

Bettieli Barboza da Silveira

**ESTRESSE E RESTAURAÇÃO:  
ASPECTOS FÍSICOS E PSICOLÓGICOS DE UM HOSPITAL DE  
CUSTÓDIA**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Mestrado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ariane Kuhnen

Florianópolis  
2017

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Silveira, Bettieli Barboza da

Estresse e restauração: : Aspectos físicos e psicológicos de um hospital de custódia / Bettieli Barboza da Silveira ; orientadora, Ariane Kuhnen - Florianópolis, SC, 2017.  
146 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

Inclui referências

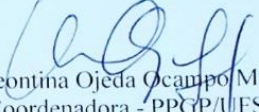
1. Psicologia. 2. Ambientes restauradores. 3. Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. 4. Teoria da Recuperação Psicofisiológica do Estresse. 5. Psicologia Ambiental. I. Kuhnen, Ariane. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

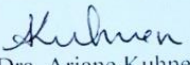
*Bettieli Barboza da Silveira*

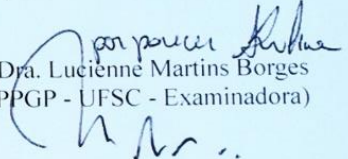
*Estresse e restauração: aspectos físicos e psicológicos de um hospital  
de custódia*

Dissertação aprovada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 1 de Fevereiro de 2017.

  
Dra. Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré  
(Coordenadora - PPGP/UFSC)

  
Dra. Ariane Kuhnen  
(PPGP - UFSC - Orientadora)

  
Dra. Lucienne Martins Borges  
(PPGP - UFSC - Examinadora)

  
Dra. Maira Longhinotti Felipe  
(PPGP - UFSC - Examinadora)

  
Dr. Francisco Cardozo de Oliveira  
(UNICURITIBA - Examinador)

Dra. Daniela Ribeiro Schneider  
(PPGP - UFSC - Suplente)



*“Há uma magia em tentar superar os próprios limites. É a sensação de arriscar tudo por um sonho que só você vê”* (filme Menina de Ouro).

A todos que buscam superar limites.



## AGRADECIMENTOS

Um misto de sentimentos e emoções refletem o que sinto ao concluir esse mestrado, etapa tão importante na minha vida e repleta de bons momentos. A vontade de crescer e de compartilhar com a sociedade tais saberes me conduziu até o final deste processo. Por isso, quero agradecer a cada um que, gentilmente, atravessou meu caminho e recheou minha trajetória de muito carinho e de bons encontros.

Registro meu MUITO OBRIGADA, sem seguir ordem alguma, norteadas apenas pelo sentimento de gratidão.

Ariane Kuhnen: vejo a figura de um orientador como um ser sábio, capaz de suscitar inquietações e inspirações aos seus pupilos. Findo o mestrado com toda minha gratidão, te agradecendo por engrandecer essa incrível experiência chamada pós-graduação. Obrigada Sheffa, pela confiança, por me acolher e me desconfortar a ponto de me fazer ver a Psicologia com outros olhos!

Maíra Longhinotti Felipe: com plena convicção afirmo que meu mestrado foi dividido em antes e depois dessa Arquiteta/Psicóloga Ambiental. Suscitar desconfortos que agreguem conhecimentos e construção de saber não é uma tarefa fácil, agradeço pela maestria com a qual conduziu esse processo! Muito obrigada pela participação na banca, pela parceria científica e, sobretudo, pela verdadeira amizade!

Dr. Francisco Cardozo Oliveira: que honra dividir momentos acadêmicos e profissionais com uma pessoa tão sábia e humilde. Obrigada por compor a banca, obrigada pelas oportunidades de compartilhar comigo bons momentos!

Dra. Lucienne Martins Borges: minha imensa gratidão por aceitar compor a banca de defesa, a construção do aprendizado em um momento como esse é intensa e, para mim, um processo único na vida! É uma honra tê-la presente!

Dra. Eliane Nascimento e Dra. Ana Marsillac: pela atenta leitura do projeto de qualificação e pelas colaborações enriquecedoras!

PPGP UFSC: meu muito obrigada às secretárias, aos coordenadores Carmen Moré e Carlos Nunes, assim como a todos os professores que tive a honra de conhecer e de me aproximar, aprendizados e gratidão que seguirão comigo!

LAPAM: minha gratidão a cada membro amigo que recheou os dias e momentos que vivi no Laboratório! Em especial aos amigos que tive a honra de conhecer e estreitar os laços de amizade ao longo desses dois anos, muito obrigada: Julia, Patrícia, Márcia, Gilvana, Roberta, Jaksiane e Nikolas. Camila, tchê eu não esqueci de ti, apenas quis fazer

um adendo para reforçar o registro e agradecer a minha grande (e cheia de bolinhas) parceira!

CAPES: pelo financiamento da pesquisa, essencial para esta caminhada.

Luciano, Aline e Renato: Florianópolis e a pós-graduação não teria tido tanta graça (literalmente) sem vocês! A parceria transcendeu aos muros universitários e também me apresentou a Raquel, Filipe e Isis. Acrescento do exterior universitário e inerente aos bons encontros da vida, Lara e Lucio, muito obrigada pela parceria de sempre. Em especial, à Lara minha imensa gratidão pela leitura atenta da dissertação! Meus amigos, muito obrigada por tudo!

Família: por fim, deixo para agradecer aos que são a base de tudo! Diretamente para Carazinho e para os migrantes em Santa Catarina meu muito obrigada! Roberto, Ângela, Amanda, Elita, meus tios e tias, primos e primas que me remetem diariamente ao grandioso e singelo sentimento de AMOR.



Bettieli Barboza da Silveira. **Estresse e restauração: aspectos físicos e psicológicos de um hospital de custódia**. Florianópolis, 2017. Dissertação de Mestrado em Psicologia – Programa de Pós Graduação em Psicologia. Universidade Federal de Santa Catarina.  
Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ariane Kuhnen.  
Data da defesa: 01/02/2017

## RESUMO

As características e transformações ambientais que a humanidade tem vivenciado elevou a preocupação das pessoas com as condições de bem-estar e qualidade de vida. A influência do ambiente na saúde humana através de alterações nos níveis de estresse é a base estrutural deste estudo, ou seja, foco no potencial benéfico que bons lugares podem promover às pessoas. Portanto, objetiva-se analisar os aspectos físicos e psicológicos de um hospital de custódia que interferem nas condições de bem-estar de seus usuários. O conceito-chave e norteador dos parâmetros desta pesquisa chama-se ambiente restaurador (*restorative environment*), termo inerente à Psicologia Ambiental para descrever o processo que pode acontecer quando um lugar suscita elementos específicos que exercem influência positiva sobre a saúde. A restauração é particularmente importante nos ambientes que contemplam situações estressoras, como os hospitais de custódia. Suas características de dualidade, confinamento e isolamento social fomentam a reduzida autonomia do ser humano. Desse modo, os procedimentos traçados para a realização dessa pesquisa foram divididos em duas fases, na primeira foi realizado o levantamento de características e alterações do ambiente físico atrelada ao diário de campo para resguardo de informações que viessem a contribuir com os objetivos do estudo. Como segunda fase, foi aplicada a técnica de fotografia do ambiente com os participantes, aliada à entrevista semiestruturada, propondo-se uma interlocução. O estudo foi composto pela participação de doze profissionais do hospital de custódia, permeado, pela discussão acerca das categorias relacionadas aos: a) aspectos favoráveis ao bem-estar; b) aos intervenientes estressores; c) às características de bem-estar psicológico; d) às propriedades elencadas para a estruturação de um ambiente restaurador. Tais categorias foram estruturadas com base na análise de conteúdo temática categorial. Constatou-se que os aspectos naturais, os espaços abertos, lugares de interação e que proporcionam conforto dentro da instituição foram os principais citados no que condiz aos favorecedores do bem-estar, assim como a dualidade do local, as grades,

a restrição de acesso, a estética arcaica e de tonalidade escura foram influências significativas relacionadas ao desenvolvimento do estresse. Quanto aos fatores relacionados ao bem-estar psicológico, notou-se a implicação dos profissionais em investir na melhoria do processo de internação, caracterizado, segundo os participantes, por sofrimento e rechaça ao novo lugar. Além disso, observou-se a predominância de preocupações acerca da imprevisibilidade de se trabalhar com pacientes psiquiátricos custodiados, permeada pela dúvida sobre como efetuar o melhor manejo perante diferentes situações. Sobre a identidade de um ambiente restaurador, verificou-se a dedicação em torno da futura estruturação de espaços saudáveis que promovam atividades com a natureza, interação entre os usuários do lugar, bem como a inclusão da família e comunidade. Ademais, frisou-se a humanização do ambiente, o melhor acolhimento aos internos e aos visitantes, a revisão sobre o perfil do profissional dos trabalhadores de hospitais de custódia, bem como cursos e formações continuadas para melhor atendimento das demandas institucionais. Por fim e em resumo à metodologia aplicada, ressalta-se positivamente a interlocução entre a técnica fotográfica e a entrevista que culminou em importantes alicerces entre a teoria e a prática. É preciso investir no acesso dos usuários do hospital de custódia às distrações positivas associadas ao bem-estar, além da eliminação das fontes de distração negativas e de estímulos que atraem o interesse do observador eliciando estresse e mal-estar psicofisiológico.

**Palavras-chave:** ambiente restaurador, psicologia ambiental, estresse, bem-estar.

Bettieli Barboza da Silveira. **Estresse e restauração: aspectos físicos e psicológicos de um hospital de custódia.** Florianópolis, 2017. Dissertação de Mestrado em Psicologia – Programa de Pós Graduação em Psicologia. Universidade Federal de Santa Catarina.  
Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ariane Kuhnen.  
Data da defesa: 01/02/2017

## ABSTRACT

Humankind's concern about welfare conditions and life quality has been aroused by what it has witnessed of current environmental characteristics and changes. Our study is structurally based upon environment's influences on human health through stress levels. Hence the goal of analyzing physical and psychological aspects of custodial hospitals that interfere on its users welfare conditions. The key theoretical concept guiding this research's parameters is restorative environments, used in Environmental Psychology to describe the process through which a place may bring up specific elements to positively influence health. Said restoration is particularly meaningful in environments prone to stressful situations, such as custodial hospitals. Characteristics like duality, confinement and social isolation of those custodial hospitals induce reduced autonomy of the human being. Within that frame, this research's procedures were outlined in two stages. At first, environmental characteristics and changes were cataloged, using the field journal to register relevant information for the research's main goals. Environment photography was then applied with participants of the study, who also subjected to semi-structured interviews, aiming for dialogical approach. Twelve workers at the custodial hospital took part on the study, also debating about categories related to: a) aspects favorable to the welfare; b) stressful factors; c) aspects of psychological welfare; d) ranked properties towards a restorative environment. Said categories were set upon analysis of content thematic categorical. Results show, on one hand, that nature characteristics and open spaces, as well as sites inviting for interaction and those offering comfort within the institution were most frequently mentioned as positively contributing to users' welfare. On the other, hospital's duality, its barred perimeter and restricted access, along with ancient looking architecture and dark paint were significantly weighed in as factors of stressful situations. As for psychological welfare, results point to an effort, on the staff side, to improve the admission process of users. As a general rule, according to participants, it is characterized by

suffering and ill-will towards the new place. Moreover, participants showed a central concern about how unpredictable it is to work with custodial psychiatric patients, as well as doubts on how better to handle a range of situations. As for the identity of the restorative environment, the research acknowledged the effort towards structuring future healthy sites to promote nature related activities, interaction between all users of the institutions and the inclusion of families and the community. We attempted to stress humanizing the environment; better admission for users and visitors; new analysis on the custodial hospital's workers' profile; as well as courses and continued education for improving institutional demands for better caring. Last but not least, the results highlight the benefits of using both photography technic and interview, which turned up meaningful data linking practice to theory. It is essential that patients of custodial hospitals can have access to positive distractions associated to welfare; as it is to also invest in extinguishing sources of negative distractions and stimuli that tempt the observer and push him towards stress and psychophysical illness.

