

AVALIAÇÃO PÓS-OCUPAÇÃO EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: IDENTIFICANDO AS DEMANDAS E ESPECIFICIDADES DESTA TIPOLOGIA ARQUITETÔNICA

POST-OCCUPATION EVALUATION IN PSYCHOSOCIAL CARE CENTERS: IDENTIFYING THE DEMANDS AND SPECIFICITIES OF THIS ARCHITECTURAL TYPOLOGY

EVALUACIÓN POST-OCUPACIÓN EN CENTROS DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL: IDENTIFICACIÓN DE LAS DEMANDAS Y ESPECIFICIDADES DE ESTA TIPOLOGÍA ARQUITECTÓNICA

Fernanda de Moraes Goulart¹, Rosaria Ono¹

RESUMO:

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) fornecem o atendimento integral à saúde mental, com uma equipe multidisciplinar em um equipamento público próprio. Atualmente, a maior parte das unidades está instalada em construções pré-existentes adaptadas, por vezes sem a participação dos trabalhadores da saúde no desenvolvimento das adequações arquitetônicas. Soma-se a isso o fato das principais referências para o projeto destes espaços carecerem de definições quanto a aspectos da humanização, do conforto e da otimização do trabalho. Este estudo visa verificar o quão adequadas estão as instalações para o desempenho das atividades que compõem o tratamento da saúde mental. Para tal, foram realizadas Avaliações Pós-Ocupação em três unidades da cidade de São Paulo, cujas edificações foram reformadas para servirem como CAPS AD III. Um levantamento técnico coletou dados acerca da arquitetura dos edifícios e trabalhadores responderam a um questionário acerca de sua percepção da qualidade do ambiente. No total, 100 pessoas participaram do estudo. Os resultados indicam que as exigências do Manual de Estrutura Física dos CAPS, bem como os requisitos dispostos nas normativas correspondentes a este tipo de projeto, não contemplam todo o programa de necessidades. Na discussão, são tratadas demandas e especificidades identificadas para este tipo de edificação, como: o seu estilo residencial, a oportunidade de personalização do espaço, a promoção do acolhimento e da autonomia, o conforto ambiental e os espaços exclusivos para a equipe. Como contribuição principal, este estudo mostra o quanto a inclusão do usuário no processo de projeto é essencial para uma melhor adequação do programa às necessidades de um estabelecimento assistencial à saúde mental.

PALAVRAS-CHAVE: avaliação pós-ocupação, centros de atenção psicossocial, saúde mental

¹ Universidade de São Paulo. Faculdade de Arquitetura e Urbanismo.

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

Conflito de Interesse:
Declara não haver.

Submetido em:
17/05/2022
Aceito em:
03/10/2022

How to cite this article:

GOULART, F.M., ONO, R. Avaliação pós-ocupação em centros de atenção psicossocial: identificando as demandas e especificidades desta tipologia arquitetônica **Gestão & Tecnologia de Projetos**. São Carlos, v17, n4, 2022. <https://doi.org/10.11606/gtp.v17i4.196428>



ABSTRACT:

The Psychosocial Care Centers (CAPS) provide comprehensive mental health care with a multidisciplinary team in a proper facility. Presently, the public health management are provided mostly in pre-existing buildings, which are then adapted and renovated, sometimes without the health-care workers' participation in the development of the design process. In addition, the primary references for the design of these spaces lack definitions regarding aspects of humanization, comfort, and work optimization. This study aims to verify how adequate the existing facilities are for the performance of activities that make up mental health treatment. To this end, we carried out Post-Occupancy Evaluations (POE) in three units in the city of São Paulo, whose buildings were renovated to serve as CAPS AD III. By a technical survey, data about the building's architecture were collected, and workers answered a questionnaire about their perception of the quality of the environment. In total, 100 people participated. The results indicate that the requirements of the Physical Structure Manual of CAPS and the requirements set out in the regulations corresponding to this type of project do not cover the entire briefing. Throughout the discussion, we address the demands and specificities identified for this type of building: the residential style, the space customization, the promotion of acceptance and autonomy, the environmental comfort, and the exclusive spaces for the workers. This study's main contribution is to demonstrate how essential is to include the end-user in the design process aiming at adequate the space to the needs of mental healthcare facilities.

KEYWORDS: *post-occupancy evaluation, psychosocial care centers, mental health*

RESUMEN:

Los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) suministran atención integral en salud mental en un equipamiento público propio. Actualmente, la mayoría de las unidades se instalan en edificios preexistentes, adaptados sin la participación de los trabajadores. A esto se suma el hecho de que las principales referencias para el diseño de estos espacios carecen de definiciones en cuanto a aspectos de humanización, comodidad y optimización del trabajo. Este estudio tiene como objetivo verificar cuán adecuadas son las instalaciones para la realización de las actividades que componen el tratamiento de salud mental. Para ello, se realizaron Evaluaciones Post-Ocupacionales en tres unidades en la ciudad de São Paulo, cuyos edificios fueron renovados para servir como CAPS AD III. Una recolección de datos técnicos recopiló informaciones sobre la arquitectura, y los trabajadores respondieron un cuestionario sobre su percepción de la calidad ambiental. 100 personas participaron del estudio. Los resultados indican que los requisitos del Manual de Estructura Física del CAPS, así como los requisitos establecidos en el reglamento del CAPS correspondiente, no cubren todo el programa de necesidades. En la discusión, se abordan las demandas y especificidades identificadas para esta tipología, tales como: su estilo residencial, la oportunidad de personalizar el espacio, la promoción de la acogida y la autonomía, el confort ambiental y espacios exclusivos para el equipo. Como principal aporte, este estudio muestra hasta qué punto la inclusión del usuario en el proceso de diseño es fundamental para una mejor adaptación del programa a las necesidades de un establecimiento de salud mental.

PALABRAS CLAVE: *evaluación post-ocupacional; centros de atención psicossocial; salud mental*

INTRODUÇÃO

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituída em 2011 com a finalidade de criar e articular os pontos de atenção à saúde de pessoas com transtorno mental, inclusive aquelas com necessidades decorrente do uso de álcool e outras drogas. (BRASIL, 2011). Trata-se de um importante instrumento para o cuidado integral à saúde mental da população, que promove ações de assistência psicossocial, cuidado de saúde, reabilitação e reinserção social das pessoas com transtornos mentais. A RAPS possui uma ampla variedade de estabelecimentos e serviços, como equipes de consultório de rua e enfermarias especializadas resididas em hospitais. Contudo, o ponto estratégico mais completo da rede são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que fornecem o atendimento integral à saúde mental, com uma equipe multidisciplinar em um equipamento público próprio.

No que tange à arquitetura destas unidades, é imprescindível que o projeto valorize a experiência de seus usuários, o que implica na construção de um espaço confortável, seguro e eficiente (BRASIL, 2004a). Atualmente, as principais referências para a execução destes espaços são o manual de estrutura física dos CAPS e unidades de acolhimento (BRASIL, 2013) e as Portarias 130 de 26 de janeiro de 2012 e 3.088 de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011, 2012). Contudo, estas referências dão ênfase a parâmetros objetivos, como tamanho e número dos ambientes necessários, carecendo de referências quanto a aspectos da humanização dos espaços, em especial os elementos arquitetônicos que visam o conforto, a interação social e a otimização do trabalho de saúde. Esta ausência de referências é crítica, à medida que a peculiaridade do tratamento para pacientes toxicodependentes cria demandas específicas, como por exemplo questões referentes ao controle de entrada de substâncias (NOVOTNÁ; URBANOSKI; RUSH, 2011) ou gerenciamento de comportamentos agressivos (LANZA et al., 1994).

Soma-se a essas questões o fato de que a maioria destes equipamentos de saúde é instalada em edificações adaptadas. Não é raro que imóveis sejam alugados ou apropriados pelos municípios e reformados para servirem de CAPS AD III, por vezes sem a participação dos trabalhadores da saúde no desenvolvimento do projeto arquitetônico. Esta prática pode resultar em espaços que ignoram o saber prático de pessoas que já trabalharam em outras unidades e as soluções já adotadas em outros contextos. Ainda, dentro de uma perspectiva de humanização do ambiente de saúde, faz-se imprescindível a adequação do espaço às expectativas de pacientes, funcionários e familiares (VASCONCELOS, 2004).

Este trabalho divulga os resultados de uma Avaliação Pós-Ocupação de três edificações em São Paulo que foram reformadas para acomodar unidades CAPS-AD III. Trata-se da primeira etapa da pesquisa de doutorado “Qualidade Ambiental em Unidades de Tratamento Psicossociais”, desenvolvida por Fernanda M. Goulart sob orientação da Prof. Dra. Rosaria Ono e financiada pela FAPESP (Protocolo nº 2018/25152-1). Este projeto de pesquisa tem como objetivo levantar os aspectos objetivos e subjetivos nas ambiências de estabelecimentos assistenciais para a saúde mental identificando quais contribuem para uma avaliação positiva dos seus usuários.

Para este artigo, foram utilizados os dados de APO coletados durante a avaliação técnica da especialista, além dos dados de percepção dos trabalhadores da unidade, que responderam a um questionário com perguntas fechadas. Pretende-se verificar o quão adequadas estão as instalações existentes para o desempenho das atividades que compõem o tratamento da saúde mental.

