio (térmica, mecânica, eletromagnética e outras), são transformadas em um único tipo de energia, a energia eletroquímica, que transporta os impulsos nervosos pelo corpo.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro Entrevista Semi-Estruturada (1ªfolha)

Universidade Federal de Santa Catarina
Centro Tecnológico
Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo
Área de Concentração Projeto e Tecnologia do Ambiente Construído

Identificação

Título do Projeto: Diretrizes para a Arquitetura Hospitalar Pós-Reforma Psiquiátrica sob o olhar da Psicologia Ambiental

Pesquisadora responsável: Profª Drª Vera Helena Moro Bins Ely
Pesquisadora principal: Mestranda Leonora Cristina da Silva

Entrevista:
As entrevistas não serão gravadas e serão semi-estruturadas.

Roteiro da entrevista

Entrevista nº:
Data:
Início:
Término:

Caracterização da Amostra

Idade:
Sexo:
Profissão:
Quanto tempo trabalha na instituição?

APÊNDICE A – Roteiro Entrevista Semi-Estruturada (2ªfolha)**Informações Gerais:**

1 - Como chegam os pacientes e como se dá o atendimento inicial?

2- Eles são encaminhados para onde?

3 - Quais tipos de tratamentos são submetidos?

4 - Existe algum tipo de divisão dependendo da doença diagnosticada?

5 - Qual o tempo de permanência na instituição (período da internação)?

Informações relativas ao processo da Reforma Psiquiátrica:

6 - Que alterações espaciais a instituição foi submetida após a Reforma Psiquiátrica?

7 - Qual o futuro da Instituição perante o processo de desospitalização?

APÊNDICE B - Planilha de Avaliação do Ambiente – 2ª Enfermaria Masculina (1ªfolha)

Informações	Análise dos elementos objetivos		Av.	
	Atributos/elementos	Descrição		
Espacial	Configuração/ Forma do ambiente	Configuração linear - dois grandes espaços retangulares p/leitos e uma terceira área onde se concentram os ambientes de apoio (posto enfermagem, consultório, refeitório rouparia, banheiro e outros). Distribuição e posicionamento espacial coerentes, porém gerando grandes percursos devido a concentração das áreas de apoio em uma das extremidades da enfermaria.	+/-	
	Dimensões do ambiente (proporções /escala)	Os dois ambientes, destinados aos leitos, foram configurados para constituírem-se originalmente, cada um, em um espaço único com pé-direito alto, sendo hoje recompartimentados com a constituição de quartos menores, por meio de divisórias (adaptação dos espaços); área dos quartos abaixo da norma. Refeitório pequeno, porém, dentro das exigências da norma, não comportando de maneira confortável o número de leitos da enfermaria.	-	
	Circulações (fluxos)	Circulação principal central ao longo da enfermaria; conformação de grandes corredores. Possui medida abaixo do solicitado pela norma.	-	
	Material de acabamento (cor /contraste, material/ textura)	piso	Cerâmico na cor clara, apresentando pouco contraste com a parede/ divisória; não é antiderrapante;	+/-
		parede	Pintura na cor azul clara, muito desgastada e suja, muitas rachaduras próximo ao teto e danificações de reboco, principalmente nas quinas e próximo ao piso;	-
teto		Ferro em pvc (cor branca) bom estado.	+	
Modelo/dimensões	Modelo tipo basculante com 6 folhas horizontais, em alumínio na cor branca. Dimensões: 2,50mx1,00mx 1,90m (larg.x alt x peitoril); Permite o controle de acesso e segurança do ambiente.	-		
Aberturas	Posicionamento (orientação solar)	As janelas estão posicionadas nas fachadas nordeste, o que proporciona o sol pela manhã, e sudoeste proporcionando o sol da tarde, mas de forma não muito intensa.	+	
	Relação com o exterior	Existente somente pelas janelas de peitoril alto que não permitem o contato visual; relação muito restrita devido as necessidades de controle.	-	
	Controle (ventilação, regular luz)	Possibilita controle de ventilação através da regulagem das basculantes (porém de difícil acesso); não possibilita controle de iluminação	-	