**Keywords:** restorative environment, environmental psychology, stress, well-being.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Imagem de satélite representando o complexo penitenciário e hospital de custódia (flecha).....	58
Figura 2 - Pátio externo do hospital de custódia (antes da reforma). ....	64
Figura 3 - Pátio externo do hospital de custódia (depois da reforma)...	64
Figura 4 - Ala de tratamento do hospital de custódia.....	65
Figura 5 - Lugares de conforto (alojamento, posto de enfermagem, cozinha e pátio externo). ....	66
Figura 6 - Lugar estressante (ala de tratamento). ....	66
Figura 7 - Horta do hospital de custódia. ....	77
Figura 8 - Enfermaria com camas, pisos e azulejos. ....	80
Figura 9 - Pátio interno (esquerdo).....	82
Figura 10 - Acesso restrito e estrutura defensiva nos leitos. ....	85
Figura 11 - Pátio das enfermarias e sala de visita. ....	86
Figura 12 - Banheiro do primeiro corredor. ....	87
Figura 13 - Fachada com grades na porta principal. ....	89
Figura 14 - Projeto “Janelas para o centro cirúrgico”, sala de espera. ....	100
Figura 15 - Projeto “Aquário carioca”, setor de quimioterapia. ....	112
Figura 16 - Carleton University (à esquerda). Halden Prison (à direita). ....	113



## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 - Categorização da revisão sistemática .....	32
Tabela 2 - Caracterização dos participantes .....	55
Tabela 3 - Organização da análise de conteúdo. ....	68
Tabela 4 - Elementos temáticos mais citados.....	71





## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>19</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>25</b>
2.1	OBJETIVO GERAL .....	25
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	25
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>27</b>
3.1	ESTUDOS PESSOA-AMBIENTE (EPA).....	27
3.2	PROCESSO DE RESTAURAÇÃO.....	30
<b>3.2.1</b>	<b>Estado da arte</b> .....	<b>30</b>
<b>3.2.2</b>	<b>Restauração, estresse e bem-estar</b> .....	<b>42</b>
<b>3.2.3</b>	<b>Concepções teóricas</b> .....	<b>45</b>
3.3	AMBIÊNCIA, HOSPITAL E CUSTÓDIA .....	47
<b>3.3.1</b>	<b>Ambiência hospitalar</b> .....	<b>47</b>
<b>3.3.2</b>	<b>Hospital de custódia</b> .....	<b>48</b>
3.4	BEM-ESTAR E QUALIDADE DE VIDA NO AMBIENTE HOSPITALAR.....	50
<b>4</b>	<b>MÉTODO</b> .....	<b>53</b>
4.1	DELINEAMENTO DA PESQUISA .....	53
4.2	CONTEXTO DE PESQUISA.....	53
4.3	PARTICIPANTES .....	54
4.4	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES .....	55
4.5	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS .....	56
<b>4.5.1</b>	<b>Levantamento de características e alterações do ambiente físico</b> .....	<b>56</b>
<b>4.5.2</b>	<b>Fotografia dos ambientes</b> .....	<b>57</b>
<b>4.5.3</b>	<b>Entrevista semiestruturada</b> .....	<b>58</b>
4.6	PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS .....	59
4.7	PROCEDIMENTOS ÉTICOS .....	60
4.8	ANÁLISE DOS DADOS .....	60
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>63</b>
5.1	FOTOGRAFANDO AMBIENTES .....	63
5.2	ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA .....	67
<b>5.2.1</b>	<b>Apresentação dos temas, categorias e subcategorias</b> .....	<b>67</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>73</b>

6.1 TEMA 1: ASPECTOS FÍSICOS DO LUGAR QUE CONTRIBUEM COM O BEM-ESTAR.....	73
<b>6.1.1 Aspectos construídos .....</b>	<b>73</b>
<b>6.1.2 Aspectos naturais .....</b>	<b>75</b>
<b>6.1.3 Aspectos de significado .....</b>	<b>78</b>
6.2 TEMA 2: ASPECTOS FÍSICOS DO LUGAR DESFAVORÁVEIS AO BEM-ESTAR .....	81
<b>6.2.1 Delimitadores.....</b>	<b>81</b>
<b>6.2.2 Estéticos.....</b>	<b>85</b>
<b>6.2.3 Dualidade .....</b>	<b>88</b>
6.3 TEMA 3: BEM-ESTAR PSICOLÓGICO .....	90
<b>6.3.1 Internação .....</b>	<b>91</b>
<b>6.3.2 Imagem do paciente .....</b>	<b>93</b>
<b>6.3.3 Imagem de si .....</b>	<b>95</b>
6.4 TEMA 4: IDENTIDADE DE UM AMBIENTE RESTAURADOR.....	97
<b>6.4.1 Adaptações a curto e médio prazo .....</b>	<b>98</b>
<b>6.4.2 Propostas para implementação a longo prazo .....</b>	<b>101</b>
6.5 RECOMENDAÇÕES.....	104
<b>6.5.1 Psicologia ambiental aplicada em hospital de custódia.....</b>	<b>104</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>109</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>129</b>
APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	130
APÊNDICE B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL .	132
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	133
APÊNDICE D - DIÁRIO DE CAMPO .....	135
APÊNDICE E - RETRATOS DOS PARTICIPANTES .....	141
APÊNDICE F - PLANTA BAIXA.....	142
<b>ANEXO .....</b>	<b>143</b>
ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP SH UFSC	144

## 1 INTRODUÇÃO

"O ambiente materializa as psicologias daqueles que vivem nele" (Moser, 2003, p. 332).

Na intenção de estudar o ser humano em sua subjetividade, a Psicologia, de modo geral, busca compreender os comportamentos assim como o que há subjacente a eles, como os significados, as atitudes e os valores atribuídos ao meio pelas pessoas. Porém, por vezes, desconsidera-se o estudo do ambiente físico em que a subjetividade e o comportamento figuram. Diante de tal lacuna, surge a Psicologia Ambiental (PA), subdisciplina que investiga as inter-relações entre a pessoa e o ambiente (Moser, 1998). Em PA, entende-se que os ambientes são únicos, capazes de limitar ou encorajar certos tipos de manifestações psíquicas, ou seja, podem indicar comportamentos assim como constituir subjetividades (Ittelson, Proshansky, Rivlin & Winkel, 2005).

Em decorrência das características e transformações ambientais que a humanidade se impôs, eleva-se a preocupação com as condições de bem-estar e qualidade de vida das pessoas, bem como pela influência do ambiente na saúde humana através de alterações nos níveis de estresse (Gressler & Günther, 2013; Jacobi, 2003;). Nesse sentido, novas áreas de estudos se propuseram a iniciar a busca por achados científicos que oferecessem saberes relacionados à capacidade ambiental de promoção e restauração da saúde e ao estudo do estresse por influência ambiental, como: a Arquitetura e Urbanismo, a Geografia e a Biologia (Hartig, 2011). Igualmente vemos avanços também na área da saúde e, Psicologia, em particular.

Em 1984, Roger Ulrich propôs uma estrutura de redução psicológica do estresse (*Psychophysiological Stress Recovery*) enfatizando, basicamente, a percepção visual e estética de certos ambientes, bem como a resposta afetiva a eles associada. Segundo o autor, estar cercado por fatores ambientais que estimulam a aproximação e desencorajam certos comportamentos ligados à vigilância é fundamental para o bem-estar e a sobrevivência humana. Ressalta-se que as experiências em ambientes físicos visualmente prazerosos podem auxiliar na redução do estresse, uma vez que desencadeiam emoções positivas, mantêm o estado de atenção não vigilante, diminuem os pensamentos negativos e possibilitam o retorno da excitação fisiológica (*physiological arousal*) para níveis mais

moderados. A estimativa é de que esses fatores contribuam com o processo de restauração a partir da visão de parâmetros positivos em determinado ambiente (Van Den Berg & Custers, 2011).

Além da TRPE, também a Teoria de Restauração da Atenção - TRA (Kaplan & Kaplan, 1989) se apresenta como uma abordagem teórica que compreende o processo de restauração. Dentre elas, destaca-se neste estudo a TRPE, uma vez que se propõe a estudar a restauração a partir de um desconforto relacionado ao estresse. Portanto, difere-se (mas não se opõe) a teoria de Kaplan e Kaplan (1989) que foca na restauração relacionando-a à restauração a partir da fadiga de atenção. O conceito de restauração aqui trabalhado é relacionado ao estresse, na sua dimensão psicológica e subdimensões, entendido como processo de recuperação ou renovação de recursos psicológicos, fisiológicos e sociais comprometidos pelas exigências da vida cotidiana. Vale ressaltar que essa restauração não se limita às condições de estresse, a referência é válida para qualquer consumo ou alteração dos recursos pessoais, inerentes ao dia-a-dia, para enfrentamento de situações estressoras. Desse modo, a restauração pode ser promovida ou permitida pelo benefício de ambientes restauradores (Hartig, 2011).

O processo de restauração pode acontecer quando um lugar possui elementos específicos que exercem influência sobre a saúde, porém, inicialmente essa reação dependeria das características visuais do ambiente. Este, por sua vez, poderia rapidamente evocar uma resposta emocional positiva e até promover um equilíbrio emocional, limitando reações psicológicas e fisiológicas negativas alteradas pelo estresse até que o indivíduo encontre um equilíbrio (Gressler & Günther, 2013; Hartig, 2011). Nesse contexto, o afeto torna-se um elemento central da relação pessoa-ambiente, pois é o primeiro nível de resposta aos estímulos ambientais, e, além disso, tem efeito direto sobre o processo fisiológico vital agindo como modelador da cognição ambiental (Felippe, 2015).

As primeiras pesquisas sobre ambiente restaurador (*restorative environments*) tiveram o alicerce de pesquisas vinculadas aos atributos ambientais (Kaplan & Kaplan, 1982; Korpela, 1989), motivadas por observações em lugares como manicômios, sanatórios e prisões localizados na França e Inglaterra (Markus, 1993). As áreas de estudos relacionadas ao estresse e a avaliação ambiental passaram a receber maior atenção, com vistas à compreensão dos fatores que influenciavam as sensações de prazer ou desprazer experimentadas em determinados ambientes (Gressler, 2014).

Embora as pesquisas demonstrem que as pessoas tendem a perceber os ambientes naturais como mais restauradores que os construídos, ambos têm a potencialidade de restauração (Ivarsson & Hagerhall, 2008; Van Den Berg, Hartig & Staats, 2007). A restauração é particularmente importante nos ambientes que contemplem situações estressoras, como: espaços de confinamento, experiências traumáticas, falta de contato com a família, isolamento social, dentre outras circunstâncias de reduzida autonomia do ser humano, como no caso de hospitais e espaços prisionais (Borine, Assis, Lopes & Santini, 2012; Carrara, 2010). Nessa vertente se encontram os hospitais de custódia (Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – HCTP), denominados como instituições complexas que articulam duas das realidades mais deprimentes da sociedade moderna: o hospital psiquiátrico ou “asilo dos alienados” e a prisão, constituindo assim o estereótipo de seus internos como “loucos criminosos” (Carrara, 2010, p.17).