AValiação Pós Ocupação em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde

O projeto de arquitetura para estabelecimentos assistenciais de saúde (EAS) é complexo, pois envolve em seu processo múltiplas disciplinas e diferentes profissionais (CAMELO; SOUZA; BITENCOURT, 2021). Neste tipo de edificação, é necessário compatibilizar as necessidades das diversas especialidades envolvidas, além de satisfazer uma série de critérios técnicos e legislações que visam otimizar os serviços e prevenir riscos à saúde. Especialmente nos casos de EAS para a saúde mental, há a necessidade de incorporar ao projeto as características do território, adequando-os às demandas epidemiológicas local, à vulnerabilidade de sua população e à cultura da região. Esta adequação inclui a conformidade do projeto

com as práticas terapêuticas adotadas e à integração da unidade com outros equipamentos públicos. Por exemplo, um CAPS pode ter uma quadra poliesportiva com acesso para a rua, que também possa ser utilizada para eventos abertos aos públicos, oportunizando o convívio dos pacientes à comunidade local.

Para que os estabelecimentos assistenciais da saúde estejam compatíveis com os requisitos técnicos, operacionais e com as necessidades dos usuários, recomenda-se a constante avaliação de sua arquitetura (CARVALHO, 2014). Tais avaliações devem ser realizadas frequentemente, garantindo que os requisitos de qualidade ambiental previstos durante a concepção do edifício sejam atendidos durante todo o ciclo de uso e ocupação, ou seja, na sua implementação e após posteriores reformas. Para tal, existem procedimentos de Avaliação Pós-Ocupação (APO), que combinam a percepção de usuários e a bagagem técnica e teórica de profissionais no exercício de avaliar o desempenho de ambientes em uso (ORNSTEIN, 2016).

No decorrer de uma APO, especialistas da área de arquitetura ou engenharia realizam visitas ao edifício, coletando informações acerca de seu desempenho técnico-construtivo, programático, funcional e ambiental. Esta coleta inclui uma avaliação técnica onde são levantados aspectos objetivos acerca da unidade, e uma avaliação dos usuários, no qual os ocupantes são convidados a compartilhar suas próprias percepções acerca do ambiente. Com este método é possível verificar a influência e as consequências das decisões projetuais no desempenho do ambiente e na vivência dos ocupantes (RHEINGANTZ et al., 2009).

Conforme mencionado anteriormente, o projeto em EAS possui um caráter multidisciplinar, de maneira que a comunicação entre projetistas, profissionais da saúde, cuidadores, administradores e gestores se apresenta como um desafio extra. (CAMELO; SOUZA; BITENCOURT, 2021). Incluir o usuário no processo de avaliação do ambiente é uma forma de facilitar essa comunicação, permitindo que profissionais de diferentes especialidades se expressem por meio de entrevistas, questionários e grupos focais. Para tal, é importante considerar os tipos de usuário e o contexto no qual eles utilizam a edificação, evitando generalizações (LEAMAN; BORDASS, 2001). Por exemplo, os profissionais de saúde no posto de enfermagem, cuidadores observando pacientes nos ambientes convivência, clínicos na sala de atendimento individual, etc. Por fim, combinando dados acerca da satisfação dos usuários com a avaliação técnica do profissional, é possível fazer um diagnóstico mais preciso sobre quais os elementos da arquitetura de um EAS necessitam de maior atenção e quais são as principais demandas dos profissionais e beneficiários do estabelecimento.

Procedimentos de APO têm por finalidade principal a busca da melhoria da qualidade do ambiente construído, reduzindo a discrepância entre os usos ideal e real deste espaço (Ono et al, 2015). O interesse acadêmico e prático em estudos relacionados a este método têm crescido categoricamente nos últimos anos, sobretudo no impacto de sua implementação para a qualidade ambiental do edifício, e a avaliação da percepção do usuário (JIANG; WANG; SHU, 2022; ROBERTS et al., 2019). Neste estudo, o conjunto de práticas e procedimentos da APO possibilita não somente averiguar se os requisitos mínimos previstos nas normas e protocolos do ministério da saúde estão sendo obedecidos, como também se tais requisitos são suficientes para que as unidades ofereçam um serviço eficiente e humanizado.

QUALIDADE AMBIENTAL EM UNIDADES ASSISTENCIAIS DE SAÚDE MENTAL

As características do ambiente físico de estabelecimentos assistenciais da saúde mental influenciam na qualidade do atendimento, na eficiência operacional e no bem-estar de usuários. (NOVOTNÁ; URBANOSKI; RUSH, 2011). Estudos mostram que a composição do espaço físico pode estar relacionada à ocorrência de comportamentos agressivos (ULRICH et al., 2018; VAN DER SCHAAF et al., 2013), ao aumento de hostilidade e tensão entre pacientes e enfermeiros (STAHLER; FRAZER; RAPPAPORT, 1984), aos comportamentos psicopatológicos (SMITH; GROSS; ROBERTS, 1996), a comportamentos agitados (JENKINS; DYE; FOY, 2015), à depressão (BENEDETTI et al., 2001) e ao stress, mal humor e baixa moral da equipe de atendimento (CHRISTENFELD et al., 1989; NOVOTNÁ; URBANOSKI; RUSH, 2011).

Uma revisão bibliográfica sobre a arquitetura de hospitais psiquiátricos realizada por Gross, Sasson, Zahry e Zohar (1998) identificou um conjunto de elementos básicos para a criação de ambientes mais humanos e eficientes no tratamento de doentes mentais. Em primeiro lugar, deve-se evitar a superconcentração de pacientes a todo momento, permitindo a livre circulação pela instituição e criando um conjunto de ambientes que ofereçam oportunidades de buscar refúgio e sossego (pátios, jardins) e de interagir socialmente (salas de atividades e de estar). O interior deve se assemelhar a uma residência, para criar uma atmosfera confortável e acolhedora, em oposição ao ambiente hospitalar/institucional. Também, é importante que o posto de enfermagem seja localizado em um ponto central, para que os cuidadores possam prestar assistência aos pacientes rapidamente.

Um conceito-chave no entendimento da qualidade ambiental de estabelecimentos assistenciais de saúde mental é a “humanização”. Humanizar é, de acordo o documento-base para gestores do SUS, “ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais” (BRASIL, 2004a). Trata-se de um conceito que propõe a transformação das relações no espaço, exigindo a colaboração entre usuários e frentes projetistas para criar ambientes ideais, dentro do contexto social e cultural em que o estabelecimento se insere (PESSATTI; CARVALHO, 2009).

Humanizar é, também, criar uma ambiência em que os usuários se sintam mais à vontade. Em um hospital psiquiátrico ou CAPS é comum que os pacientes se sintam passivos e indefesos diante de um ambiente organizado e controlado. Aspectos ambientais como espaços enclausurados, poucas possibilidades para atividades e o aspecto impessoal tem efeito pernicioso sob o indivíduo com sofrimento mental (SOMMER, 1973). Em contraponto, estudos mostram que ao mudar a ambiência de uma instituição psiquiátrica para que esta se assemelhe mais a uma residência melhora o ânimo e o comportamento dos pacientes. (CHRISTENFELD et al., 1989) e reduz incidentes de vandalismo (VAALER; MORKEN; LINAKER, 2005). Alguns elementos presentes na estética residencial são: a aplicação de cores e texturas na parede, revestimentos cerâmicos coloridos, pé direito baixo, cortinas nas janelas, armários de madeira, cadeiras e sofás estofados e confortáveis, arranjos florais, vasos de plantas e itens pessoais nos quartos dos pacientes. (ANTHONY; MCCAFFREY, 2018; DAVIS; GLICK; ROSOW, 1979; DEVLIN, 1992; GROSS et al., 1998; VAALER; MORKEN; LINAKER, 2005).

O desenho de interiores e a composição da ambiência tem um impacto importante na recuperação de doentes mentais (NOVOTNÁ; URBANOSKI; RUSH, 2011). EAS dedicados à saúde mental precisam se apresentar como um espaço de recolhimento, onde os pacientes se sintam amparados, seguros e confortáveis para tratar seus distúrbios. Devido ao seu impacto contundente na qualidade do atendimento, as escolhas de arquitetura e design de interiores neste tipo de estabelecimento devem ser meticulosas, considerando a satisfação dos usuários, as práticas terapêuticas adotadas e a organização do serviço.

OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

O programa de necessidades dos CAPS está definido na portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002, que estabelece as diferentes modalidades de serviços no atendimento público à saúde mental. Este documento define que as unidades CAPS só poderão funcionar em uma área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar, podendo estar dentro de um complexo de saúde, desde que mantidos o acesso privativo e a equipe profissional própria (BRASIL, 2002). O programa também define questões referentes aos tipos de atividades desempenhadas na unidade, seu período de funcionamento, a equipe técnica mínima e o número de leitos que devem ser disponibilizados para observação e repouso.

De acordo com esta portaria, os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funciona segundo a lógica do território, com atendimento singularizado de abordagem interdisciplinar. O atendimento é prestado na categoria intensivo, para pacientes que necessitam de acompanhamento diário, semi-intensivo que necessitam de um projeto terapêutico com visitas frequentes à unidade, ou não-intensivo, para pacientes cujo quadro clínico possibilita uma frequência menor de visitas. Em unidades

CAPS III e CAPS AD III há também o acolhimento integral, para pacientes que necessitam observação 24hrs, dada a gravidade de sua condição mental ou sua vulnerabilidade.