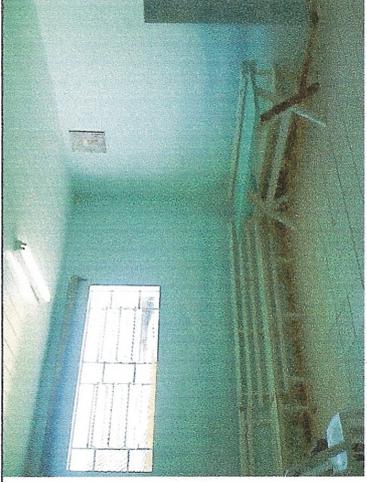
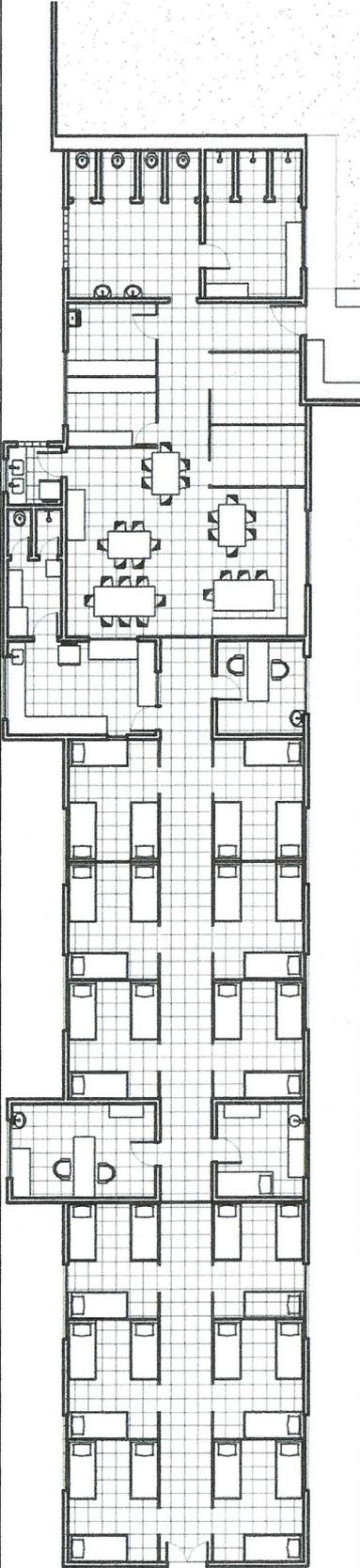
APÊNDICE B - Planilha de Avaliação do Ambiente – 2ª Enfermaria Masculina (2ªfolha)

Informações	Análise dos elementos objetivos		AV.	
	Atributos/elementos	Descrição		
Equipamento / mobiliários	Quantidade/tipo/material/uso	Setor 1 e Setor 2	Três camas de madeira por quarto e, devido a insuficiência de leitos, alguns colchões espalham-se pela enfermaria.	-
		Refeitório	Refeitório com bancos de madeira próximos as paredes, uma mesa de madeira e demais mesas e cadeira plásticas, que permanecem armazenadas no depósito ao lado, sendo somente os layouts montados durante as refeições.	-
	Layout	Setor 1 e Setor 2	Algumas distâncias estão fora da norma	-
Conforto Acústico	Sons no ambiente/ Isolamento acústico	Refeitório	Quando o layout está montado para as refeições observam-se circulações apertadas e conturbadas.	-
			Os sons do exterior são praticamente nulos, exceto quando ocorre alguma perturbação devido a agitação de paciente não havendo nenhum isolamento acústico da edificação; internamente os barulhos produzidos pelos próprios pacientes é que, por vezes, acarretam incômodos aos demais. Os leitos, por apresentarem-se com divisórias baixas, constituídas de material sem isolamento, e sem portas, acabam por receber todos os sons do ambiente;	-
Conforto Térmico	Ventilação (aromas) do ambiente/temperatura		Nos dias de realização dos levantamentos (mês de janeiro) o ambiente estava abafado. A ventilação cruzada apresenta-se insuficiente (área de ventilação das janelas muito pequena em relação ao tamanho dos ambientes). Forte cheiro de cigarro e urina.	-
Conforto Lumínico	Iluminação (luz) natural/artificial		A iluminação natural é pouco explorada, visto a constituição de janelas altas e de dimensões pequenas em relação ao tamanho dos ambientes; O sistema de acendimento único para todo o setor, em decorrência da anterior estruturação em um espaço único, não permite acendimentos separados por quartos. A altura em que estão localizadas as lâmpadas, devido pé-direito alto, aliada a escassez de pontos e modelo de luminária por vezes inadequado (algumas luminárias são do tipo spot de somente 1 lâmpada) tornam o corredor central pouco iluminado, conformando uma espécie de penumbra.	-