Segundo Goffman (2005), o caráter fechado de um espaço prisional promove uma ruptura profunda com os papéis desempenhados anteriormente na sociedade. Ou seja, o projeto arquitetônico de uma unidade penal não é elaborado com base nas especificidades dos seus futuros usuários (presos e pacientes psiquiátricos), e sim de acordo com as normas impostas pelo Estado, desconsiderando as necessidades das pessoas que irão ocupá-lo (Lima, 2009). Tal estrutura emprega, portanto, o conceito de vingança social identificada na obra de Foucault (1987).

Em oposição aos conceitos supracitados, foi promulgada no Brasil, em 2001, a Lei “Antimanicomial” (Lei 10.216/2001), com o objetivo de redirecionar o modelo de assistência psiquiátrica, em defesa ao processo de desinstitucionalização, primando por melhores condições de saúde e direito de cidadania aos usuários dos hospitais psiquiátricos e de custódia. Desde então, foram sugeridas e criadas outras formas de tratamento para a pessoa com transtorno mental, com vistas a romper com o modelo prisional, asilar e hospitalar, caracterizado por defasadas estruturas físicas e vulnerabilidades ambientais (Carrara, 1998; Santana, Chianca & Cardoso, 2009).

É possível verificar mudanças significativas em prol de melhorias no campo da política de saúde mental em grande parte dos hospitais psiquiátricos nacionais. Inclusive, uma série de portarias e leis amparadas pelo Ministério da Saúde ressaltam a importância de se investir na adequação das condições físicas desses hospitais, tendo como referência as regras da vigilância sanitária, a existência de projeto terapêutico, de equipe multidisciplinar e demais mecanismos que

garantam melhorias na qualidade assistencial. No entanto, vale destacar que muitos hospitais psiquiátricos ainda são caracterizados por uma lenta e complexa transformação em sua estrutura (constantemente superlotada) e no atendimento em rede (Cordioli, Borenstein & Ribeiro, 2006). Segundo o Conselho Federal de Psicologia (2015), de modo geral, as instalações de todos os hospitais psiquiátricos do Brasil são inadequadas para acomodar seres humanos. Dessa forma, reforça-se a importância de se pensar na melhor qualidade de vida e bem-estar dos usuários do espaço de custódia hospitalar.

Ainda que se reconheça a importância de transformar a imagem dos hospitais através da criação e/ou reestruturação de ambientes a fim de torná-los mais benéficos e atentos às necessidades dos pacientes e profissionais, a comunidade científica ainda carece de empenho em pesquisas empíricas dedicadas a verificar a correspondência entre atributos físicos hospitalares e significados ambientais, em particular, os significados que potencialmente desempenham um papel importante no processo de restauração (Felippe, 2015; Velarde & Tveit, 2007). Os estudos sobre a relação pessoa-ambiente nos hospitais apontam que o ambiente físico pode ser uma fonte de estresse por conta das mensagens que comunica, logo, também é possível se pensar em um ambiente restaurador caso se suscitem cognições de valor positivo, o que consentiria ou mesmo promoveria a restauração por despertar interesse, apazibilabilidade e calma (Felippe, 2015; Ulrich, Simons, Losito, Fiorito, Miles & Zelson, 1991;).

As respostas de estresse aos fatores ambientais ou situacionais são um conjunto de reações psicofisiológicas inter-relacionadas, de ordem tanto psicológica (estresse psicológico) como fisiológica (estresse fisiológico). Nesse projeto, portanto, será enfatizado o estudo sobre a dimensão psicológica. Dessa forma, vale ressaltar que sob a designação de estresse psicológico estão as reações afetivas, cognitivas e comportamentais (Ulrich et al, 1991). Entendido como um conjunto de reações a eventos, situações ou ambientes, o estresse é percebido como ameaça ao bem-estar humano, que pode provocar danos reais ou iminentes (Kaplan, 1995; Ulrich, 1999; Ulrich et al, 1991). As reações afetivas de estresse se caracterizam pelo avanço de sentimentos negativamente entoados, tais como a raiva, o medo, a ansiedade e a tristeza. Por outro lado, as cognitivas incluem todas as avaliações que a pessoa elabora em torno de situações estressoras. Por fim, as comportamentais englobam atitudes e ações de evitação, bem como uso de álcool, cigarros, dentre outras substâncias (Felippe, 2015).

O aspecto visual em um ambiente hospitalar pode ser incorporado à ambiência (ambiência hospitalar), formando um sistema e contribuindo para que este espaço seja agradável e acolhedor. A ideia é de transformar o espaço com vistas a uma ambiência saudável, observando os aspectos físicos do lugar e a mensagem visual que eles comunicam. Portanto, quando esses aspectos estão dispostos de maneira bem planejada e sistematizada, podem auxiliar no tratamento de saúde, permitindo que o usuário se sinta em um local acolhedor e humanizado (Nascimento, Silva, Souza, Souza & Germer Netto, 2015). De acordo com a Cartilha do Ministério da Saúde sobre Ambiência (2008), esse conceito é pautado por três eixos: o espaço que visa o conforto, privacidade e individualidade das pessoas; o espaço como ferramenta facilitadora do processo de trabalho; e o espaço de encontros entre os sujeitos.

Diante desse interesse e da dificuldade de encontrar estudos que investiguem a capacidade restauradora de um hospital de custódia aliada aos seus elementos constituintes, eleva-se a relevância desse enfoque. Estudos com tal ênfase podem fornecer uma base científica que colabore com a aplicação das políticas públicas direcionadas à orientação e planejamento do ambiente de internação psiquiátrica voltando a atenção às possibilidades de restauração possíveis. Ou seja, parte-se da intenção de investigar uma percepção que, embora verbalizada pelos profissionais entrevistados, diz respeito aos usuários como um todo.

Os avanços nos estudos pessoa-ambiente têm demonstrado que não se torna difícil encontrar pesquisas inerentes aos potenciais restauradores de ambientes naturais. No entanto, existe um déficit nas investigações sobre a capacidade restauradora de ambientes construídos. Tal dado se justifica em parte porque as pesquisas demonstram que os ambientes naturais contribuem sobremaneira ao processo restaurador da saúde humana (Hartig & Staats, 2006; Velarde & Tveit, 2007). Geralmente os aspectos observados tem relação com categorias gerais de paisagens, fornecendo poucas informações sobre os elementos específicos do lugar que exercem uma influência sobre a saúde (Ottoosson & Grahn, 2005; Ulrich, 2002).

Para clarificar o estado da arte e melhor delimitar os descritores que auxiliaram na estruturação desta pesquisa, foram realizadas duas buscas nas bases de dados indexadas na Biblioteca Virtual em Saúde e Psicologia - BVS-PSI, além da procura na Plataforma *Taylor & Francis* e nas bases internacionais *Sage Journal* e *Science Direct*, junto das principais revistas de Psicologia Ambiental (*Psychology*, *Environment & Behavior*, *Journal of Environmental Psychology*). A primeira revisão

de literatura ocorreu no mês de outubro de 2015 para adequação do projeto de qualificação e foi ampliada em novembro de 2016 (descrita no tópico 3.2.1). Na primeira busca, foi encontrado apenas um artigo disponível em periódico nacional, além de duas teses. Já no reduto internacional, o quantitativo encontrado de pesquisas relacionadas aos fenômenos descritos acima foi maior, aproximadamente vinte artigos. Na revisão atualizada em 2016, outros artigos foram encontrados e publicados, totalizando 31 estudos. Apesar disso, em nenhum dos materiais localizados o objeto estudado foi um hospital psiquiátrico ou de custódia, somente hospitais gerais. O que reforça a premissa de que os “loucos infratores” e os profissionais que com eles trabalham são esquecidos nesses ambientes (Carrara, 2010).

Acredita-se que os resultados desta pesquisa, do ponto de vista científico, contribuirão para a produção do conhecimento, por analisar o ainda pouco explorado conceito de ambiente restaurador atrelado a um contexto de grande relevância à sociedade. Nota-se um crescente interesse tanto da ciência quanto dos órgãos públicos para pesquisar e melhor compreender o que fazer com os usuários desse serviço, e assim, resgatá-los da condição perpétua de institucionalização; bem como aos profissionais, os quais também carecem de atenção e investimento em prol de melhores condições de ambiente de trabalho. Desse modo, essa pesquisa problematiza fenômenos atuais e emergentes, que necessitam de estudos para embasar e subsidiar ações dos órgãos públicos que criam estratégias e políticas públicas para melhorar as condições de saúde e qualidade de vida, tanto dos usuários como dos profissionais envolvidos com a saúde mental em interface com o judiciário.

Essa pesquisa visou colaborar com a produção científica do Laboratório de Psicologia Ambiental (LAPAM), bem como com a área de concentração Saúde e Desenvolvimento Psicológico, linha de pesquisa Atenção psicossocial, cultura e ambiente, do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). À luz dessas ponderações, e considerando que identificar as qualidades específicas de um ambiente restaurador a fim de aplicá-las nos estudos pessoa-ambiente é um grande e válido desafio, o presente estudo pretende revelar o quê, na percepção dos participantes, é restaurador ou tem qualidades restauradoras. Dessa forma, estrutura-se a seguinte pergunta de pesquisa: Quais os aspectos físicos e psicológicos de um hospital de custódia que interferem nas condições de estresse e restauração de seus usuários?



## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar os aspectos físicos e psicológicos de um hospital de custódia que interferem nas condições de bem-estar de seus usuários.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar as atuais condições físicas do ambiente de custódia hospitalar.
- Caracterizar os efeitos restauradores e intervenientes estressores do local.
- Examinar a identidade de ambiente restaurador.



### 3 REVISÃO DE LITERATURA

O presente capítulo apresenta a revisão de literatura que dará suporte para responder a pergunta de pesquisa. Divide-se em quatro seções principais. A primeira é dedicada ao campo disciplinar maior e visa apresentar os pressupostos teóricos e epistemológicos que nortearão a construção e o desenvolvimento desse estudo, a relação pessoa-ambiente. As seções seguintes discutem três grandes temas que emergem do objetivo geral apresentado e suas inter-relações: o processo de restauração e o estresse; ambiência hospitalar e de custódia; e, posteriormente, os aspectos inerentes à atribuição de sentido ao ambiente, o bem-estar e a qualidade de vida.

#### 3.1 ESTUDOS PESSOA-AMBIENTE (EPA)

O surgimento da Psicologia Ambiental se deu após o fim da II Guerra Mundial, devido a fase de reconstrução das cidades e de reorganização social, datando da década de 1960 e atingindo o ápice entre 1967-1973 (Pol, 2001). Ainda na década de 70 surgiram os primeiros estudos sistematizados sobre as relações entre os seres humanos, os ambientes físicos e os problemas ambientais, com o objetivo de buscar novas formas de atuação e produção do conhecimento sobre essas relações (Bassani, 2004). A PA tem como tema central as inter-relações entre as pessoas e o meio ambiente físico e social, ou seja, trata da reciprocidade e mútua influência entre a pessoa e o ambiente (Moser, 1998). Segundo Günther, Pinheiro e Guzzo (2004), essa relação de reciprocidade estuda como o comportamento impacta o ambiente e como o ambiente impacta o comportamento, de forma integrada.

De início, o foco da PA foi relacionado aos aspectos do ambiente físico e sua influência no comportamento humano. Com o decorrer dos anos a ênfase se estendeu e, atualmente, é comum encontrar autores (Günther, Pinheiro & Guzzo, 2004; Tassara & Rabinovich, 2003) discutindo aspectos subjetivos associados à relação pessoa-ambiente. Neste sentido, Wiesenfeld (2005) afirma que tópicos relacionados à percepção, cognição, adaptação e avaliação ambiental, comportamento ecologicamente responsável, entre outros assuntos, têm se mostrado relevantes para o entendimento mais amplo dessas relações. A manifestação desta área se remete ao processo de aprimorar a compreensão acerca do desenvolvimento humano e a indissociabilidade entre o contexto físico e o sociocultural. Portanto, objetiva o estudo dos

aspectos individuais e coletivos das inter-relações entre a pessoa e o meio ambiente (Günter, Guzzo, & Pinheiro, 2004).