O tratamento oferecido em um CAPS combina atendimentos individuais (consultas médicas, psicoterapia ou orientação), atendimentos em grupo (psicoterapia, grupos operativos, suporte social) e oficinas terapêuticas (arteterapia, práticas corporais, atividades ocupacionais). Há ainda as atividades abertas à comunidade, que ocorrem esporadicamente no formato de saraus, competições esportivas ou festividades típicas. Em um refeitório, são fornecidas refeições diárias para pacientes. No caso dos CAPS AD III e CAPS III, são também oferecidos leitos para o acolhimento para pessoas em situação de vulnerabilidade que necessitem de observação, repouso e proteção. No caso de CAPS AD III há, adicionalmente, leitos hospitalares para pessoas em processo de desintoxicação.

Há dois tipos de usuários em um CAPS: beneficiários e trabalhadores. O primeiro diz respeito às pessoas com transtorno mental persistente e seus familiares, inclusive aquelas cujo transtorno mental decorre ou se agrava pelo uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011). Já o perfil do trabalhador está marcado por rotinas ininterruptas com alternância de turnos por equipes, para garantir o cuidado integral e cobrir demandas imediatas dos pacientes. São profissionais submetidos à intensa sobrecarga emocional, cuja atuação é marcada pelo contato com o sofrimento do paciente, da resistência à frustração (MOURA, 2018).

Cada tipo de trabalhador requer condições ambientais específicas, a depender de seu papel na rede de cuidados. Psiquiatras precisam de salas confortáveis e acusticamente isoladas para o atendimento individualizado; terapeutas precisam de ambientes amplos para atividades em grupo; administradores precisam de salas reservadas etc. Para os beneficiários, as oportunidades de cuidado promovidas no CAPS incluem conversas com profissionais da saúde e outros pacientes, atividades estimulantes envolvendo trabalhos manuais, atividades físicas e de autoexpressão, bem como a possibilidade de utilizar o espaço para descansar, dormir, realizar refeições e tomar banho. Para acomodar todas as atividades previstas, as unidades devem contar com uma infraestrutura física apropriada, cuja ambiência possa garantir o bem-estar e a qualidade de vida de seus ocupantes, respondendo às necessidades de restauro e fortalecimento de relações interpessoais dentro da unidade.

MÉTODO

A trabalho constitui-se em uma pesquisa descritiva de caráter exploratório, parte de um projeto de pesquisa maior cujo objetivo é levantar aspectos das ambiências de EAS para a saúde mental que são avaliados positivamente por seus usuários. Para a coleta de dados analisados neste artigo foi implementado o conjunto de procedimentos e técnicas da Avaliação Pós-Ocupação, que averigua o desempenho de ambientes em uso, considerando o ponto de vista de usuários e a bagagem técnica dos avaliadores (RHEINGANTZ et al., 2009). Dada a necessidade de partir-se de observações minuciosas de uma realidade particular na tentativa de descrever um fenômeno, o método científico aplicado será indutivo.

OBJETO DE ESTUDO

Foram avaliadas três unidades CAPS AD III na cidade de São Paulo. As unidades CAPS AD III foram escolhidas por apresentarem o maior nível de complexidade dentro dos estabelecimentos da rede de atenção psicossocial do SUS, com infraestrutura de acolhimento integral, plantão 24hrs e clínica médica. Entrou-se em contato com todas as unidades CAPS AD III em São Paulo, dentre as quais quatro manifestaram interesse em participar da pesquisa. Destas, selecionou-se como estudo de caso três que cumpriam os requisitos mínimos de equipe de atendimento e de estrutura, especificados pela portaria nº 130 de 26 de janeiro de 2012 do Ministério da Saúde, e que estavam funcionando a pelo menos um ano. A quarta unidade, subdimensionada e recém-inaugurada, foi escolhida para a realização do pré-teste dos instrumentos. Os estudos de caso são edificações que foram construídas com um determinado fim e foram

reformadas para servir de CAPS AD III. Os estudos de caso escolhidos se diferenciam nos seguintes aspectos:

- **Unidade A:** Está localizada em um território de densidade populacional de 179 hab./ha² e a maior parte das residências são horizontais de médio/baixo padrão¹. A edificação foi originalmente projetada como local de hospedagem e amplamente reformada para servir de unidade de internação psiquiátrica. Atualmente, a infraestrutura de 7000 m² foi revitalizada e transformada em um complexo de saúde com unidade básica, hotel social, CAPS IJ e CAPS AD III
- **Unidade B:** Localiza-se em uma região elevada, próxima a um parque municipal. A densidade populacional de seu território é de 165,13 hab./ha² e as habitações do entorno são majoritariamente residenciais de médio/baixo padrão¹. A edificação foi projetada como unidade residencial, e atuou como um orfanato antes de ser apropriado e reformado para atuar como CAPS AD III.
- **Unidade C:** A poucos metros de uma represa e cercada por uma reserva ambiental, esta unidade se localiza em um conjunto habitacional de médio/alto padrão¹ inserida em um território com a densidade populacional de 78,99 hab./ha² cujas residências são majoritariamente de baixo padrão. A edificação foi construída como uma casa com 800 m², e antes de ser reformada para se tornar um CAPS AD III contava com uma edícula, jardins, piscina e churrasqueira.

PROCEDIMENTOS

O procedimento de coleta foi previamente submetido à apreciação do CEP da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo - SMS/SP, que emitiu seu parecer favorável (CAAE: 26469719.9.3001.0086). Com a autorização do SMS/SP partiu-se para a unidade escolhida para realização do pré-teste dos instrumentos. Durante o pré-teste não foi verificada a necessidade de nenhuma alteração. Os estudos de caso foram então contatados e solicitou-se a autorização da realização da pesquisa, formalizada em uma reunião na qual foram explicados seus objetivos, métodos e procedimentos. O procedimento se deu em duas etapas, a avaliação dos ambientes e avaliação da percepção dos usuários.

A **avaliação dos ambientes** consistiu no levantamento dos ambientes e das atividades desempenhadas neles, na medição de indicadores de conforto ambiental, (temperatura, iluminação e ruídos) e no preenchimento de um Checklist de elementos referentes ao desempenho do edifício. Esta etapa da pesquisa ocorreu ao longo de um dia inteiro, no qual a pesquisadora teve acesso a todos os ambientes da unidade. Durante as visitas, foram observados aspectos Técnico-Construtivos (qualidade da estrutura e de elementos de vedação, revestimentos e instalações prediais), aspectos programáticos e funcionais (adequação ao programa, uso efetivo e vivência do espaço, qualidade do mobiliário, circulação e organização espacial) e aspectos ambientais (conforto acústico, térmico, lumínico, ventilação, qualidade do ar, conforto psicológico, e aproveitamento das áreas abertas). Nesta etapa, também se verificou se os CAPS AD III avaliados estão de acordo com as normas e recomendações vigentes e de acordo com as recomendações do manual de Manual de Estrutura Física dos CAPS e Unidades de Acolhimento.

Na etapa seguinte, a **avaliação da percepção dos usuários**, consistiu na distribuição de questionários em uma amostra representativa² de trabalhadores. Todos os funcionários foram informados da pesquisa e convidados a responder o questionário, aplicado pelo método face-a-face. Em cada unidade, a pesquisadora permaneceu por dois dias, durante o plantão matinal, vespertino e noturno, para garantir a todos o acesso à pesquisa. A participação foi voluntária, de acordo com o interesse e disponibilidade dos trabalhadores. As

(1) Dados referentes ao ano de 2019, fornecidos pela Prefeitura de São Paulo através da plataforma InfoCidade, disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/licenciamento/desenvolvimento_urbano (Acesso em 19/05/2021).

(2) Definida a partir do total de trabalhadores, com 95% de intervalo de confiança e 5% de margem de erro.

informações pertinentes à pesquisa foram apresentadas em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

PARTICIPANTES

Participaram da pesquisa trabalhadores da equipe de saúde e da equipe de apoio técnico-administrativo. No total, 100 pessoas participaram, sendo: 26 na Unidade A (10 na equipe de apoio e 16 da saúde), 36 pessoas na Unidade B (10 de apoio e 26 de saúde) e 38 pessoas na Unidade C (14 de apoio, 24 da saúde).

INSTRUMENTOS E TÉCNICAS

A **avaliação dos ambientes** ocorreu por meio de *walkthrough* com preenchimento de *checklist*, oportunidade na qual também foi realizado o levantamento detalhado da arquitetura da unidade. O **checklist** foi desenvolvido especialmente para este estudo, e contém duas partes, **normativa** e de **humanização**. A primeira contém 115 itens e lista os aspectos que devem obrigatoriamente ser atendidos para o correto funcionamento da unidade, obtidas nas portarias e regulamentações do Ministério da Saúde. A segunda parte, com 66 itens de humanização, contempla recomendações presentes na literatura arquitetura de estabelecimentos assistenciais da saúde mental, incluindo os parâmetros indicados no Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento (BRASIL, 2013).