APÊNDICE B - Planilha de Avaliação do Ambiente – 2ª Enfermaria Masculina (3ªfolha)

Informações	Análise dos elementos objetivos		Av.
	Atributos/elementos	Descrição	
Segurança	Elementos que comprometem ou auxiliam	<p>Piso cerâmico não é antiderrapante, podendo ocasionar escorregões e demais acidentes;</p> <p>Acesso facilitado aos depósitos de cadeiras de roda, mesas e cadeira plásticas, pode vir a ocasionar situações de risco, com o uso destes equipamentos em agressões ou surtos.</p> <p>Ventiladores e luminárias que não são do tipo de embutir no teto podem facilitar situações em que o paciente fica pendurado ou até tentativas de enforcamento;</p> <p>Presença de materiais cortantes e enferrujados (estrutura painéis)</p> <p>Não possui banheiro adaptado;</p> <p>Possui portas e circulações com largura necessária ao trânsito de cadeiras de roda.</p> <p>Necessidade da colocação de um corrimão na circulação principal (nas paredes dos quartos) devido a trajetos muito longos, podem vir a auxiliar pacientes enfraquecidos ou com problemas visuais.</p> <p>Regular ventilação (acesso dificultoso devido a altura das janelas e comandos);</p> <p>Não possui cortinas ou outra forma de controle da iluminação; iluminação artificial também de difícil controle devido a acendimentos em conjunto do setor;</p> <p>Utilizar televisão somente com permissão da enfermaria.</p>	-
Acessibilidade	Elementos que comprometem ou auxiliam	<p>Locais de convívio: refeitório/estar com televisão (sociofuga)</p> <p>Necessidade de um ambiente de estar separado do refeitório</p> <p>Possui televisão;</p>	-
Controle do Ambiente	O que pode ser ou não controlado	<p>Regular ventilação (acesso dificultoso devido a altura das janelas e comandos);</p> <p>Não possui cortinas ou outra forma de controle da iluminação; iluminação artificial também de difícil controle devido a acendimentos em conjunto do setor;</p> <p>Utilizar televisão somente com permissão da enfermaria.</p>	-
Suporte Social	Ambientes/ sociopeta ou sociofuga	<p>Locais de convívio: refeitório/estar com televisão (sociofuga)</p> <p>Necessidade de um ambiente de estar separado do refeitório</p> <p>Possui televisão;</p>	-
Distrações positivas	Elementos que comprometem ou auxiliam	<p>Locais de convívio: refeitório/estar com televisão (sociofuga)</p> <p>Necessidade de um ambiente de estar separado do refeitório</p> <p>Possui televisão;</p>	-