Segundo Altman & Rogoff (1991), inicialmente a PA tentou se consolidar através de estudos que associavam características da personalidade ao comportamento, sendo estes, pressupostos advindos de uma perspectiva individualista onde se prioriza o sujeito em detrimento do ambiente (se torna um fator secundário). Nesta ótica, a materialidade se apresentaria ao sujeito, que por sua vez manteria um distanciamento necessário para seu domínio. Posteriormente, em decorrência da aproximação de outras áreas de estudo, como a Geografia, a Arquitetura e o Urbanismo, a PA passou a centralizar o papel do ambiente, porém ambos permaneciam desvinculados, reafirmando o panorama científico positivista (Valera, 1996).

Com o desenvolvimento de novos estudos e diálogos, a PA passa a tratar de uma perspectiva interacionista, pautada em uma lógica molecular e linear. Durante este período as relações de causa-efeito entre as entidades ambiente e pessoa foram priorizadas, destacando-se os estudos dedicados à compreensão dos elementos ambientais que poderiam prever determinados comportamentos. No entanto, Aragonés e Amérigo (2000) afirmam que tais intenções de pesquisas não foram suficientes para explicar tamanha complexidade dos fenômenos inerentes à relação pessoa-ambiente, e então, passou-se a defender a realização de observações naturalísticas, ou seja, manter o fenômeno tal como se apresenta e assim compreendê-lo de modo mais abrangente.

Influenciados pelo conceito de espaço vital de Kurt Lewin, Barker e Wright passam a construir o que ficou conhecido como Psicologia Ecológica. Esta abordagem foi pautada na articulação teórico-metodológica dos acontecimentos cotidianos, de forma a discutir padrões estáveis de comportamento em tempo e espaço específicos (Barker, 1968). Destaca-se que essa articulação permitiu o diálogo da PA com a Psicologia Social através, principalmente, das influências de Lewin. Isso levou a PA à estruturação de novos pressupostos epistemológicos, voltando-se para uma lógica molar e sistêmica, e concebendo a relação pessoa-ambiente a partir da reciprocidade (Valera, 1996).

No que condiz a uma perspectiva transacional, a PA passa a focar a bidirecionalidade da relação pessoa-ambiente, ou seja, a capacidade de influência mútua entre ambos. Acredita-se na coexistência de uma unidade total, onde o ambiente físico engloba dimensões culturais, sociais, políticas e espirituais que estão entrelaçadas com aspectos cognitivos, afetivos e interacionais das pessoas (Moser, 2003; Valera,

1996). Pesquisadores da PA defendem o pressuposto de que há uma postura ativa dos indivíduos na relação com o ambiente, com um enfoque holístico e molar, tendo a materialidade como algo dado, sem o qual não há possibilidade de compreensão dessa relação. Portanto, para acessar o fenômeno admite a necessidade da utilização de multimétodos (Günther, Elali & Pinheiro, 2008; 2011), o que envolve a articulação entre dois ou mais métodos de pesquisa, partindo do delineamento do estudo. Incorpora-se, também, um caráter interdisciplinar a fim de fortalecer seus pressupostos teóricos (Elali & Peluso, 2011).

Considerando tais perspectivas, pode-se dizer que a PA está em um processo de transição, de mudança de paradigma. Trata-se de uma área pautada em demandas sociais a fim de promover intervenções que resultem em melhoria da qualidade de vida e transformação social (Tassara & Rabinovich, 2003). Para Wiesenfeld (2005), a PA apresenta uma ontologia baseada na unidade da relação pessoa-ambiente, destacando o contexto natural onde ela se dá. Sua metodologia é sistêmica e dialética, englobando distintas perspectivas em seu desenvolvimento teórico, o que reflete sua epistemologia e caráter interdisciplinar. Configura-se como uma ciência aplicada, preocupada com as distintas realidades sociais e suas problemáticas, bem como suas potencialidades. Segundo Bassani (2004), o foco dos estudos em PA são as características da relação pessoa-ambiente, sendo o ambiente estudado em relação a sua função nas interações sociais e nas necessidades humanas, e não o ambiente físico em si.

Empenhada em defender uma postura ativa dos indivíduos na relação com o ambiente, a PA possui um enfoque holístico e molar (Gunther, Elali & Pinheiro, 2011). Desta forma, parte da premissa de que é de suma importância se pensar de modo interdisciplinar, buscando constantemente o diálogo com outros saberes, tais como: Antropologia, Geografia, Direito, Sociologia, Arquitetura, dentre outras, a fim de fortalecer seus pressupostos teóricos (Elali & Peluso, 2011; Moser, 2003). Neste sentido é que se pensa esta pesquisa, tratando de uma interface entre PA, Arquitetura, Direito e Saúde Mental, na intenção de suscitar reflexões e diálogos a fim de problematizar possíveis soluções na busca de um espaço de custódia hospitalar com função social de fato.

De acordo com Lima (2009), cada elemento arquitetônico desempenha um papel singular em sua articulação com outros elementos e com a vida das pessoas para quem a arquitetura se oferece como linguagem e instrumento. Portanto, trata-se de uma compreensão acerca de um espaço construído, modificado e organizado, que atua como regulador de comportamentos do sujeito. Destaca-se a relevância de

atentar para as interações entre usuário e ambiente, de modo que a elaboração do espaço deva ser centrada no usuário e nas suas relações sociais, bem como nas implicações ecológicas das interferências realizadas (Kohlsdorf, 1996). Do contrário, quando uma pessoa é submetida a um ambiente, a um acontecimento, ou a uma situação que requer mais recursos do que os que o sujeito pode disponibilizar, ele está sujeito a desenvolver um processo de estresse.

Tendo em vista a sua natureza aplicada e a disposição em fornecer interpretações a fenômenos derivados da relação humano-ambiental, os estudos pessoa-ambiente constituem-se como um campo propício à compreensão de temas como o bem-estar e a qualidade de vida em ambiente de custódia hospitalar. Dessa forma, a produção do conhecimento sobre essa temática indica que é fundamental investigar fenômenos de base subjacentes a essas interações, como: o processo de restauração da saúde, a ambiência hospitalar e a atribuição de sentido ao ambiente.

## 3.2 PROCESSO DE RESTAURAÇÃO

### 3.2.1 Estado da arte

Com o objetivo de analisar o estado da arte relativo ao estudo de ambientes restauradores e seus fenômenos associados, fez-se uma atualização da revisão sistemática de literatura visando ampliar o período temporal de busca em relação a busca anteriormente feita, além de estruturar e detalhar as publicações encontradas. Nos estudos de ambientes restauradores duas correntes são destacadas, uma é liderada por Ulrich, voltada aos aspectos do ambiente e sua relação com a diminuição dos fatores estressores a fim de potencializar aspectos de bem-estar e qualidade de vida. Importante ressaltar que esta perspectiva trabalhada por Ulrich dialoga com o campo disciplinar do Design Baseado em Evidência (*Evidence-based Design* ou *EBD*), que defende a aplicação e investigação empírica acerca da relação pessoa-ambiente, com ênfase no cuidado da saúde, bem-estar, segurança e sustentabilidade (Ulrich, Berry, Quan & Parish, 2010). Já a outra vertente de estudo versa sobre os achados de Rachel e Stephan Kaplan, com ênfase na análise dos ambientes físicos que promovem a recuperação da capacidade de atenção, que se fragiliza diante das mais diversas atividades e exigências cotidianas. Neste momento, permite-se o agrupamento das associações propostas por Kaplan e Kaplan, que engloba a triangulação entre estresse, fadiga e atenção (Kaplan, 1995).

Para a realização da busca por trabalhos científicos foram pesquisados descritores na Biblioteca Virtual em Saúde e Psicologia - BVS-PSI, no entanto não foram encontrados descritores voltados ao fenômeno. Assim, buscaram-se as palavras-chaves utilizadas nas principais revistas de Psicologia Ambiental (*Psychology, Environment & Behavior* e *Journal of Environmental Psychology*). Em novembro de 2016, a revisão sistemática foi ampliada (conforme exposto anteriormente). Foi realizado um levantamento das produções científicas a partir de buscas em plataformas de pesquisa e bases de dados nacionais e internacionais. Para os descritores em português, utilizaram-se as bases *The Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), e Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PePSIC), indexadas no portal Biblioteca Virtual de Psicologia (BVS-PSI). Para os descritores em inglês, foram investigadas as principais revistas de Psicologia Ambiental (*Psychology, Environment & Behavior; Journal of Environmental Psychology*), além da Plataforma *Taylor & Francis* e as bases de dados *Science Direct* e *Sage Journals*.

Os descritores selecionados para a pesquisa foram divididos em dois grupos, o primeiro compôs o fenômeno principal: ambiente restaurador e sua respectiva tradução na língua inglesa (*restorative environment*). O segundo congregou termos correspondentes ao estudo de ambientes restauradores e ao contexto de pesquisa, como: “hospital (*hospital*)”; “*design* hospitalar (*hospital design*)”; “estresse (*stress*)” e “bem-estar (*well-being*). Os descritores foram combinados em pares junto do operador lógico “*and*”, escritos no mesmo idioma, um pertencente ao primeiro grupo e outro ao segundo grupo.

Para a inclusão dos materiais foram utilizados os seguintes critérios: a) parâmetro linguístico inglês, português ou espanhol; b) parâmetro cronológico: 1980 a 2016; c) ser redigido em português, inglês ou espanhol; d) possuir trabalho completo e disponível na base de dados; e) derivar de pesquisa empírica. Essa pesquisa seguiu os seguintes passos: 1) levantamento das produções científicas a partir dos descritores estabelecidos; 2) leitura dos resumos e seleção inicial dos artigos relacionados ao objetivo do presente estudo; 3) aplicação dos critérios de inclusão dos artigos; 4) leitura flutuante dos artigos para refinar a adequação do material obtido; 5) leitura na íntegra para apreciação de categorias de análise; 6) construção de categorias; 7) caracterização e descrição do material encontrado; 8) análise e articulação dos resultados.

A busca nas bases de dados resultou num total de 798 referências localizadas. Na primeira etapa de seleção, foram excluídos artigos que não abordavam o tema, que se repetiam, assim como ensaios teóricos, dissertações, teses e livros e, do total restaram 227 referências. Partindo dessas referências, aplicou-se os critérios inclusão do artigo, realizou-se uma leitura flutuante a fim de captar a real adequação do assunto pesquisado e permaneceram 83 artigos, que foram lidos na íntegra. Posterior aos filtros aplicados, cada estudo foi cuidadosamente analisado para que fosse possível verificar e sintetizar informações relativas a: país de origem do estudo, departamento de pesquisa, fenômeno(s) associado(s) a ambientes restauradores e contexto de pesquisa. Ao final, constatou-se que alguns artigos não versavam, de fato, ao constructo investigado, assim que foram incluídos 31 estudos que investigam ambiente restaurador de diferentes formas e em diversos redutos.

A partir dos resultados levantados foi realizada a construção das categorias de análise com base nos parâmetros acima mencionados e em consonância com o referencial teórico da Psicologia Ambiental. Para tanto, foram criadas quatro categorias, organizadas de acordo com o foco e embasamento teórico dos artigos, conforme pode ser visualizado na Tabela 1.