Para acessar a **percepção dos usuários** a respeito de seu ambiente de trabalho foi aplicada a versão em português do questionário PHEQI - Indicador da Percepção da Qualidade Ambiental em Hospitais (MORAIS et al, 2015) que avalia aspectos físico-espaciais e sócio-funcionais nas unidades, nas seguintes dimensões: (1) Conforto Físico-espacial, (2) Temperatura e qualidade do ar, (3) Orientação, (4) Vista e iluminação, (5) Tranquilidade, (6) Privacidade (7) Relações sociais e organizacionais, (8) Manutenção e cuidado e (9) Áreas verdes. Cada item do questionário corresponde a uma afirmação, que deve ser respondida de acordo com a escala de respostas: Discordo Totalmente, Discordo em Parte, Não Concordo nem discordo, Concordo em Parte, Concordo Totalmente.

Uma lista completa dos itens dos checklists e do questionário utilizado está disponível em: <https://www.researchgate.net/project/Qualidade-Ambiental-em-Unidades-de-Tratamento-Psicossociais-Uma-Avaliacao-Pos-Ocupacao-em-unidades-CAPS-AD-III>.

ANÁLISE DE DADOS

Os dados do levantamento foram sintetizados em um relatório de diagnóstico que descrevia a situação de cada unidade. Os dados dos questionários foram computados em uma escala que varia de -2 (Totalmente Insatisfeito) a +2 (Totalmente Satisfeito) e então submetidos às análises de estatística descritiva e inferencial, comparando a média dos escores entre as unidades por meio de Testes-T. Todos os dados coletados foram então avaliados à luz da pergunta da pesquisa, verificando se as edificações estudadas estão adequadas para o desempenho de atividades da atenção psicossocial estratégica.

RESULTADOS

AValiação DOS AMBIENTES

A Figura 1 mostra plantas dos três CAPS AD III estudados. A **unidade A** é térrea e a maior de todas, com 458,43 m² de área coberta total. Os fluxos são organizados de forma linear, pois todas as salas desembocam em um corredor de 150cm de largura. O posto de enfermagem localiza-se na parte central da unidade, entre os banheiros e os quartos. Sua área externa é ampla, e conta com uma quadra poliesportiva com arquibancada, onde ocorrem diversos tipos de atividades em grupo. A **unidade B** possui dois pavimentos; no primeiro há a recepção, as salas de atendimento e a farmácia. No segundo estão os espaços para o acolhimento integral, salas de atividades coletivas e reuniões. O fluxo de usuários passa por um corredor

central com 110cm de largura. O posto de enfermagem está no segundo pavimento, integrado com a sala de TV (convivência interna). Trata-se da unidade com a menor área total externa (277,9m²), da qual a maior parte (151,9 m²) corresponde a corredores e rampas. A **unidade C** possui uma recepção central que pode ser acessada de duas formas: Por uma rampa de pessoas em cadeira de rodas ou pela escada próxima à farmácia, ambas partindo do pavimento térreo. O fluxo de usuários está organizado em torno de um estreito corredor (85cm) e alguns ambientes servem de passagem, como a copa/refeitório, sala de espera de pacientes e recepção. O posto de enfermagem fica em uma posição central e suas paredes são cobertas por um pano de vidro, de maneira que os trabalhadores possuem total visibilidade do que ocorre no corredor e na convivência interna. É a única das unidades que conta com uma região gramada dentro dos espaços de convivência da área externa, onde um jardim é mantido por funcionários e pacientes.



Figura 1. Diagrama das plantas baixas das unidades estudadas em escala.

Fonte:
Autoras

Referente ao resultado do checklist normativo, todas as unidades atenderam os requisitos das portarias Nº 336, de fevereiro de 2002 e Nº 130, de 26 de janeiro de 2012. Já a RDC Nº 29, DE 30 DE JUNHO DE 2011 foi parcialmente atendida pelas unidades A e B, que não possuíam uma lavanderia coletiva própria. A unidade C deixou de cumprir dez itens exigidos pelo Manual de Estrutura Física dos CAPS e UA (Tabela 1), com muitos ambientes internos com uma área inferior daquela indicada no Manual. Nenhuma unidade possui um quarto de plantão para repouso profissional. As unidades A e C possuem apenas um banheiro para pessoas com necessidades especiais, quando o mínimo exigido por unidade é dois.

Tabela 1. Ambientes exigidos no Manual de Estrutura Física dos CAPS e UAS

Fonte: Autoras

	UNIDADES		
	A	B	C
Quantidade de ambientes previstos no manual que não foram implementados na unidade	2 Quarto de plantão, Banheiro PNE*	1 Quarto de plantão	3 Quarto de plantão, Banheiros anexos aos quartos*, Banheiro PNE*
Quantidade de ambientes internos que não cumprem a área mínima obrigatória	5 Quarto de plantão, Banheiro PNE, Convivência, , Refeitório e Copa.	5 Quarto de plantão, Recepção, Convivência, Administração, Refeitório	7 Quarto de plantão, Banheiros anexos aos quartos, Banheiro PNE, Convivência, Administração, Refeitório, Vestiário para funcionários
Quantidade de ambientes externos que não cumprem a área mínima obrigatória	0	0	1 Abrigo de resíduos sólidos

* A unidade apresenta uma quantidade menor destes ambientes daquela exigida pelo Manual.

O resultado do preenchimento do checklist de humanização está ilustrado na Figura 2. As estratégias de humanização são aspectos da arquitetura e decoração de interiores que contribuem para a criação de ambiências próprias para a saúde mental. São espaços desenhados para oportunizar vivências estimulantes, relaxantes, restaurativas e para a convivência entre pares.

A unidade C investe mais na humanização de seus espaços internos, se comparada às unidades B ou A. Muitos dos ambientes da unidade C estão decorados com obras produzidas na própria oficina, que fazem alusão ao território e à unidade. Quase não há elementos decorativos nos espaços internos da unidade A. Já a unidade B faz uma clara distinção entre os ambientes de saúde (no primeiro pavimento), que são mais sóbrios e sem distrações e os ambientes de acolhimento (segundo pavimento), mais humanizados.

Nas áreas externas, as unidades B e C adotaram a estratégia de jardim sensorial. O Jardim sensorial da unidade C é amplo, e conta com espaços para sentar-se, uma variedade de plantas aromáticas e comestíveis. Já na unidade B, trata-se de uma pequena horta de PANCS³ em um espaço descoberto do pátio dos fundos. Todas as unidades utilizam plantas para humanizar as áreas externas, mas só a unidade A e C possuem árvores. Todas as unidades têm espaços reservados para atividades corporais, mas apenas a unidade A possui uma quadra poliesportiva.

Em suma, a unidade que mais investiu em estratégias de humanização foi a unidade C, com 16 ambientes internos e 3 externos com pelo menos um aspecto de humanização identificado. Em sequência está a unidade A (8 ambientes internos e 3 externos) e a unidade B (7 ambientes internos e 2 externos).

(3) PANC é o acrônimo para plantas alimentícias não convencionais. São plantas de fácil cultivo e alto valor nutricional, e seu conhecimento pode aumentar a segurança nutricional das comunidades. São consideradas PANCS a capuchinha, o ora-pro-nóbis, peixinho da horta, entre muitas outras.