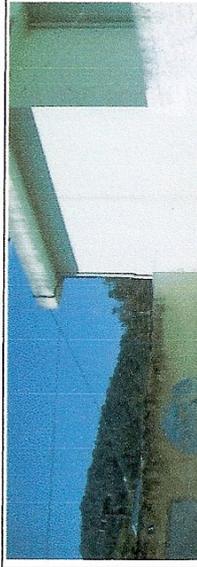
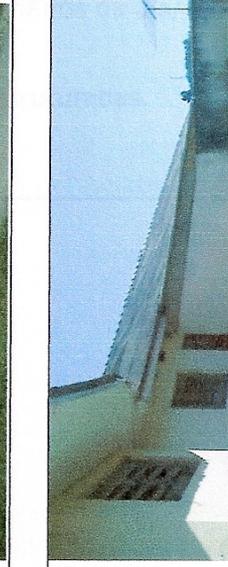
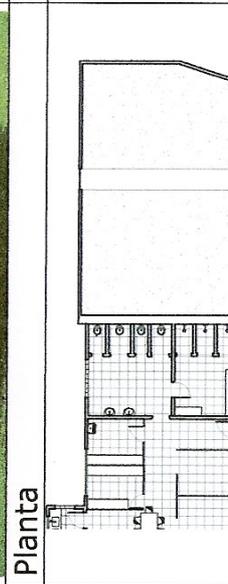
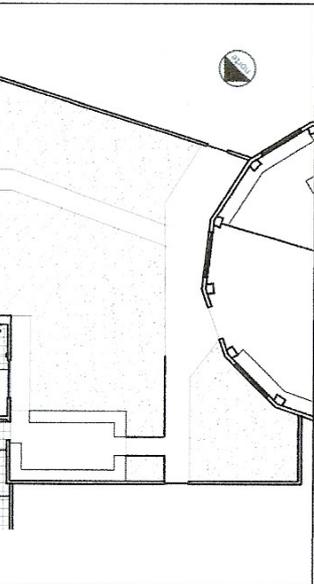
APÊNDICE B - Planilha de Avaliação do Ambiente – 2ª Enfermaria Masculina (4ªfolha)

Dados do Ambiente			
nº de usuários 48 pacientes 11 auxiliares/técnicos de enfermagem 1 enfermeiro	Ano de construção 1941	Data última reforma aproximadamente 1998	
Croqui/foto			
Planta	Setor 1	Setor 2	Refeitório
			

APÊNDICE B - Planilha de Avaliação do Ambiente – Pátio Interno 2ª Enfermaria Masculina (1ªfolha)

Informações		Análise dos elementos objetivos		Av.
	Atributos/elementos	Descrição		
Espacial	Configuração/Forma do ambiente/ Limites	Configuração espacial em "L", contornando a extremidade da enfermaria. Possibilita a configuração de uma área mais reservada ou fora da vigilância direta dos funcionários (parte do pátio localizada junto à parede do banheiro pacientes). O pátio é delimitado por muros, tendo uma de suas faces constituída pelas paredes do espaço destinado a atividades terapêuticas, com o qual faz conexão;		+/-
	Dimensões do ambiente (proporções /escala)	Dimensão do pátio poderia ser ainda maior com relação ao número de leitos (9,25m ² por leito)		+/-
	Circulações (fluxos)	Circulações existentes levam ao espaço terapêutico e a outros caminhos quase nunca utilizados. São portões que direcionam a outras enfermarias ou para o estacionamento do hospital e que permanecem constantemente fechados.		-
	Material de acabamento (cor/contraste, material/textura)	piso	Piso de cimento apresenta irregularidades em alguns trechos;	-
		paredes/ muros	Muito sujas e descascadas, mostrando infiltrações no reboco; Emprego de cores claras e apagadas; alguns muros estão cobertos por pinturas do próprios pacientes;	+/-
Equipamentos / mobiliários	Quantidade/tipo/ material/uso	Pátio não possui equipamento; Espaço coberto possui bancos de concreto, material considerado desconfortável, tornando-se muito quente ou muito frio, dependendo do clima;		-
	Layout	Disposição dos bancos da área coberta possibilita interação entre os usuários;		+
Segurança	Elementos que comprometem ou auxiliam	Piso apresenta partes cobertas com limo e irregularidades, podendo acarretar acidentes;		-
Acessibilidade	Elementos que comprometem ou auxiliam	Possui desnível do espaço coberto para o pátio, com rampa de inclinação íngreme. Pavimentação dos caminhos apresenta irregularidades; Não possui rampa de acesso ao espaço para atividades terapêuticas. (desnível constituído por 3 degraus).		-
Suporte Social	Ambientes/ sociopeta ou sociofuga	Área coberta: espaço do pátio onde os pacientes se reúnem (arranjo espacial sociopeta); demais áreas do pátio não possuem mobiliários nem qualquer outro atrativo que incentive a interação (sociofuga). Não existe nenhuma arborização, contando somente com área gramada.		+/-
	Elementos que comprometem ou auxiliam	Vegetação/ textura	Não possui visuais agradáveis.	-
Distrações Positivas		visuais		-
		outros	Possui estar coberto e pintura em alguns muros, onde predominam desenhos abstratos coloridos.	+/-