Tabela 1 - Categorização da revisão sistemática

Ano	Título	Autores	País	Depto.
<b>Categoria 1: ambiente real x ambiente simulado</b>				
2009	Where to take a study break on the college campus: An attention restoration theory perspective.	Felsten, G.	EUA	Psicologia
2016	Using visual simulation to evaluate restorative qualities of access to nature in hospital staff break areas.	Nejati, A., Rodiek, S., & Shepley, M.	EUA	Arquitetura
2008	A plasma display window?— The shifting baseline problem in a technologically mediated natural world.	Kahn, P. H., Friedman, B., Gill, B., Hagman, J., Severson, R. L., Freier, N. G., ... & Stolyar, A.	EUA	Psi./ Mat./ Ed. médica e biomédica



- |      |   |   |         |                            |
|------|---|---|---------|----------------------------|
| 2012 | Pictorial intervention in a pediatric hospital environment: Effects on parental affective perception of the unit. | Monti, F., Agostini, F., Dellabartola, S., Neri, E., Bozicevic, L., & Pocecco, M. | Itália  | Psicologia/<br>Psiquiatria |
| 2006 | What's wrong with virtual trees? Restoring from stress in a mediated environment.                                 | De Kort, Y. A. W., Meijnders, A. L., Sponselee, A. A. G., & IJsselsteijn, W. A.   | Holanda | Tecnologia                 |
| 2010 | A comparison of the restorative effect of a natural environment with that of a simulated natural environment.     | Kjellgren, A., & Buhrkall, H.   | Suécia  | Performanc<br>e humana     |

<b>Categoria 2: restauro do estresse e/ou fadiga de atenção</b>
---

- |      |   |   |           |                                      |
|------|---|---|-----------|--------------------------------------|
| 2005 | Exposure to restorative environments helps restore attentional capacity.  | Berto, R.   | Itália    | Psicologia                           |
| 2014 | The influence of urban green environments on stress relief measures: A field experiment.  | Tyrväinen, L., Ojala, A., Korpela, K., Lanki, T., Tsunetsugu, Y., & Kagawa, T.    | Finlândia | Psi./ C.<br>Soc. e Eng.<br>Ambiental |
| 2008 | Influence of limitedly visible leafy indoor plants on the psychology, behavior, and health of students at a junior high school in Taiwan. | Han, K. T.  | Taiwan    | Urbanismo                            |
| 2003 | A reliable and valid self-rating measure of the restorative quality of natural environments.  | Han, K. T.  | Taiwan    | Urbanismo                            |
| 2013 | Physiological and psychological effects of viewing urban forest landscapes assessed by multiple measurements.                             | Tsunetsugu, Y., Lee, J., Park, B. J., Tyrväinen, L., & Kagawa, T., & Miyazaki, Y. | Japão/    |                                      |

- 2013 Studying the preoccupations that prevent people from going into green space. Hitchings, R. Reino Geografia
- 2016 Stress recovery and restorative effects of viewing different urban park scenes in Shanghai, China. Wang, X., Rodiek, S., Wu, C., Chen, Y., & Li, Y. China Arquitetura / Psicologia
- 2005 The monastery as a restorative environment. Ouellette, P., Kaplan, R., & Kaplan, S. Canad Cinesiologia / Psicologia
- 2016 Does perceived restorativeness mediate the effects of perceived biodiversity and perceived naturalness on emotional well-being following group walks in nature? Marselle, M. R., Irvine, K. N., Lorenzo-Arribas, A., & Warber, S. L. Reino E. Sust./ Artes e Mídia/ Eng./ Estatística/ Med.
- 2016 Associations with bird sounds: How do they relate to perceived restorative potential? Ratcliffe, E., Gatersleben, B., & Sowden, P. T. Reino Psicologia
- 2009 Development of the PRCQ: A measure of perceived restorative characteristics of zoo attractions. Pals, R., Steg, L., Siero, F. W., & Van der Zee, K. I. Holan C. Sociais e Comportamentais

<b>Categoria 3: ambiente natural x ambiente construído</b>
--

- 2011 The restorative benefits of walking in urban and rural settings in adults with good and poor mental health. Roe, J., & Aspinall, P. Reino Engenharia
- 2015 Classrooms With Nature Views Evidence of Differing Student Perceptions and Behaviors. Benfield, J. A., Rainbolt, G. N., Bell, P. A., & Donovan, G. H. EUA Ciências Sociais
- 2012 Closure of view to the urban matrix has positive effects on perceived restorativeness in urban forests in Helsinki, Finland. Hauru, K., Lehvävirta, S., Korpela, K., & Kotze, D. J. Finlân C. Ambientais / Psicologia

- 2006 The need for psychological restoration as a determinant of environmental preferences. Hartig, T., & Suéci Staats, H. nda Psicologia/ Urbanismo
- 2016 Let's go outside! Environmental restoration amongst adolescents and the impact of friends and phones. Greenwood, A., Reino & Gatersleben, B. Psicologia
- 2014 Restorative effects of visits to urban and forest environments in patients with exhaustion disorder. Sonntag-Öström, Suéci E., Nordin, M., Lundell, Y., Dolling, A., Wiklund, U., Karlsson, M., ... & Järvholm, L. S. Psi./ C. Naturais/ Saúde pública
- 2015 Cognitive and affective responses to natural scenes: Effects of low level visual properties on preference, cognitive load and eye-movements. Valtchanov, D., Canad & Ellard, C. G. Engenharia / Psicologia
- 2009 Outdoor environmental assessment of attention promoting settings for preschool children. Mårtensson, F., Suéci Boldemann, C.,amarca Söderström, M., Blennow, M., Englund, J. E., & Grahn, P. C. do trabalho/ Saúde Pública
- 2016 Why viewing nature is more fascinating and restorative than viewing buildings: A closer look at perceived complexity. Van Den Berg, Holan A. E., Joye, Y., & Koole, S. L. Geografia/ Psicologia/ Marketing

<b>Categoria 4: design</b>
----------------------------

- 2012 Healthcare providers' perception of design factors related to physical environments in hospitals. Mourshed, M., & Reino Zhao, Y. Engenharia
- 2006 Perceived hospital environment quality indicators: A study of orthopaedic units. Fornara, F., Itália Bonaiuto, M., & Bonnes, M. Psicologia

- |      |  |   |  |
|------|--|---|--|
| 2008 | Assessing the restorative potential of contemporary urban environment (s): Beyond the nature versus urban dichotomy. | Karmanov, D., & Holan Hamel, R.   | Psicologia/<br>Análise<br>social e<br>espacial |
| 2005 | Post-occupancy evaluation of healing gardens in a pediatric cancer center.   | Sherman, S. A.,<br>Varni, J. W.,<br>Ulrich, R. S., &<br>Malcarne, V. L. | Psicologia/<br>Arquitetura                     |

Além dos critérios preestabelecidos para nortear a catalogação dos artigos, durante a seleção foi observada a especificidade quanto ao enfoque teórico e a forma de abordagem do conceito de ambiente restaurador. Sabe-se que a amplitude e disseminação do conceito se deu durante a década de 1980, junto da publicação dos trabalhos de Ulrich (1984) e Kaplan e Kaplan (1989), o que justifica a extensão do período temporal compreendido nesta revisão. Outras medidas necessárias para manter o rigor neste processo foram: (a) observar se o artigo apenas cita conceitos e/ou aplicação de “ambientes restauradores” ou o investiga de fato; (b) não selecionar estudos cujo foco seja próximo, mas não propriamente o conceito, como é o caso dos termos: conexão com a natureza, jardins terapêuticos, avaliação de pós-ocupação, dentre outros; (c) atentar para a múltipla possibilidade de entendimento do termo “restaurador”, eliminando artigos sobre restauro em obras, contexto religioso e procedimentos odontológicos; (d) dispensar estudos cujo foco seja apenas localizar “lugares de preferência”, e não a identificação de atributos físicos favoráveis a tornar um ambiente restaurador.

Importante ressaltar que na literatura nacional apenas um artigo sobre ambientes restauradores foi encontrado. Tal estudo, de Gressler e Gunther (2013), trata de uma perspectiva teórica, sinalizando as duas principais vertentes de estudo, bem como uma breve revisão sistemática. A revisão apresentada pelas autoras versa sobre um recorte de vinte anos (1991 – 2011), elas enfatizam que cerca de metade das pesquisas encontradas circundam o espaço de tempo entre os anos 2008 e 2011. As autoras não se estendem quando ao material revisado, o que possibilitaria contrastes com a atual busca sistemática. Apesar disso, é possível observar, desde já, o significativo crescimento de pesquisas sobre ambientes restauradores nos últimos cinco anos, ressaltando a interlocução com os demais descritores que refinaram essa busca, estresse, bem-estar e design hospitalar.

A criação das categorias elencadas para analisar o material encontrado se deu, principalmente, com base na literatura previa e extensamente estudada pela pesquisadora. A divisão aqui proposta visa elucidar quatro das principais tendências de pesquisas sobre ambientes restauradores. Devido ao caráter recente e a expansão do termo, observa-se que os estudos derivam de diferentes países e continentes, com maior concentração nos Estados Unidos da América e na Europa. Apesar disso, os países asiáticos também vêm demonstrando significativa inserção e propriedade em estudos da área. Corroborando isso, destaca-se a grande variedade de áreas de estudo, ultrapassando as fronteiras da Psicologia e da Arquitetura, principais ciências na investigação de ambientes restauradores (Gressler, 2014).

Segundo Kaplan e Kaplan (2009), a psicologia ambiental tem um potencial maior para ajudar a humanidade do que é geralmente percebido, especialmente no que condiz aos possíveis efeitos sobre a cognição, ação e bem-estar humano. Nesse sentido, o conceito de ambiente restaurador se incorpora ao propósito de melhorar a qualidade de vida das pessoas em determinados lugares. Desse modo, a categoria “ambiente real *versus* ambiente simulado” se estrutura a fim de reunir estudos que se dedicam a aferir o potencial restaurador que cada ambiente proporciona a pessoa, dividindo-os entre reais e simulados.

Em relação aos estudos encontrados na primeira categoria, ambiente real *versus* ambiente simulado, tem-se um exemplo da estratégia de pesquisa adotada com o artigo de Nejati, Rodiek e Shepley (2016). Os autores utilizaram métodos de simulação visual para avaliar o potencial restaurador de características específicas de projeto em áreas hospitalares, investigando a decoração interna relacionada à natureza, luz do dia, visões de janelas e acesso direto a ambientes externos. Nesse sentido, no estudo de Felsten (2009) os participantes eram estudantes universitários, primeiramente expostos a situações simuladas que geravam cansaço cognitivo, para depois serem expostos à simulação acerca da visualização de aspectos da natureza, através de murais, em comparação com cenas reais. Já na pesquisa de Kahn et al. (2008), foram simulados três cenários de escritórios, nos quais três grupos, com 30 participantes cada, foram expostos e posteriormente comparados seus níveis de estresse e frequência cardíaca. O grupo A foi alocado no escritório que tinha uma janela de vidro que proporcionava uma visão de um lugar de natureza. O grupo B ficou posicionado no cenário que permitia visualizar uma tela de plasma com alta definição de imagem que retratava o que o grupo A visualizava pessoalmente. Por fim, o

terceiro grupo (C) foi alocado num escritório com vista a uma parede branca.

Em uma unidade pediátrica hospitalar, Monti et al. (2012) projetaram uma intervenção pictórica, caracterizada por paisagens naturais com personagens de desenhos animados. O estudo procurou avaliar os efeitos dessa intervenção sobre as qualidades afetivas atribuídas ao ambiente hospitalar por pais cujos filhos foram hospitalizados. Nessa pesquisa, De Kort et al (2006) também utilizaram da interface real *versus* simulado. A hipótese trabalhada pelos autores buscou verificar a capacidade de restauração do estresse a partir de um ambiente simulado. Os pesquisadores realizaram atividades de indução de estresse a partir de cenas em vídeos e, posteriormente, mensuraram a capacidade de redução do mesmo com a visualização de filmes de natureza em diferentes tipos de qualidade de imagem. Além destes, e ressaltando a grande ênfase dessa modalidade de estudo no reduto dos ambientes restauradores, tem-se a pesquisa de Kjellgren e Buhkall (2010). As autoras compararam os efeitos restauradores do relaxamento de 30 minutos em um ambiente natural com uma simulação *indoor* do mesmo ambiente natural junto a 18 participantes com diagnóstico da Síndrome de Burnout. Foram aplicadas medidas fisiológicas e instrumentos psicológicos para avaliar os resultados, além de descrições qualitativas das experiências.