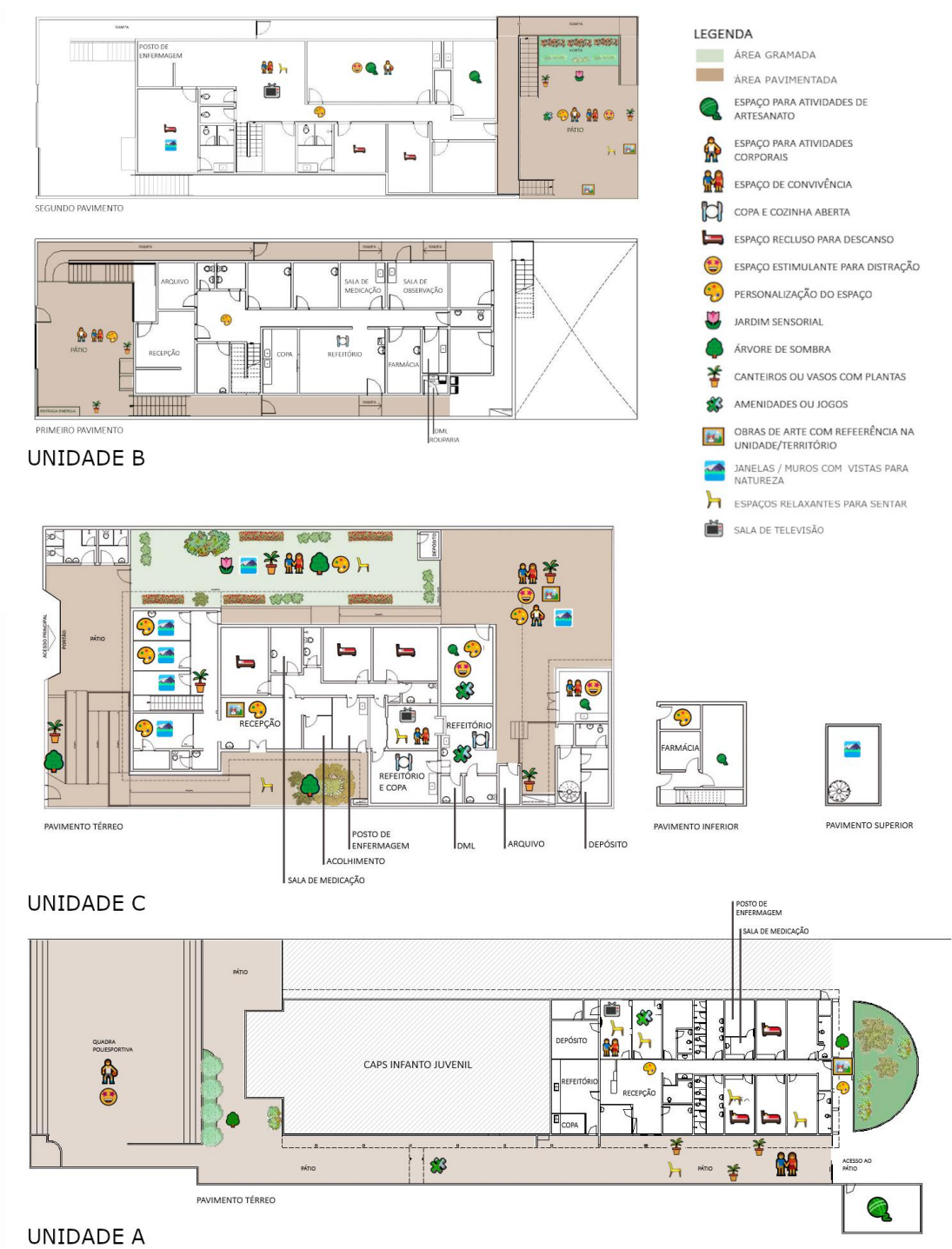


Figura 2. Aspectos de humanização do ambiente identificados nas unidades.

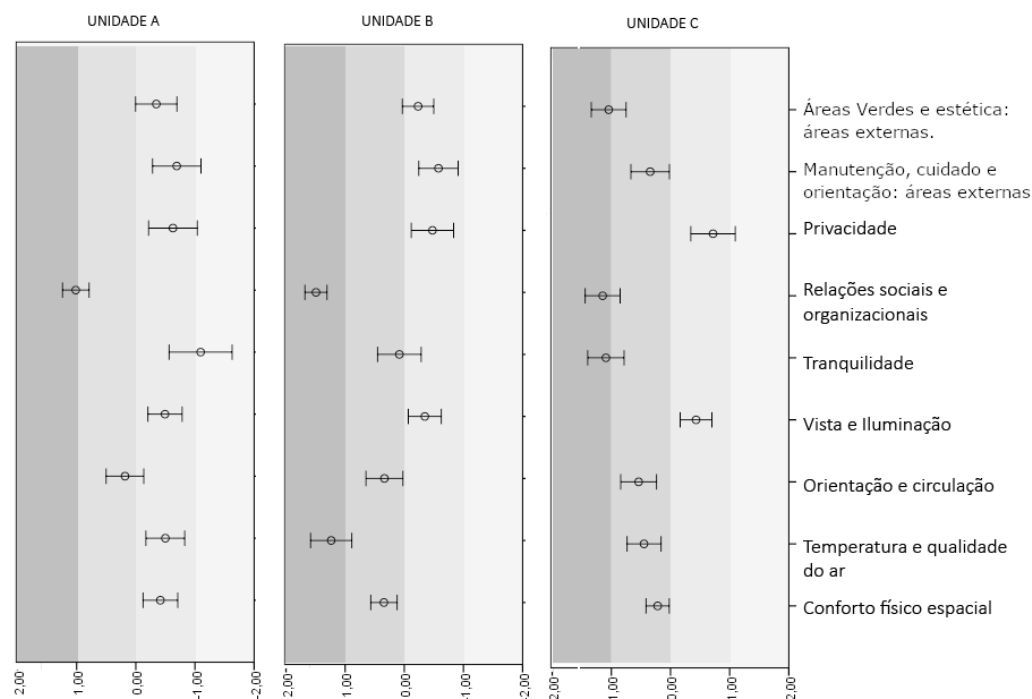
Fonte:
Autoras

AValiação da percepção dos usuários

Os resultados dos questionários estão ilustrados na Figura 3. Nela, é possível comparar o desempenho das unidades em cada uma das nove dimensões. Escores inferiores a 0 indicam um mal desempenho.

FIGURA 3. Média dos Índices da Escala PHEQI - Barras de erro calculadas com 95% de intervalos de confiança.

Fonte: Autoras, elaborado com auxílio do programa IBM SPSS Statistics, versão 21.



De acordo com essa análise, as unidades apresentaram performances distintas em seis das dimensões avaliadas. Os resultados podem ser resumidos da seguinte forma:

- **Conforto Físico-espacial:** A unidade A reportou menores índices em comparação à unidade B e à unidade C.
- **Temperatura e qualidade do ar:** Todos os escores das unidades diferem entre si. A unidade B reportou maiores índices em comparação à unidade C. Já a unidade C reportou índices maiores em comparação à unidade A.
- **Tranquilidade:** Todos os escores das unidades diferem entre si. A unidade C reportou maiores índices em comparação à unidade B. Já a unidade B reportou índices maiores em comparação à unidade A.
- **Relações sociais e organizacionais.** A unidade B reportou maiores índices em relação à unidade A e à unidade C.
- **Manutenção, cuidado e orientação das áreas externas.** A unidade C reportou maiores índices em comparação à unidade A e unidade B.
- **Áreas Verdes e estética nas áreas externas.** A unidade C reportou maiores índices em comparação à unidade A e unidade B.

Para entender quais destas dimensões apresentam diferenças entre as unidades que são estatisticamente significativas, ou seja, não podem ser atribuídas ao acaso, foram realizados Testes-T (Tabela 2). No resultado, o t-valor indica a diferença entre dois grupos: quanto maior o t-valor, maior a diferença. Já o p-valor indica a probabilidade de que os resultados ocorram por acaso. Valores estatisticamente significativos foram marcados com um asterisco. O Intervalo de Confiança (IC) estima quais valores seriam encontrados se o teste fosse realizado em toda população.

		Unidade B e A	Unidade B e C	Unidade A e C
Conforto Físico-Espacial	t-valor	4.23	0.872	3.637
	p-valor	< 0,01*	0.386	< 0,01*
	IC	[0.399; 1.121]	[-0.0164; 0.419]	[-0.979; -0.286]
Temperatura e qualidade do ar	t-valor	7.413	3.543	4.443
	p-valor	< 0,01*	< 0,01*	< 0,01*
	IC	[1.268; 2.205]	[0.345; 1.233]	[-1.374; -0.52]
Tranquilidade	t-valor	3.729	-4.255	7.294
	p-valor	< 0,01*	< 0,01*	< 0,01*
	IC	[0.543; 1.816]	[-1.482; -0.536]	[-2.794; -1.583]
Relações sociais e organizacionais	t	3.35	2.001	0.723
	p-valor	< 0,01*	0,05*	0.473
	IC	[0.192; 0.764]	[0; 0,691]	[-0.497; 0.233]
Manutenção, cuidado e orientação nas áreas externas	t	0.445	-4.011	-4.053
	p-valor	0.658	< 0,01*	< 0,01*
	IC	[-0.402; 0.631]	[-1.38; -0.464]	[-1.549; -0.523]
Áreas verdes e estética nas áreas externas	t	0.527	-6.532	-6.225
	p-valor	0.601	< 0,01*	< 0,01*
	IC	[-0.317; 0.543]	[-1.668; -0.888]	[-1.839; -0.943]

A Tabela 3 mostra os resultados das avaliações dos usuários para cada uma das perguntas que compõem as dimensões assinaladas. Os escores “Não concordo, nem discordo” foram omitidos. Os piores indicadores estão indicados em laranja, e os melhores em cinza.

	Concordo			Discordo		
	Em parte /totalmente			Em parte/ Totalmente		
	A	B	C	A	B	C
Conforto Físico e Espacial						
A mobília é de boa qualidade.	53,9%	75,0%	71,0%	42,3%	25,0%	26,3%
As paredes os pavimentos e tetos têm cores bonitas.	26,9%	52,8%	81,6%	61,5%	11,2%	18,5%
Os lugares sentados são pouco cômodos.	65,4%	50,0%	73,6%	26,9%	41,7%	23,7%
As paredes, pavimentos e tetos estão em más condições.	61,5%	13,9%	21,0%	38,4%	86,1%	65,8%
A mobília está em más condições.	53,8%	69,5%	68,4%	26,9%	22,2%	29,6%
Temperatura e Qualidade do Ar						
O nível de qualidade do ar é adequado.	34,6%	75%	65,5%	50%	19,5%	29%
O sistema de climatização do ar é eficiente.	0%	77,8%	13,1%	100%	16,7%	73,7%
O ar é irrespirável.	30,8%	11,1%	2,6%	65,4%	86,1%	92,1%
Tranquilidade						
Este local é barulhento.	65,3%	66,7%	31,6%	23,0%	19,4%	68,4%
Ouve-se frequentemente barulho do exterior.	88,4%	25,0%	15,8%	11,5%	75,0%	82,0%
Relações Sociais e Organizacionais						

TABELA 2.
Resultados significativos dos Testes -T para comparação de médias

Fonte: Autoras, elaborado com auxílio do programa IBM SPSS Statistics, versão 21.