APÊNDICE B - Planilha de Avaliação do Ambiente – Pátio Interno 2ª Enfermaria Masculina (2ªfolha)

Dados do Ambiente	Croqui/foto		
Planta			
			
			

APÊNDICE C – Entrevista Estruturada (1ªfolha)

Universidade Federal de Santa Catarina
Centro Tecnológico
Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo
Área de Concentração Projeto e Tecnologia do Ambiente Construído

Identificação

Título do Projeto: Diretrizes para a Arquitetura Hospitalar Pós-Reforma Psiquiátrica sob o olhar da Psicologia Ambiental

Pesquisadora responsável: Profª Drª Vera Helena Moro Bins Ely
Pesquisadora principal: Mestranda Leonora Cristina da Silva

Sujeitos participantes:

Serão convidados a participar todos os funcionários da ala/setor em estudo.

Entrevista:
As entrevistas não serão gravadas e serão estruturadas.

Roteiro da entrevista

Controle

Entrevista nº:
Data:
Início:
Término:

Caracterização da Amostra

Idade:
Sexo:
Profissão:
Turno ou período de trabalho:
Quanto tempo trabalha na instituição?
Grau de escolaridade:

Informações local

Setor onde trabalha:
Número de pacientes do setor:
Psicopatologias de maior frequência:

APÊNDICE C – Entrevista Estruturada (2ªfolha)

Tarefas e atividades: questões funcionais e necessidades

1. Descreva a rotina diária de atividades realizadas pelos pacientes. Eles possuem regras a serem cumpridas?

2. Quais são as principais atividades que você desenvolve? Você sente alguma dificuldade para realiza-las?

3. Você observa necessidades diferentes de cada paciente dependendo de sua doença mental?

4. Eles possuem autonomia dentro da enfermaria? Podem circular livremente, entram e saem? Podem utilizar os equipamentos sozinhos?

5. Deveria haver outros ambientes? Quais são os ambientes mais e menos utilizados? (pátios, quartos)

6. O que você acha do mobiliário e de sua disposição? Você sente falta de algum móvel ou equipamento? Onde este seria colocado?

7. Existe algum elemento que impeça a locomoção ou uso de algum equipamento tanto por você quanto por parte do paciente (desnível, falta de rampas ,largura de portas, banheiro adaptado)?

Questões relativas à percepção

8. Como você descreveria esse ambiente?

APÊNDICE C – Entrevista Estruturada (3ªfolha)

9. O que você mais gosta ou menos gosta neste ambiente?

10. O que você acha deste ambiente em relação à beleza?

11. O que você acha deste ambiente em relação ao conforto/ aconchego?

12. O que você acha da iluminação – natural/ artificial - deste ambiente?

13. O que você acha da vista a partir da janela?

14. O que você acha das cores e materiais utilizados no piso, parede e teto deste ambiente?

15. O que você acha dos sons e barulhos neste ambiente? (sons internos/externos, ruídos, atrapalham?)

16. O que você acha dos cheiros deste ambiente? Você considera este ambiente bem ventilado?

17. O que você acha da temperatura deste ambiente ao longo do dia e da noite? (inverno e verão)

APÊNDICE C– Entrevista Estruturada (4ªfolha)

18. O que você acha do pátio interno? Ele possui tamanho, vegetação e mobiliário suficientes?

19. Como você descreveria este ambiente para que ele fosse ideal?

Questões relativas ao comportamento

20. Com relação ao comportamento você nota algum tipo de domínio ou apropriação do espaço ou de equipamentos em geral por parte dos pacientes?