A segunda categoria de análise desta revisão, restauro do estresse e/ou da fadiga de atenção, detalha dez artigos. A delimitação e escolha por esta subdivisão se refere ao foco das pesquisas encontradas, que variavam entre: a avaliação, a identificação e/ou a aplicação do conceito de estresse ou de atenção perante as teorias de ambientes restauradores. A exemplo deste direcionamento de estudo, Berto (2005) testou a hipótese de que a exposição a ambientes restauradores facilita a recuperação da fadiga mental. Para tanto, a autora aplicou um teste de atenção concentrada que mostrou fotografias de ambientes restauradores, ambientes não-restauradores ou padrões geométricos. Nesse sentido, porém com ênfase na teoria Psicoevolucionista, Tsunetsugu et al (2013) investigaram os efeitos psicológicos e fisiológicos frente a contextos de natureza. Os autores averiguaram a percepção dos participantes frente a visitas de curta duração a ambientes de natureza urbana. Trata-se de um estudo em que as pessoas visitaram três tipos diferentes de áreas urbanas na Finlândia, sendo um centro urbano construído, um parque e um bosque. Assim como no estudo de Tyrväinen et al (2014) que, também a fim de testar a teoria de Ulrich, selecionaram 48 jovens para investigar os efeitos psicofisiológicos

acerca da visualização de quatro paisagens florestais e quatro áreas urbanas localizadas no centro e no oeste do Japão.

A significativa crescente nos achados científicos relacionados ao estresse e a atenção tem se difundido por diversos lugares do mundo, a exemplo disso existem as pesquisas de Han (2003; 2008) desde Taiwan, de Pals et al (2009) advinda da Holanda, bem como o recente estudo de Ratcliffe et al (2016) proveniente do Reino Unido. Em comum entre as pesquisas citadas existe o interesse em diminuir os níveis de estresse e de fadiga de atenção, além de suas desmembrações, como: efeitos psicofisiológicos, níveis de atenção concentrada, ritmo cardíaco, dentre outros. Em Taiwan, Han (2003) buscou dados sobre a recuperação do estresse, enfatizando a influência de fatores emocionais, psicológicos e cognitivos. No estudo de 2008, Han utilizou uma abordagem *quasi-experimental* para investigar a fadiga de atenção, observando as variáveis de nível psicológico, fisiológico e comportamental, perante os efeitos sobre a visualização de plantas nas salas de aula de duas turmas de ensino médio. Por outro lado, Pals et al (2009) utilizaram um instrumento chamado *Percepted Restorative Characteristics Questionnaire* (PRCQ), para mensurar as características restauradoras percebidas pelos participantes em duas atrações de um zoológico. Também relacionado aos animais, Ratcliffe et al (2016) observaram as percepções de restauração da atenção e recuperação do estresse de 174 participantes adultos através da escuta de 50 sons de pássaros. Por fim, os autores forneceram dados qualitativos sobre associações com cada som.

Em uma parceria entre China e EUA, Wang et al (2016) exploraram os efeitos da recuperação do estresse a partir de diferentes cenas filmadas, usando seis parques urbanos e uma cena de estrada urbana. As cenas do parque urbano potencialmente restaurador foram controladas por componentes baseados na natureza *versus* componentes de paisagem, presença ou ausência de pessoas e nível de abertura. Já no estudo de Ouellette, Kaplan e Kaplan (2005), os autores pesquisaram os benefícios restauradores de uma experiência de retiro em um mosteiro com base nas respostas de um questionário aplicado em 521 visitantes. A análise fatorial das razões para se chegar ao mosteiro produziu uma solução de quatro fatores que apoia e amplia o modelo de Teoria da Restauração da Atenção (ART) no qual o estudo se baseou. Por fim, Marselle et al (2015) buscaram dados sobre a influência das qualidades ambientais no bem-estar, além dos mecanismos subjacentes a esta associação. A ideia foi identificar se a biodiversidade, a naturalidade e a

caminhada a que foram expostos os participantes, teriam relação com a restauração percebida e o bem-estar emocional.

Na terceira categoria, “ambientes naturais *versus* ambientes construídos”, nove estudos foram encontrados. O foco destes achados corrobora com a tendência comparativa dos estudos sobre ambientes restauradores, conforme pôde ser observado na categoria um. Assim como Roe e Aspinall (2011), que têm sua pesquisa melhor explicada na página 64, Valtchanov e Ellard (2015) também testaram a preferência dos participantes, se por imagens da natureza ou de ambientes construídos. Para tanto, os pesquisadores observaram o comportamento de movimento dos olhos e de atenção dos participantes, que por sua vez viam variadas fotografias, umas inalteradas e outras alteradas, da natureza e de cenas urbanas para determinar se as propriedades visuais de baixo nível influenciavam as respostas às cenas. Nesse sentido, Van Den Berg, Joye e Koole (2016) se propuseram a verificar características visuais e respostas afetivas através de um experimento no qual 40 participantes observaram e classificaram 40 imagens de cenas de ambientes naturais e construídos, modificando os níveis de ampliação da imagem. Os autores buscaram identificar quais eram as qualidades mais fascinantes e restauradoras das cenas naturais *versus* construídas.

Com o objetivo de explorar a restauração percebida em florestas urbanas, Hauru, Lehvävirta, Korpela e Kotze (2012) estudaram os diferentes níveis de “urbanidade” (critérios contextualizados no artigo) identificados através da circulação de pessoas na floresta ou uma estrada que a rodeia. Também em contexto florestal, Sonntag-Öström et al (2014) realizaram um estudo experimental com vinte mulheres com Síndrome de Burnout. O objetivo foi investigar as diferenças na restauração percebida, no humor, na capacidade de atenção e nas reações fisiológicas ao visitar ambientes de cidade e floresta. As participantes foram submetidas a testes padronizados, visitaram três ambientes florestais diferentes e um ambiente urbano. Já Hartig e Staats (2006) pesquisaram, também de modo experimental, restauração durante uma caminhada em um determinado ambiente e a avaliação de restauração percebida. Os autores tratam a preferência como uma atitude, e assim hipotetizam que a necessidade de restauração psicológica possui um determinante intraindividual, norteador para diferenciar a preferência entre ambientes naturais e urbanos.

Mensurar a atenção de crianças brincando em ambientes com diferentes características ambientais a fim de analisar o potencial restaurador de ambientes verdes ao ar livre foi a pretensão elencada no estudo de Mártensson et al (2009). Em onze pré-escolas de Estocolmo



os autores investigaram crianças que brincavam em ambientes externos à sala de aula. Em um contexto universitário, Benfield, Rainbolt, Bell e Donovan (2015) submeteram os estudantes a dois tipos de salas de aula projetadas identicamente, porém uma tinha vista para um ambiente natural e pela outra se enxergava um muro de concreto. Assim, os pesquisadores examinaram as diferenças que os estudantes percebiam comparando os dois ambientes. Similarmente, Greenwood e Gatersleben (2016) realizaram uma experiência de campo no Reino Unido com 120 crianças de 16 a 18 anos, na qual testaram a restauração do estresse e da fadiga mental. Para tanto, utilizaram os seguintes comparativos: a) ambiente ao ar livre *versus* construído; b) sozinho x com um amigo; c) jogando/brincando x usando celular.

A quarta e última categoria: *design*, se refere à estrutura de avaliação dos aspectos físicos, o planejamento, a análise de uso, dentre outros enfoques que permeiam a relação pessoa-ambiente em interface ao estudo dos ambientes restauradores. Nesse sentido, é que Mourshed e Zhao (2012) delimitaram sua pesquisa, buscando investigar os aspectos físicos, o projeto e o *design* de dois hospitais chineses, relacionando-os ao potencial de afetar a interação dos profissionais (médicos, enfermeiros e equipe administrativa) com o meio ambiente. Os autores exploraram a percepção dos funcionários sobre os fatores de *design* dos hospitais a partir de um questionário aplicado individualmente. Também no reduto hospitalar, porém em uma unidade ortopédica italiana, Fornara, Bonaiuto e Bonnes (2006) buscaram identificar os indicadores percebidos acerca da qualidade do ambiente hospitalar afim de gerar uma escala avaliativa. Além disso, o propósito dos autores também contemplava o investimento em utilizar este instrumento de medida para aferir as características de outros hospitais, bem como reforçar as estratégias de humanização físico-espacial dos espaços hospitalares.

Outras áreas comumente associadas e que corroboram o estudo de ambientes restauradores são o Paisagismo, a Jardinagem e a Arquitetura. Acerca disso, Sherman, Varni, Ulrich, e Malcarne (2005) realizaram um estudo de pós-ocupação em três jardins em torno de uma unidade de câncer pediátrico, buscando aproximar as qualidades ambientais e o desenho do lugar às necessidades e ao potencial restaurador que o mesmo poderia proporcionar às crianças, familiares e profissionais. O que diferiu a inserção deste estudo das demais pesquisas de pós-ocupação é como os autores utilizam os dados desta análise. O artigo discorre individualmente sobre cada aspecto físico e natural dos jardins e sua relação com a restauração do estresse, o que vai desde a vista (para os jardins) da janela dos leitos até a possibilidade de

integração social associada a configuração física do lugar. Nessa mesma vertente acerca dos efeitos restauradores percebidos, Karmanov e Hamel (2008) aplicaram uma versão abreviada do questionário do Perfil dos Estados do Humor (POMS) em um contexto urbano e com moradores holandeses. Os autores acreditam que um ambiente urbano bem projetado e atrativo pode ter um poder de redução do estresse e de melhorar o humor igual ao de um ambiente natural atraente. Desse modo, o enfoque da pesquisa versa sobre a identificação das características físicas que contribuem para o restauro do estresse.

Por fim, pode-se concluir que a Psicologia Ambiental carrega consigo um papel muito importante, pois não se concentra apenas em determinadas populações ou em processos psicológicos específicos, o foco aqui é o meio ambiente e as relações que ele, bidirecionalmente, estabelece (Kaplan & Kaplan, 2009). O ambiente pode ser físico como um hospital, pode ser virtual através projeções e retratos, ser pequeno ou grande, o que se destaca é a função de mediar e refletir junto a estratégias e ações aplicadas em prol do bem-estar e da compreensão do comportamento humano. Ao final desta revisão, é possível perceber que o meio acadêmico internacional está em real expansão e grandemente dedicado a investigar os ambientes restauradores e suas diversas desmembrações de pesquisa. Um exemplo de pesquisa assim como se propõe nesta dissertação, num reduto de custódia hospitalar não foi encontrado. Dado este que, se confirmado, e resguardando as limitações da revisão, enfatiza o potencial inédito e de suma importância para a reconstrução da identidade do lugar. Nacionalmente ainda há lacuna, carência e enorme potencial de expansão no estudo de ambientes restauradores, assim que os alicerces entre áreas devem ser fortalecidos, reforçando a perspectiva de diálogos multidisciplinares da Psicologia Ambiental.