TABELA 3.
Resultado do Questionário para as 6 dimensões mais relevantes

Fonte: Questionário desenvolvido por (ANDRADE et al., 2012). Dados obtidos pelas autoras.

Neste serviço as pessoas recebem um bom acolhimento por parte dos profissionais de saúde.	96,1%	97,3%	97,4%	0,0%	0,0%	2,6%
Em geral o pessoal de enfermagem está pouco disponível do ponto de vista humano.	7,7%	5,6%	26,3%	84,6%	91,7%	71,0%
Este serviço é pouco organizado.	50,0%	8,3%	18,4%	34,6%	89,3%	81,6%
Neste serviço há regras demasiado rígidas que limitam.	19,2%	23,3%	31,6%	73,1%	77,7%	57,9%
Em geral o pessoal auxiliar está pouco disponível	11,5%	11,1%	23,7%	80,7%	86,1%	76,3%
Manutenção, cuidado e orientação nas áreas externas.						
A área externa do edifício é muito limpa	48%	42%	74%	48%	44%	16%
A área externa do edifício é bem cuidada	37%	56%	76%	48%	39%	11%
As calçadas estão em boas condições	15%	22%	61%	81%	69%	32%
A entrada do edifício é convidativa	22%	39%	58%	78%	58%	37%
Na área externa do edifício há bastante sinalização para você encontrar o caminho	33%	6%	32%	63%	94%	66%
Áreas Verdes e estética nas áreas externas						
Na área externa do edifício há árvores bonitas	78%	44%	74%	19%	47%	21%
Na área externa do edifício há áreas verdes onde você pode relaxar ou encontrar pessoas	48%	31%	82%	41%	69%	16%
Na área externa do edifício há áreas verdes com espaços para sentar	30%	44%	92%	70%	56%	0%
Da parte de fora, o edifício da unidade é agradável	33%	53%	76%	41%	36%	18%
Da parte de fora, as cores do edifício são agradáveis	4%	56%	61%	85%	42%	37%

DISCUSSÃO

Os resultados indicam que, das unidades avaliadas, aquela que menos se ajusta às necessidades do usuário é a unidade A, que é a única construída em um antigo hospital psiquiátrico. Apesar desta unidade apresentar uma área livre maior e uma organização de fluxos menos fragmentada, seu desempenho foi avaliado negativamente na maior parte das dimensões investigadas. Esta é, também, a unidade que menos investiu em estratégias de humanização.

Já unidade C, que foi implementada em um edifício residencial de alto-padrão, foi melhor avaliada em todas as dimensões da escala PHEIQ, com exceção de “Relações sociais e Organizacionais”. Nota-se que esta unidade C teve o pior escore no checklist normativo (sete de seus ambientes não cumpriram os requisitos de área mínima obrigatória), porém apresentou um maior número de estratégias de humanização.

A unidade B destaca-se por dividir as atividades de acolhimento integral e atendimento clínico por pavimentos. Nela, as atividades em grupo e os espaços de convivência interna localizam-se no segundo pavimento, onde foi implementada a maior parte das estratégias de humanização. Possivelmente, esta organização espacial favorece as relações sociais, dimensão na qual a unidade B teve a melhor avaliação.

Estes dados serão discutidos em profundidade a seguir, à luz da literatura sobre estabelecimentos assistenciais da saúde mental e das características ambientais de cada unidade CAPS AD III investigada.

ORGANIZAÇÃO DO ESPAÇO

Quanto à configuração espacial, a principal diferença entre o hospital reformado (unidade A) e as unidades instaladas em residências (B e C), é a organização dos fluxos. Essas duas últimas não possuem corredores largos suficientes para suportar a circulação de um equipamento público com mais de 50 pessoas, estimativa que desconsidera os pacientes de demanda espontânea. Nestas unidades, ambientes de apoio logístico, que idealmente deveriam ter acesso restrito, acabam servindo de passagem aos usuários que procuram acessar as áreas externas. Ainda, a ausência de locais adequados para a espera gera frequentes aglomerações nos acessos à farmácia e ao refeitório. Em unidades muito compactas, o fluxo de usuários perturba o desempenho das atividades dos funcionários e gera interações sociais forçadas. Estas interações podem levar a episódios agressivos, que tendem a ocorrer mais em corredores e áreas de convivência interna, como observado por Lanza, Kayne e Milner (1994).

Por serem os locais mais utilizados pelos pacientes, os corredores e as áreas de convivência interna devem idealmente estar próximos às enfermarias. Desta maneira, a equipe de saúde pode observar os pacientes e rapidamente socorrê-los em caso de emergências. Na unidade B, o tipo de enfermaria adotado é aberto. Nela, os funcionários possuem ampla visibilidade da sala de TV e dos acessos ao quarto, e a equipe de enfermagem tende a passar a maior parte do tempo na convivência. Nota-se que nesta unidade a percepção da maioria dos funcionários (91,17%) é de que o pessoal de enfermagem está sempre disponível. Outras soluções de postos de enfermagens incluem ambientes totalmente fechados, como ocorre na unidade A, ou fechados com vitrines, como ocorre na unidade C. No último caso, a equipe de enfermagem possui ampla visibilidade do que ocorre nas áreas de convivência interna, mas não interagem efetivamente com os pacientes. Na unidade C, 26% dos entrevistados consideraram o pessoal de enfermagem pouco disponível.

ÁREAS EXTERNAS DE CONVIVÊNCIA

De acordo com o Manual de Estrutura Física do CAPS, a área externa de convivência pode ser semelhante a uma praça pública ou gramado, contendo espaços para usuários compartilharem momentos em grupo ou sozinhos. Como mostra a Figura 2, as unidades A e C diferenciam de maneira clara os locais para atividades estimulantes (prática corporal, artesanato e jogos) e relaxantes (sentar-se, convivência). Na unidade B, estas atividades estão agrupadas em um único espaço, o pátio dos fundos (Figura 4). A multiplicidade de usos pode ser problemática, pois cria ambientes genéricos, mal adaptados para a realização de atividades específicas (NOVOTNÁ; URBANOSKI; RUSH, 2011). No exemplo da unidade B, é impraticável para um profissional de referência conversar com seu paciente no mesmo pátio em que outras pessoas praticam esportes ou tocam instrumentos musicais. Ademais, disponibilizar para as pessoas em acolhimento algumas opções de ambientes reclusos, sossegados, estimulantes ou animados é uma forma de fazer com que elas circulem pelo local, regulando seu próprio espaço pessoal e se afastando de ambiente que as fazem sentir sobrecarregadas (DAFFERN; MAYER; MARTIN, 2004; LANZA et al., 1994).

Comparativamente, a unidade C foi a única unidade que obteve a média dos escores positivos nas dimensões “manutenção, cuidado e orientação” e “áreas verdes e estética” nas áreas externas (Figura 3). Estudos mostram que a exposição a elementos naturais pode reduzir o stress e a fadiga dos usuários, sobretudo quando estes elementos compõem jardins ou praças, ambientes ideais para experimentar a quietude e relaxamento (VOORDT, 2021; KARLIN; ZEISS, 2006). Na unidade C, 82% dos funcionários alegaram que o jardim sensorial era ideal para encontrar pessoas e 72% identificaram o jardim como um espaço para sentar e relaxar (Figura 5). Na unidade B, também há um jardim sensorial, porém, por estar muito próximo do pátio de atividades, apenas 31% dos entrevistados alegaram utilizar o espaço como um local para relaxar e se encontrar. Já a unidade A, o espaço de convivência conta com alguns vasos de plantas e locais para sentar, mas dada a dimensão do pátio, estas estratégias são insuficientes para criar uma ambiência de relaxamento e esparecimento (Figura 6). 70% dos respondentes da unidade A não consideraram o pátio externo como um local verde e agradável para se sentar, e 85% não aprovam a escolha de cores brancas e cruas para este espaço.

FIGURAS 4, 5 e 6
Áreas de convivência externa. Da esquerda para a direita: Pátio multiuso da Unidade B, Jardim sensorial restaurativo da Unidade C, Pátio da unidade A, com poucas estratégias de humanização.

Fonte: Autoras.