21. Com relação aos pacientes, você acha que eles possuem privacidade neste ambiente?

22. Você acha que o número de pacientes está correto com relação ao tamanho do ambiente?

23. Você já observou como os pacientes comportam-se uns com relação aos outros? Eles ficam próximos? Alguns buscam isolamento?

APÊNDICE D - Ficha de Observação do Comportamento – 2ª Enfermaria Feminina (1ª folha)

Dados Observação	
Data: 24/10/2007	Horário: 16:40
Local: 2ª enfermaria feminina	
Situação existente :	
Quem? Fazendo o quê? Com quem? Onde?	
2 pacientes deitadas dormindo; 3 pacientes deitadas descansando; 1 paciente sentado banco de madeira parada; 2 pacientes sentadas nas cadeiras de plástico, próximas da parede; 1 paciente caminhando em direção a porta de saída	
Contexto	
Já tomaram café	
Questões relativas ao uso:	
Produtos de uso (desgaste/erosão, vestígios, traços que faltam)	
Paredes com riscos bem marcados na altura do encosto das cadeiras; TV quebrada; paredes com pintura suja e com quinas muito lascadas	
Adaptações para o uso (funcionalidade/conforto)	
Cadeiras das mesas do refeitório colocadas junto a parede com layout diferente do proposto	
Fenômenos de Comportamento:	
Observações de privacidade	
2 portas de quartos fechadas	
Observações de territorialidade	
Alguns leitos estavam desarrumados	

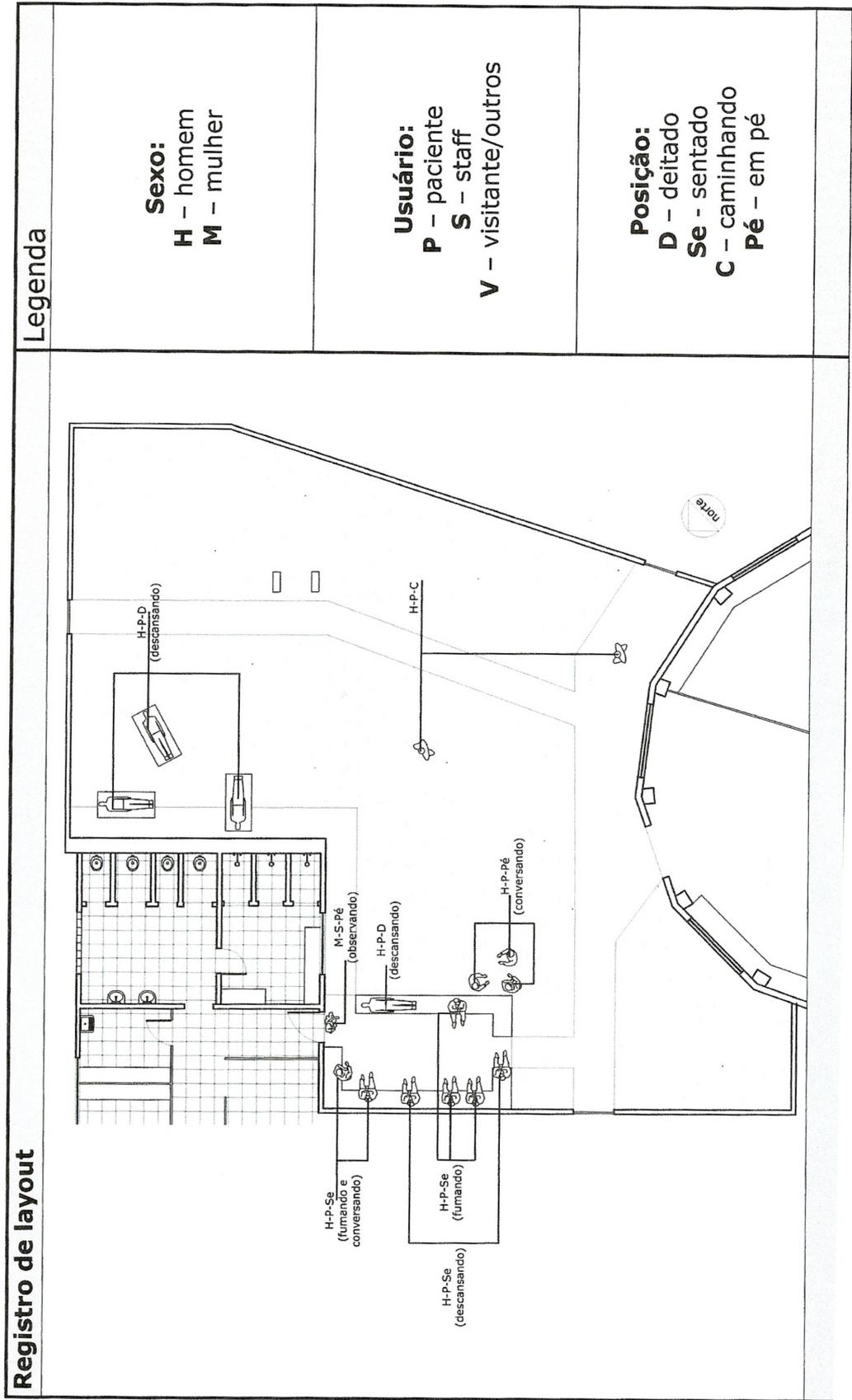
APÊNDICE D - Ficha de Observação do Comportamento – 2ª Enfermaria Feminina (2ªfolha)