### **3.2.2 Restauração, estresse e bem-estar**

As contínuas exigências da vida expõem as pessoas a uma série de demandas que podem afetar negativamente habilidades e recursos biopsicossociais envolvidos. O processo através do qual tais habilidades e recursos são recuperados ou reestabelecidos às condições anteriores ao desgaste tem sido estudado como processo de restauração. Nesse sentido, a literatura sobre ambientes restauradores tem defendido que, a partir de diversas condições de estresse, ambientes urbanos têm menor poder restaurador que ambientes naturais (Hartig & Staats, 2006; Velarde & Tveit, 2007). No entanto, Felipe (2015) ressalta que alguns

ambientes físicos construídos possuem propriedades que não apenas permitem o processo restaurador, mas também, e de maneira ativa, promovem alterações psicológicas e fisiológicas positivas. Dessa forma, culmina na recuperação dos recursos pessoais mobilizados durante a reação de estresse.

O processo de restauração ocorre a partir da vivência em um ambiente que permita ou mesmo promova a restauração, constituindo assim os chamados “ambientes restauradores” (Hartig, 2011). Importante destacar que essa restauração não se limita às condições de estresse, ela se aplica a quaisquer recursos pessoais de alguma forma alterados, consumidos ou comprometidos por eventos ou exigências da vida cotidiana (Ulrich et al., 1991). Portanto, é possível se pensar e criar ambientes restauradores que atuem sobre uma variedade de processos de recuperação de acordo com os recursos a serem recuperados.

Em referência ao ambiente a ser estudado, destaca-se a situação dos usuários de hospital de custódia, uma vez que o processo de hospitalização envolve uma série de aspectos que podem funcionar como estressores, como: os aspectos ligados à doença propriamente dita; o motivo (crime) que acarretou à internação; a ruptura com a sociedade, as limitadas interações sociais, bem como o próprio ambiente físico do hospital de custódia. Importante ressaltar que apesar de apenas profissionais participarem diretamente como informantes na coleta de dados, o estudo propõe uma visão macro, ampliando-se para o ambiente físico em si, numa posição horizontal e bidirecional com os usuários daquele espaço (ou seja, profissionais e internos).

A partir das contribuições de Ulrich, et al. (1991), é possível considerar que o indivíduo, internado ou não, mobiliza recursos afetivos, cognitivos e comportamentais para se adaptar a um novo ambiente ou situação. Tal adaptação é vista como um processo em que a pessoa precisa investir recursos e, quando persistente, pode acarretar estresse que culmina em prejuízos à saúde. A restauração se finda quando ocorre o retorno dos estados afetivos, cognitivos, comportamentais e dos diferentes sistemas corpóreos aos níveis de atividade e às condições que antecederam a reação de estresse. Assim, a restauração acontece uma vez cessado o estímulo causador de estresse ou quando a pessoa não mais percebe o estressor como uma ameaça ao seu bem-estar.

O estresse tem sido definido como o conjunto de reações a eventos, situações ou ambientes percebidos por um indivíduo como uma ameaça que desafia o seu bem-estar (Kaplan, 1995; Ulrich, 1999; Ulrich et al, 1991). Segundo Kaplan (1995), os estressores são fatores

ambientais ou situacionais que provocam um dano real ao indivíduo ou se constituem como a possibilidade de um dano iminente. Nesse sentido, as reações de estresse se constituem como uma função adaptativa do organismo em sua relação com o meio, uma função inata, desenvolvida ao longo do processo de evolução humana e necessária ao combate de fatores percebidos como uma ameaça.

Da triangulação entre estresse, restauração e bem-estar, Santana, Chianca e Cardoso (2009) contribuem sobremaneira. Ao discutir qualidade de vida em pacientes judiciários, com dados para além do seu objetivo inicial. Segundo as autoras o tão frequente e longo período de internação de cada interno culmina, muitas vezes, em exclusão social e diminuição da qualidade de vida. Por outro lado, e, corroborando com clássicas obras relacionadas (Campos & Caetano, 1998; Goffman, 2005), a capacidade de restauração do estresse e das demais alterações vivenciadas na internação hospitalar aumenta após a saída do ambiente hospitalar.

É de consenso para estudiosos da área (Kaplan, 1995; Ulrich, 1999; Ulrich et al. 1991), que a arquitetura nos oferece oportunidades e/ou restrições. Grades, enfermarias, leitos, pátio, tonalidade escura, cheiros, ruídos e tantos outros elementos do ambiente de custódia hospitalar que o caracterizam, e que podem afetar o comportamento das pessoas de algum modo. Segundo Silva e Ely (2008), de acordo com a estrutura do projeto arquitetônico e da configuração do interior do espaço é que se constroem as possibilidades da relação entre a pessoa e o ambiente. Desse modo, concebe-se o ambiente não como um agente passivo, e sim como agente ativo capaz de despertar e potencializar determinados estímulos que venham a colaborar com o bem-estar de seus usuários (do espaço).

Segundo Gressler e Günther (2013), os ambientes podem exercer influência direta no estado psicológico de seus usuários ao ponto de produzir alterações significativas nas formas de se relacionar socialmente. Desse modo, como defende Wiesenfeld (2005) é preciso aplicar os conhecimentos da PA visando contribuir para melhorar a qualidade ambiental e, por conseguinte, a qualidade de vida dos usuários dos ambientes (pertinência social). Assim, reforça-se os avanços da Psicologia em considerar a concepção de sujeito de maneira a incluir suas relações com o mundo social e seus ambientes, remodelando seu objeto de estudo (Lima, 2009).

### 3.2.3 Concepções teóricas

De acordo com Hartig (2011), as formulações teóricas e investigações empíricas explicitamente relacionadas aos ambientes restauradores datam dos anos 1950 e incluem, por exemplo, discussões acerca de estressores ambientais, aspectos físicos e preferências ambientais. Desde então, a temática se difundiu e tem atraído o interesse de pesquisadores de diversas áreas de atuação como: psicólogos ambientais, arquitetos e urbanistas, planejadores ambientais, geógrafos, dentre outros. O interesse desses profissionais se deve, em grande parte, às potencialidades do campo de investigação para a elaboração de políticas e planejamentos ambientais.

Em relação às teorias que atualmente se dedicam ao entendimento sobre ambiente restaurador se destacam duas vertentes: a Teoria Psicoevolucionista, que visa explicar como determinadas configurações ambientais promovem o restabelecimento dos recursos psicofisiológicos alterados durante uma reação de estresse (Ulrich et al. 1991); e a Teoria de Restauração da Atenção (TRA), que explica o processo pelo qual algumas configurações físicas promovem a recuperação da atenção dirigida fadigada durante as mais diversas atividades cotidianas (Kaplan, 1995).

Estabelecendo os princípios da Teoria Psicoevolucionista, Ulrich (1984) atenta que os seres humanos estão biologicamente preparados para reagir prontamente e rapidamente a certos contextos ambientais favoráveis à restauração, como um processo necessário à manutenção da vida. Ainda que o estresse tenha a função de preparar o indivíduo para lidar com um estressor, ele representa uma mobilização que pode levar à fadiga de recursos vitais. De acordo com Ulrich et al. (1991), a restauração do estresse é importante à sobrevivência porque permite a recuperação de recursos indispensáveis à vida cotidiana.

Ulrich (1984) trata da restauração do estresse como uma função adaptativa da espécie humana, assim como o estresse. O processo de restauração trouxe inúmeras vantagens às pessoas ao longo do tempo. Determinados contextos ambientais são mais favoráveis à restauração. Sobre tais contextos, Ulrich et al. (1991) salientam certos ambientes naturais, descrevendo-os como tendo sido mais propícios à proteção, controle, fácil movimentação e acesso a alimentos e água ao longo do processo evolutivo. Sob os aportes dessa teoria, espera-se que os seres humanos reajam positiva e prontamente a esses ambientes, objetivando atingir a necessária recuperação do estresse. Porém, importante lembrar que o processo restaurador do estresse não se limita aos

redutos naturais, tanto que atualmente o cenário científico já traz valorosas novidades sob tal perspectiva (Felippe, 2015; Karmanov & Hamel, 2008).

Faz-se importante enfatizar que um ambiente restaurador se contrasta a um ambiente estressor ou até mesmo neutro (se é que é possível). Segundo Hartig (2004, p.02), concebe-se a restauração como “o processo de renovação de capacidades físicas, psicológicas e sociais que foram reduzidas nos esforços de atender às demandas de adaptação”. Assim sendo, parte-se da premissa de que há interação de atividade da pessoa com o ambiente.

A partir da Teoria de Restauração da Atenção (TRA), Rachel e Stephen Kaplan (1989) definiram que para ser um ambiente restaurador algumas características devem estar presentes, são elas: escape, escopo ou extensão, fascinação e compatibilidade. O *escape* envolve a sensação de fuga propiciada pelo afastamento de lugares considerados estressantes. Já o *escopo* ou *extensão* está associado ao quanto esse ambiente pode ser acessado pelo indivíduo, mantendo-o conectado através de um sentimento de pertencimento. A *fascinação* refere-se à atenção involuntária, sem exigência de esforço mental, por estar ligada a uma sensação de despreocupação que permite ao organismo o descanso necessário para se recuperar. A *compatibilidade* diz respeito aos níveis em que o ambiente satisfaz as necessidades de uso do indivíduo que o acessa (Herzog, Maguire & Nebel, 2003). Essas quatro características podem ser encontradas frequentemente entre os ambientes naturais e são mediadoras do processo de restauração da atenção.

A atenção dirigida e a fascinação são as duas modalidades de atenção descritas por Rachel e Stephen Kaplan (1989). Segundo os autores, a primeira é empregada quando a atividade realizada não é demasiadamente atraente para o sujeito de ação, porém a requer. Ou seja, é um mecanismo que age junto com a inibição de distrações, processo determinado pela vontade da pessoa, uma vez que por si só o objeto da atenção não é tão interessante. A TRA aponta o processo pelo qual a atenção dirigida e o sistema inibitório fadigados podem se restabelecer a fim de devolver ao indivíduo sua funcionalidade cognitiva, assim se tem a segunda modalidade de atenção, a fascinação. Nela, o sujeito não precisa se esforçar para manter o foco, pois para ele o cenário é independentemente interessante. Desse modo, o sistema inibitório de distrações não é solicitado, tendendo a restaurar-se. Essa restauração devolve ao indivíduo a capacidade de sustentar a atenção dirigida quando assim for necessário. Por fim e em decorrência das

possíveis consequências da fadiga de atenção se aumentam as reações de estresse.

### 3.3 AMBIÊNCIA, HOSPITAL E CUSTÓDIA

#### 3.3.1 Ambiência hospitalar

O ambiente é rico em significações e se compõe como um dos participantes da construção social da realidade. Acredita-se que a relação do ambiente com a sociedade pode perpassar por níveis culturais, sociais, psicológicos, físicos, espaciais e históricos (Kuhnen, 2002). Atualmente autores como Gressler (2014), Sousa e Higuichi (2012), Herzog, Maguire e Nebel (2003) têm se dedicado aos estudos sobre bem-estar e capacidade restauradora de ambientes naturais e construídos. Portanto, com vistas à transformação social e melhoria da qualidade de vida, tais pesquisas reforçam a importância de intervir nos mais diferentes ambientes em que se pode promover a restauração.

Tendo em vista a pesquisa e atuação do psicólogo ambiental, destaca-se o foco desse estudo, um ambiente asilar, o hospital de custódia. Amparado pelo Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional (PNSSP), desenvolvido pelo Ministério da Justiça e Ministério da Saúde, o hospital de custódia conta com tal ferramenta com vistas à garantia do direito constitucional à saúde e o acesso com equidade, integralidade e universalidade aos serviços de saúde dentro dos estabelecimentos penais (Brasil 2003). Apesar disso, o cotidiano nas instituições abrangidas pelo Plano é outro, caracterizado, principalmente pela má qualidade nas estruturas das instituições (ambiência) (Gomes, Kölling & Balbinot, 2015).