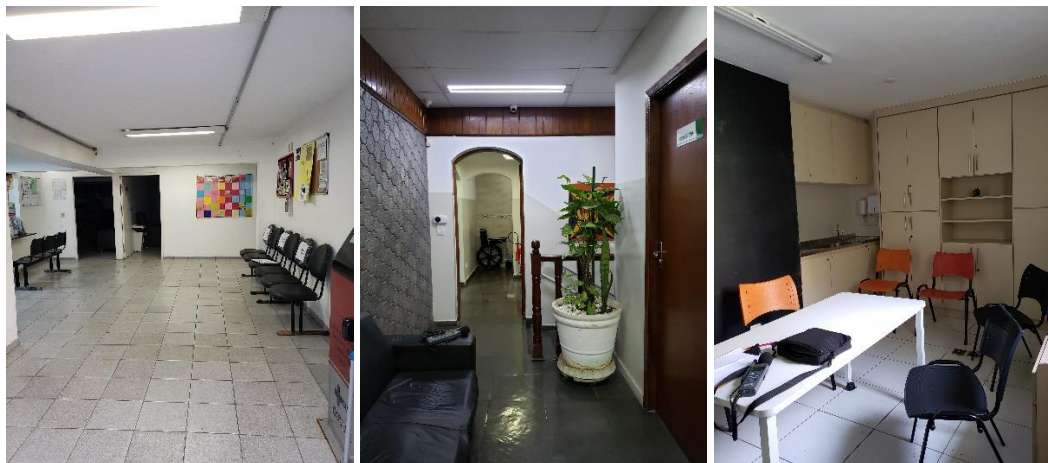


ESTILO RESIDENCIAL E PERSONALIZAÇÃO DO ESPAÇO

Um tema recorrente em arquitetura para unidades assistenciais de saúde mental é o uso do chamado “estilo residencial”, e o seu efeito na humanização do espaço (VAALER; MORKEN; LINAKER, 2005). Aqui, entende-se como humanização o investimento em aspectos do espaço físico que qualificam a vivência do usuário, promovendo seu conforto e acolhimento (BRASIL, 2004a). A descrição de ambientes de saúde no estilo residencial enfatiza questões estéticas como o uso de mobiliário em madeira, paredes coloridas e elementos decorativos como plantas e obras de arte. Seu contraponto, o “estilo hospitalar/institucional”, enfatiza aspectos funcionais e de otimização dos procedimentos de saúde, como separação de fluxos entre os pacientes e visitantes, dormitórios coletivos convergindo para um corredor e enfermarias fechadas, mobiliário e revestimentos em cores claras, de fácil limpeza e alta resistência. Em última análise, a discussão em torno do estilo residencial ou institucional se resume à utilização de estratégias de design de interiores que são agradáveis ao usuário e que não comprometam aspectos como funcionalidade, salubridade e manutenção dos ambientes, essenciais em qualquer estabelecimento de saúde.

Neste estudo, as unidades que mais se assemelham a uma residência (B e C) obtiveram escores maiores na dimensão Conforto-Físico Espacial, que inclui a avaliação global da qualidade de mobiliários, assentos e revestimentos. Do ponto de vista estético, os funcionários interrogados eram mais favoráveis ao uso de revestimentos no estilo residencial. Por exemplo, na unidade A, onde predominam as paredes brancas nos ambientes internos e externos, apenas 26,9% das pessoas entrevistadas afirmaram que as cores dos revestimentos eram bonitas (Figura 6). Já na unidade C, 81,6% dos usuários concordaram com essa afirmação (Figura 7). Durante a reforma desta unidade, os gestores optaram por preservar os revestimentos decorativos instalados pelo antigo inquilino: cerâmicas coloridas, revestimentos de parede texturizados em madeira e placa de PVC, pisos em madeira, em ardósia e granilite. A unidade também é a única que investiu em pinturas com cores claras em ambientes como o dormitório, sala de atividades coletivas e de meditação.

A Figura 2 mostra em quais ambientes das unidades foram adotadas estratégias de humanização de personalização do espaço, essencial para a criação de ambiências no estilo residencial. Nela, estão marcados os locais em que haviam objetos decorativos produzidos pelos próprios usuários. A exposição destes objetos na unidade é tida como uma forma de afirmar a identidade do paciente, valorizando seu empenho na superação de seus problemas e estigmas (DAYKIN et al., 2010). Além de embelezar o espaço, servem de instrumentos que promovem conversas e interações entre pacientes e terapeutas (DAYKIN et al., 2010; MARCHESCHI et al., 2015). Novamente, são as unidades C e B que mais investem neste aspecto de humanização, com destaque para unidade C que incorporou elementos decorativos personalizados em todos os seus consultórios individuais, na recepção e nas áreas de uso comum.



FIGURAS 6, 7 e 8
Diferentes níveis
ambiência CAPS.
Da esquerda para a
direita: Recepção da
Unidade A, Sala de
espera da unidade
C, Sala de grupo na
unidade B.

Fonte: Autoras.

AMBIÊNCIAS QUE PROMOVEM ACOLHIMENTO E AUTONOMIA

Para que o lócus terapêutico seja considerado adequado, ele deve não somente oferecer uma atmosfera acolhedora e restauradora, como também adequada para o desenvolvimento da autonomia do paciente em regime integral ou semi-integral. Por autonomia, entende-se a competência de tomar decisões e agir da maneira que julgar mais interessante ou conveniente ao seu propósito. Trata-se de uma capacidade que pode ser ampliada à medida que o paciente realiza atividades terapêuticas que desenvolvem suas faculdades racionais, físico-motoras e de auto-expressão (MENDONÇA, 2019).

Uma das maneiras de desenvolver tais habilidades em um CAPS é se engajando em atividades ocupacionais, denominadas AVD, as atividades da vida diária. Por exemplo, nas unidades B e C a copa é ampla e aberta, podendo ser utilizada para oficinas de AVD para habilidades de preparação de alimentos. Outra AVD consiste na habilidade de lavar e cuidar de sua própria roupa. Todas as unidades oferecem um serviço terceirizado de lavanderia para roupas e lençóis, no entanto apenas a unidade C possui uma lavanderia coletiva equipada, conforme previsto na RDC Nº 29, DE 30 DE JUNHO DE 2011. A possibilidade de lavar suas próprias roupas é um recurso importante, sobretudo para pessoas que estão em situação de rua, que dificilmente aceitam se separar de seus pertences.

Alguns pesquisadores sugerem que uma forma de aumentar a autonomia do paciente é fornecendo banheiros privativos anexos aos quartos, como ocorre na unidade B (ULRICH et al., 2018). Porém, esta decisão de projeto vem com um custo de segurança, pois criam espaços de difícil acesso e monitoramento da equipe de saúde (HOWARD et al., 1977; NOVOTNÁ; URBANOSKI; RUSH, 2011; SHEPLEY et al., 2016).

CONFORTO AMBIENTAL

Os espaços da saúde mental devem contar com uma boa qualidade acústica, para que consultas sejam conduzidas sem interrupções. Contudo, muitas atividades em grupo são geradoras de ruído, por exemplo oficinas de música e teatro. Como nenhuma das unidades estudadas recebeu tratamento acústico para isolar as salas de medicação e consulta, todas as equipes reportaram certo nível de incomodidade com o barulho da unidade, ainda que a unidade C tenha tido um desempenho melhor, por separar as salas de consulta dos espaços de convivência. Muitos funcionários da unidade A (88,4%) mencionaram o barulho de edifícios próximos como foco de ruído, destacando a importância da escolha de vizinhanças silenciosas para a implantação de CAPS. A diferença nos índices de satisfação com a temperatura e qualidade do ar se dá pelo fato de que as unidades B e C contaram com o investimento em aparelhos de ar-condicionado.

ESPAÇOS EXCLUSIVOS PARA A EQUIPE

No geral, questões pertinentes às relações sociais e organizacionais estão associadas à gestão da unidade, à comunicação entre a equipe e à administração de recursos. Contudo, a arquitetura pode tornar essas atividades mais desafiadoras. Neste estudo, a unidade B foi a que melhor desempenhou na dimensão “Relações Sociais”, possivelmente porque esta é a única unidade que conta com um posto de enfermagem aberto e acessível e uma sala de reuniões exclusiva e reservada.

O cotidiano de trabalhadores da saúde mental envolve tomadas de decisão sob pressão, situações inesperadas e a mediação de conflitos. Esses profissionais têm necessidade de um espaço de descanso restrito, onde possam descomprimir do stress cotidiano e fortalecer a relação entre membros da equipe (NOVOTNÁ; URBANOSKI; RUSH, 2011). O Manual de infraestrutura física prevê um quarto de plantão exclusivo para o repouso de funcionários em CAPS III, com beliche, cadeiras e armários individuais, contudo nenhuma das unidades investigadas tinham este tipo de ambiente. A ausência de espaços para repouso e convivência específicos para funcionários diminui suas chances de interação, o que pode impactar na dificuldade em organizar procedimentos e serviços. Observa-se que na unidade A, 50% dos trabalhadores percebem o serviço como “pouco organizado”. Neste estabelecimento há apenas uma sala para os funcionários, onde ocorrem as reuniões e a convivência. Esta sala permanece sempre aberta e é sujeita a muitas interrupções, de maneira que sua equipe recorre à área externa do lote para espalhar fora do ambiente hospitalar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Brasil tem crescente demanda para mais espaços de cuidado à saúde mental. As unidades CAPS, em se tratando de um serviço de baixa densidade tecnológica, apresentam a vantagem de serem rapidamente instaladas em infraestruturas pré-existentes. O resultado das Avaliações Pós-ocupação realizadas em três unidades da cidade de São Paulo mostra que os CAPS possuem uma série de demandas específicas que nem sempre são contempladas nos projetos de reforma e adequação. Uma limitação deste trabalho de pesquisa foi a não-inclusão de um tipo de usuário final: os pacientes. Novas pesquisas são necessárias para melhor investigar as percepções desta população, e entender se suas demandas são diferentes daquelas de seus cuidadores.