Registro de layout	Legenda
<p>The diagram illustrates the layout of a nursing unit. On the left, there are several patient rooms, each containing a bed and a chair. Labels indicate the state of patients: 'M-P-D (descansando)' (Male-Patient-D, resting) for two patients in the top row of rooms, 'M-P-D (dormindo)' (Male-Patient-D, sleeping) for one patient in the middle row, and 'M-P-D (descansando)' for another patient in the bottom row. A central hallway is labeled 'porta fechada' (closed door) at two points. A person is shown in the hallway with the label 'M-P-Se (em direção saída)' (Male-Patient-Staff, towards exit). On the right, there is a common area with several tables and chairs. Two people are seated at these tables, labeled 'M-P-Se (sem ativ. Especifica)' (Male-Patient-Staff, no specific activity). A circular 'porta' (door) symbol is located in the bottom right corner of the diagram area.</p>	<p>Sexo: H – homem M – mulher</p> <p>Usuário: P – paciente S – staff V – visitante/outros</p> <p>Posição: D – deitado Se - sentado C – caminhando Pé – em pé</p>

APÊNDICE D - Ficha de Observação do Comportamento – Pátio 2ª Enfermaria Masculina (1ª folha)

Dados Observação	
Data: 10/01/2008	Horário: 12:30
Local: pátio 2ª enfermaria masculina	
Situação existente :	
Quem? Fazendo o quê? Com quem? Onde?	
8 pacientes sentados no banco de concreto (3 fumando, 2 fumando e conversando, 1 deitado e 2 sentados descansando); 3 pacientes em pé conversando; 2 pacientes caminhando; 3 pacientes deitados colchões descansando e 1 auxillar de enfermagem parada na porta da enfermaria.	
Contexto	
Já almoçaram _____	
Questões relativas ao uso:	
Produtos de uso (desgaste/erosão, vestígios, traços que faltam)	
Muros com pintura muito suja e descascada; pedaço de um banco de concreto que ficava no local _____	
Adaptações para o uso (funcionalidade/ conforto)	
Colchões dispostos no chão para descansarem _____	
Fenômenos de Comportamento:	
Observações de privacidade	
Pacientes com colchões ficam na área mais reservada _____	
Observações de territorialidade	

APÊNDICE D - Ficha de Observação do Comportamento - Pátio 2ª Enfermaria Masculina (2ªfolha)



ANEXOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
COMITÉ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS
Parecer Consubstanciado Projeto nº 306/07

I - Identificação

Data de entrada no CEP: 05/10/2007

Título do Projeto: Arquitetura de Hospitais Psiquiátricos da Grande Florianópolis.