De acordo com o resultado, o atendimento integral às exigências do Manual de Estrutura Física dos CAPS e UAS, bem como o atendimento aos requisitos dispostos nas portarias e resoluções correspondentes a este tipo de projeto, não são suficientes para abarcar todo o programa de necessidades deste tipo de edificação. Há, ainda, aspectos referentes às estratégias de humanização e organização espacial que devem ser implementadas para criar ambiências apropriadas para o trabalho terapêutico. Afinal, a qualidade dos ambientes em unidades assistenciais da saúde mental tem um impacto relevante na qualidade de vida das pessoas que os ocupam (CHRISTENFELD et al., 1989; TYSON; LAMBERT; BEATTIE, 2002). Este artigo coloca ênfase em aspectos da arquitetura de estabelecimentos assistenciais para a saúde mental, como o estilo residencial, a personalização do espaço, a promoção do acolhimento e da autonomia, o conforto ambiental e os espaços exclusivos para a equipe. Tais elementos são mencionados no Manual de Estrutura Física do CAPS e UA, porém sem dar a devida importância e sem indicar formas de facilitar sua implementação no projeto. Portanto, o estudo contribui para a área de arquitetura e desenho de interiores com subsídios para a construção de estabelecimentos assistenciais para a saúde mental centrados no usuário e amigáveis às necessidades de pessoas com transtornos mentais.

Por fim, ressalta-se que humanizar um equipamento de saúde compreende adequá-lo ao ambiente e à cultura local, respeitando as particularidades de cada território e população (BRASIL, 2004b). Para tornar isto possível, é fundamental que arquitetos e gestores desenvolvam projetos participativos de arquitetura para CAPS em conjunto com os usuários finais, a saber, os trabalhadores da saúde, a equipe administrativa, as pessoas em atendimento e sua comunidade. A inclusão do usuário no processo de projeto é essencial

para uma melhor adequação do programa às necessidades de um estabelecimento assistencial à saúde mental.

Agradecimentos

À toda a equipe das unidades CAPS AD III, que nos recebeu com atenção, disponibilizando seu tempo para contribuir com a coleta de dados. À Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, coparticipante do projeto, por facilitar o contato com os gestores das unidades. À FAPESP, pela bolsa de doutorado concedida à Fernanda Goulart e ao CNPQ, por bolsa de produtividade nível 2 concedida à Dr. Rosaria Ono.

Referências Bibliográficas

- ANDRADE, C.; LIMA, M. L.; FORNARA, F.; BONAIUTO, M. Users' views of hospital environmental quality: Validation of the Perceived Hospital Environment Quality Indicators (PHEQIs). *Journal of Environmental Psychology*, v. 32, n. 2, p. 97–111, 2012.
- ANTHONY, K. H.; MCCAFFREY, K. Designing Mental and Behavioral Health Facilities: Psychological, Social, and Cultural Issues. In: Devlin, A. S. (ed.) *Environmental Psychology and Human Well-Being: Effects of Built and Natural Settings*. Elsevier Inc., 2018. Pp. 336-363 Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-811481-0.00013-5>>
- BENEDETTI, F.; COLOMBO, C.; BARBINI, B.; CAMPORI, E.; SMERALDI, E. Morning sunlight reduces length of hospitalization in bipolar depression. *Journal of Affective Disorders*, v. 62, n. 3, p. 221–223, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA No 336, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002**. . 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Série B. **Textos Básicos de Saúde**. 2. ed. Brasília, DF. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/editora>>. Acesso em: 5 jul. 2018a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS Política Nacional de Humanização: A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as instâncias do SUS. Série B. **Textos Básicos de Saúde**. 1. ed. Brasília, DF.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA No 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011**. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA No 130, DE 26 DE JANEIRO DE 2012**. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual De Estrutura Física Dos Centros De Atenção Psicossocial E Unidades De Acolhimento**. Brasília, DF. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/sismob/manual_ambientes_caps_ua.pdf>. Acesso em: 7 mar. 2018.
- CAMELO, G. H.; SOUZA, M. P.; BITENCOURT, F. Projeto de Arquitetura para Ambientes de Serviços de Saúde. In: CAIXETA, M.; CAMELO, G.; FABRICIO, M. (Eds.). **Codesign e Arquitetura para a Saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: Riobooks, 2021. p. 55–86.
- CARVALHO, A. P. A. Coordenação de Projetos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde. In: BITENCOURT, F.; COSTEIRA, E. (Eds.). **Arquitetura e Engenharia Hospitalar**. Rio de Janeiro: Riobooks, 2014.
- CHRISTENFELD, R.; WAGNER, J.; PASTVA, W. G.; ACRISH, W. P. How physical settings affect chronic mental patients. *Psychiatric Quarterly*, v. 60, n. 3, p. 253–264, 1989.
- DAFFERN, M.; MAYER, M. M.; MARTIN, T. Environment contributors to aggression in two forensic psychiatric hospitals. *International Journal of Forensic Mental Health*, v. 3, n. 1, p. 105–114, 2004.
- DAVIS, C.; GLICK, I. D.; ROSOW, I. The architectural design of a psychotherapeutic milieu. *Hospital and Community Psychiatry*, v. 30, n. 7, p. 453–460, 1979.
- DAYKIN, N.; BYRNE, E.; SOTERIOU, T.; O'CONNOR, S. Using arts to enhance mental healthcare environments: Findings from qualitative research. *Arts & Health*, v. 2, n. 1, p. 33–46, 2010.
- DEVLIN, A. S. Psychiatric Ward Renovation: Staff Perception and Patient Behavior. *Environment and Behavior*, v. 24, n. 1, p. 66–84, 1992. Disponível em: <<http://hjb.sagepub.com.proxy.lib.umich.edu/content/9/2/183.full.pdf+html>>

GROSS, R.; SASSON, Y.; ZARHY, M.; ZOHAR, J. Healing environment in Psychiatric Hospital design. **General Hospital Psychiatry**, v. 20, n. 2, p. 108–114, 1998.

HOWARD, J.; DAVIS, F.; POPE, C.; RUZEK, S. Humanizing health care: The implications of technology, centralization, and self-care. **Medical Care**, v. 15, n. 5, p. 11–26, 1977.

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

JIANG, H.; WANG, M.; SHU, X. Scientometric analysis of post-occupancy evaluation research: Development, frontiers and main themes. **Energy and Buildings**, v. 271, p. 112307, 2022. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0378778822004789>>

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

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

LEAMAN, A.; BORDASS, B. Assessing building performance in use 4: The Probe occupant surveys and their implications. **Building Research and Information**, v. 29, n. 2, p. 129–143, 2001.

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

MENDONÇA, S. M. Dignidade e autonomia do paciente com transtornos mentais. **Revista Bioética**, v. 27, n. 1, p. 46–52, 2019.

MORAIS, R.; ANDRADE, C. C.; BERNARDES, S.; PEREIRA, C. R. Escalas de medida da percepção da qualidade do ambiente hospitalar - um estudo em Unidades de Dor. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 31, n. 3, p. 381–388, 2015.

MOURA, J. B. A. **Impacto da ambiência e ambiente do Centro de Reabilitação no processo de restauração do transtorno por uso de substância química**. Orientador: Dr. Vandenberghe, L.M.A. 2018. 146 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2018.

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

ONO, R.; ORNSTEIN, S. W.; OLIVEIRA, F. L.; GALVÃO, W. J. F. Avaliação Pós-Ocupação: Pré-Teste de Instrumentos para Verificação do Desempenho de Empreendimentos Habitacionais em Sistemas Construtivos Inovadores. **Gestão e Tecnologia de Projetos**, [s. l.], v. 10, n. 1, p. 1–15, 2015.

ORNSTEIN, S. W. Com usuários em mente : um desafio para a boa prática arquitetônica? **PARC Pesquisa em Arquitetura e Construção**, v. 7, n. 3, p. 189–197, 2016.

PESSATTI, M. P.; CARVALHO, S. R. Intercessão, arquitetura e saúde e um novo modo de produção do espaço físico na saúde. **Conexões: saúde coletiva e políticas de subjetividade**, p. 74–93, 2009.

RHEINGANTZ, P. A.; AZEVEDO, G. A. N.; BRASILEIRO, A.; ALCANTARA, D. De; QUEIROZ, M. **Observando a Qualidade do Lugar: procedimentos para a avaliação pós-ocupação**. Rio de Janeiro: Proarq/FAU/UFRI, 2009. Disponível em: <http://www.arquitetura.eesc.usp.br/ocs/index.php/SBQP2009/SBQP2009/paper/view/199>

ROBERTS, C. J.; EDWARDS, D. J.; HOSSEINI, M. R.; MATEO-GARCIA, M.; OWUSU-MANU, D. G. Post-occupancy evaluation: a review of literature. **Engineering, Construction and Architectural Management**, v. 26, n. 9, p. 2084–2106, 2019.

SHEPLEY, M. M.; WATSON, A.; PITTS, F.; RITY, A. G.; SPELMAN, E.; KELKAR, J.; FRONSMAN, A. Mental and Behavioral Health Environments: Critical Considerations for Facility Design. **General Hospital Psychiatry**, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2016.06.003>>

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

SOMMER, R. **Espaco pessoal: as bases comportamentais de projetos e planejamentos**. Tradução Dante Moreira Leite. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1973.

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

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

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

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

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

VOORDT, T. Van der. Designing for health and wellbeing: various concepts, similar goals. **Gestão & Tecnologia de Projetos**, v. 16, n. 4, p. 13–31, 2021.

**Fernanda de Moraes
Goulart**

fernandamgoulart@usp.br

Rosaria Ono

rosaria@usp.br