Pesquisador Responsável: Vera Helena Moro Bins Ely.

Pesquisador Principal: Leonora Cristina da Silva.

Propósito: Esta pesquisa se insere no Mestrado do Programa de Pós- Graduação em Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal de Santa Catarina.

Instituição onde se realizará: Centro de Apoio Psicossocial Ponta do Coral em Florianópolis – Santa Catarina.

II - Objetivo Geral:

Analisar os espaços oferecidos pelas instituições hospitalares psiquiátricas da Grande Florianópolis, no que diz respeito às relações homem-espaço, levando em consideração duas premissas: o bem estar dos pacientes portadores de doenças mentais, bem, como dos funcionários destas instituições, no que diz respeito a questões relacionadas a psicologia ambiental e aos aspectos funcionais ligados as atuais mudanças ocorridas nos tratamentos em decorrência da Reforma Psiquiátrica.

III - Sumário do Projeto:

A portaria GM número 251/2002 estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, atribui novas classificações aos hospitais psiquiátricos e defini e estrutura a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS. Ainda, a implantação da Reforma Psiquiátrica adota a premissa da reabilitação psicossocial dos pacientes ,concomitante a introdução dos Capes como novas unidades de atendimento a esses pacientes. Essas propostas em curso implicam em inúmeras mudanças a serem efetuadas nessas instituições. Entretanto, perguntamos como essas instituições estão se adequando as novas filosofias de tratamento? Pode-se levantar no âmbito da arquitetura questões que expressam a preocupação com a qualidade oferecida por esses ambientes, não apenas do ponto de vista funcional e da sua adequação aos novos conceitos psiquiátricos, porém, no que diz respeito à forma como configurações espaciais e demais atributos arquitetônicos podem interferir no bem estar e tratamento dos pacientes. Assim, o nosso interesse se direciona a organização arquitetônica dos Caps e a sua adequação ao novo tipo de atendimento oferecido aos pacientes. O enfoque teórico utilizado é o da psicologia ambiental que se propõe a desvendar as relações entre homem e espaço e, o referencial metodológico é o da pesquisa qualitativa. O instrumento utilizado será a entrevista a ser aplicada em 50 funcionários do Centro de Apoio Psicossocial Ponta do Coral em Florianópolis – Santa Catarina. Espera-se que estas informações possam orientar a aplicação de conceitos projetuais que reorganizem os espaços

desses locais de atendimento e potencializem os tratamentos, reduzindo o tempo de internação e os custos do tratamento.

IV - Comentários:

A pesquisa apresenta a documentação exigida pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC. A pesquisadora envolvida com a pesquisa assinou e se comprometeu a aceitar a Resolução número 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido encontra-se anexado ao processo e será apresentado a todos os sujeitos envolvidos na pesquisa. Os resultados podem trazer informações sobre a organização ambiental de unidades de atendimento psicológico, no sentido de que podem orientar a aplicação de conceitos projetuais que reorganizem os espaços desses locais de atendimento e potencializem os tratamentos, reduzindo o tempo de internação e os custos do tratamento. Dessa forma, as informações obtidas com a pesquisa podem favorecer o tratamento oferecido aos portadores de sofrimento mental. A considerar esses aspectos, somos de parecer favorável à aprovação da pesquisa.

V - Parecer:

Aprovado (X)

Aprovado "ad referendum" ()

Aprovado e encaminhado ao CONEP ()

Com pendências ()

Reprovado()

VI - Data da Reunião: 29 de outubro de 2007.



Prof. Washington Portela de Souza

Coordenador

Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/96 e 251/97 do CNS