Na Cartilha de Ambiência (Brasil, 2008), o conceito central do termo é importante aliado do processo de ambiência em si, definido com base em três eixos, são eles: o espaço que visa a confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos; o espaço como ferramenta facilitadora do processo de trabalho; e o espaço de encontros entre os sujeitos. Para o Programa Nacional de Humanização do Ministério da Saúde, Ambiência na saúde *“é o tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana”* (Brasil, 2008, p. 5). Assim, a ambiência hospitalar é constituída por meio da ação de todas as pessoas que ocupam o espaço do hospital e, dependendo da estrutura física e dessas ações, o ambiente pode ser mais ou menos acolhedor e resolutivo. O modelo de atendimento de um

hospital de custódia foi delineado para atender num formato similar aos de centros de saúde, para tanto, necessita de profissionais capacitados e preparados para lidar com limitações institucionais e da própria clientela a ser atendida (Brasil, 2006).

A humanização de um espaço hospitalar permeia os aspectos do ambiente físico em si e de sua inter-relação com as pessoas. Segundo Vasconcelos (2004), a qualificação do espaço construído possibilita que atributos projetuais provoquem determinados estímulos sensoriais benéficos aos seres humanos. Ou seja, seguindo os moldes previstos pelo entendimento da ambiência hospitalar.

No pioneiro estudo de Ulrich (1984), em hospitais e universidades americanas, foi salientado que a qualidade do ambiente hospitalar pode beneficiar tanto o paciente, com uma melhor estadia e menor tempo de recuperação, como a organização hospitalar que contará com gastos diminuídos. Um ambiente que forneça elementos físicos agradáveis e que suscite bem-estar, atendendo as necessidades de seus usuários, é um ambiente de qualidade, um ambiente restaurador (Ulrich, 1995).

Preconizada para ser um norteador de como se caracteriza o espaço, a ambiência (nesse caso, hospitalar) se constitui através da ação de todas as pessoas que ocupam o lugar e visa contribuir para a promoção do bem-estar (Petean, Costa & Ribeiro, 2014). Nessa ótica, Fischer (1994) corrobora essa visão, citando a Psicologia Ambiental com destaque a uma ciência que concebe o ambiente como um objeto social, que estuda suas relações bidirecionais, e que investe em estudos aplicados e relacionados à qualidade de vida e bem-estar das pessoas no ambiente.

### **3.3.2 Hospital de custódia**

Ao tentar definir o campo de pesquisa desse estudo, o hospital de custódia, pode-se dizer que se trata de um lugar que desperta inúmeras indagações e curiosidades àquele que se debruça a investiga-lo, seja como foco principal, com ênfase secundária, ou apenas como um mero contexto. Mesmo se concentrando na relação dos aspectos físicos do ambiente com o estresse e na possibilidade de torná-lo um ambiente restaurador, sintetizar a existência e história do hospital de custódia se torna um bom exercício complementar e subsidiário aos dados hoje encontrados. Portanto, ousa-se resumir, brevemente, tal percurso em âmbito nacional.



Data da metade do século XIX o início da história da psiquiatria no Brasil, durante o período imperial. Os doentes mentais da época eram divididos entre os que eram cuidados por suas famílias (as mais abastadas) e os que acabavam sendo aprisionados em asilos com a função de reclusão (Teixeira, 1993). Esses últimos viviam nesse modelo excludente e sob a administração, na sua maioria, das instituições religiosas. Posteriormente, o Estado Imperial inaugurou em 1852, no Rio de Janeiro, o Hospício de Pedro II, primeira instituição voltada ao atendimento em saúde mental no país. Porém, o comando dessa estrutura só ficou sob a competência de médicos em 1889, quando da entrada efetiva do saber psiquiátrico nas instituições (Santos, 1994).

Em 1903, com o processo de higienização das cidades, a psiquiatria adota a construção de hospícios-colônias na intenção de “buscar a autossuficiência dos ‘doentes’, diminuindo-se consequentemente os gastos do Estado” (Santos, 1994, p.33). No entanto, o que se viu nesses lugares era, novamente, uma contradição no que se refere ao retorno do paciente a uma socialização, haja vista que nas comunidades rurais onde foram alocados os hospícios-colônias havia pouco contato com o meio urbano.

Impulsionada por movimentos sociais e pela crise no modelo hospitalocêntrico, deu-se início o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil na década de 1970 (Santos, 1994). As iniciativas, acordos e desacordos em prol da necessidade de desinstitucionalizar o doente mental se desenvolveram e perpetuam até os dias atuais. Porém, apenas em 2001, com a Lei 10.216, é que se sancionou o Projeto de Lei que versa sobre “o redirecionamento da assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária [...], mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios” (Brasil, 2005, p.08). Ainda assim, impõe-se um novo ritmo para a criação de novos modelos de gestão e de serviços extra-hospitalares.

O momento atual dessa Reforma no Brasil se caracteriza por dois movimentos em conjunto, são eles: a construção de uma rede de atenção para além dos hospitais (extra-hospitalar), e a fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes (Silva, 2008). A rede extra-hospitalar é composta por: Centro de Apoio Psicossocial (CAPS); Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); e, Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG) (Brasil, 2005).

Importante salientar que nessa síntese aqui apresentada foram mencionadas instituições psiquiátricas e suas modificações ao longo do tempo. Porém, há de se destacar a peculiaridade do hospital investigado

nessa pesquisa, trata-se de um hospital de custódia, ou seja, engloba pessoas com doença ou deficiência mental que não recebem sentença penal comum pelo crime cometido, ou seja, é um indivíduo inimputável (Santos, 2015). Nesses casos, a pessoa é submetida a um tratamento psiquiátrico obrigatório e por tempo indeterminado, a chamada medida de segurança. O tempo de permanência nos hospitais de custódia varia conforme avaliações médicas e autorização judicial versando sobre a cessação da periculosidade a possibilidade de retorno ao convívio em sociedade (Peres & Nery Filho, 2002).

### 3.4 BEM-ESTAR E QUALIDADE DE VIDA NO AMBIENTE HOSPITALAR

Ao olhar a equipe profissional e a relação que eles estabelecem com o ambiente social e físico hospitalar, observa-se que tal interação pode trazer consequências tanto positivas como negativas para a sua saúde. Portanto, eleva-se o interesse sobre quais são os aspectos que podem estar envolvidos nessa relação. No clássico estudo experimental de Ulrich (1984), foi investigado o potencial de restauração do estresse que o simples vislumbre da natureza pela janela dos leitos permitia aos pacientes internados. Comprovada a eficácia da exposição à natureza, torna-se necessário enfatizar que os fatores positivos não se restringem aos parâmetros naturais e/ou para além do hospital. É de grande valia aos usuários do ambiente hospitalar uma iluminação apropriada, a presença de espaços destinados a encontros com a família do paciente, a redução de ruído, dentre outros aspectos que, além de diminuir os níveis de estresse, também colaboram com a melhoria de qualidade de vida e bem-estar (Felippe, 2015).

No caso do tratamento, bem-estar e qualidade de vida de pacientes e profissionais do hospital de custódia, alguns fatores devem ser considerados como especificidades, ou seja, parâmetros que os diferem de um hospital geral. O mais importante dos fatores, talvez, é o tempo de “internação”. O paciente jurídico foi definido pelo Código Penal Brasileiro, em seu art. 26, como “incapaz de entender o caráter ilícito da ação delituosa”, e, por esse motivo não podem ser condenados, ficando, portanto, sob “medida de segurança” até que seja verificada a cessação da periculosidade. Ainda sobre a permanência do sujeito no ambiente de custódia hospitalar, Dantas e Chaves (2007) ressaltam que se trata de um tempo quase infindo.

Há muitos anos que pesquisadores (Foucault, 1987; Goffman, 2005; Rotelli, De Leonardis, Mauri, 1990) clamam por tratamento mais

humanizado e com melhor qualidade de vida aos que habitam os hospitais de custódia. Eles enfatizam a necessidade de se reformular as políticas de saúde mental, haja vista o fato de se pensar a saúde para além da ótica de institucionalização.

Se por um lado se encontram os pacientes dos hospitais de custódia, por outro lado é preciso observar a saúde dos profissionais. Geralmente, a grande maioria dos funcionários desta modalidade de instituição é composta por agentes de segurança. E, é através destes colaboradores que Dantas e Chaves (2007) construíram seu estudo e constataram que, principalmente, a ambiguidade do lugar é o fator que gera uma das maiores dificuldades no dia a dia de trabalho. Desse modo, reforçam-se as premissas tratadas por Goffman (2005) a respeito da humanização do lugar, que na época de seus escritos versava sobre ‘manicômios judiciários’, aplicáveis até os dias atuais.

Segundo Santana, Chianca e Cardoso (2009), o impacto da doença mental provoca perdas objetivas e funcionais ao paciente. Destacam-se as perdas relacionadas às habilidades de trabalho, afetivas e de relacionamento social. Além delas, tem-se as perdas subjetivas, inerentes à autopercepção e autoestima do sujeito. Ambas são percebidas pelas autoras como fatores de interferência na qualidade de vida (QV). Nesse sentido, reforça-se a importância da avaliação de aspectos essenciais ao tratamento de custódia hospitalar para o processo de ressignificação e aprimoramento da instituição. Dessa forma, estudos que visem à melhoria do bem-estar e da qualidade de vida percebida por pacientes e profissionais de hospitais de custódia podem apontar indicadores que subsidiem a avaliação e planejamento das ações relacionadas à restauração do estresse e melhoria da saúde.



## 4 MÉTODO

### 4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Realizou-se um estudo caracterizado como uma pesquisa exploratória e descritiva, com vistas a explorar o conceito de ambiente restaurador, e, descrever a influência dos aspectos físicos e psicológicos do ambiente de custódia hospitalar sobre o processo de restauração para os usuários do lugar. Com certo grau de ineditismo, tal caracterização permite ao pesquisador a possibilidade de aproximação e detalhamento do assunto pesquisado nas suas mais diferentes formas de manifestação (Pinheiro, Elali, & Fernandes, 2008). Por fim, utilizou-se um corte transversal, pois os dados informaram a situação no momento em que se desenvolveu a coleta dos dados (Sampieri et al., 2006)

A abordagem multi-métodos foi selecionada, assim, mais de um método foi utilizado: levantamento de características e alterações do ambiente físico, fotografia do ambiente e entrevista semiestruturada. Os resultados produzidos por um instrumento auxiliaram o desenvolvimento do seguinte, com possibilidade de complementar e confrontar os dados obtidos. Desse modo, pretendeu-se articular esses dados a fim de proporcionar maior confiabilidade e segurança à análise final (Gunther, Elali, & Pinheiro, 2004). Vislumbrou-se realizar uma pesquisa que contribuísse com os escassos estudos nacionais sobre o tema (Gressler & Gunther, 2013) e que também servisse de alicerce às pesquisas futuras. Optou-se pela abordagem qualitativa no intuito de se investigar a natureza dos dados produzidos, almejando compreender o universo das relações, processos e fenômenos associados à temática estudada que não se reduzem à operacionalização de variáveis (Minayo, 2012).

### 4.2 CONTEXTO DE PESQUISA

Sediado em um grande complexo penitenciário, o hospital de custódia investigado foi fundado na década de 70. Enquanto espaço físico, a instituição tem um pátio externo, dois pátios internos, uma horta, espaço de barbearia, sala de tear, sala de visitas, duas salas de aula, uma sala de informática, sala de material desportivo, uma lavanderia, uma rouparia, três setores de leitos, enfermarias e uma ala de tratamento. Trata-se de um hospital de custódia e tratamento psiquiátrico localizado na Região Sul do Brasil. No quadro de usuários do espaço havia, na época da coleta de dados, aproximadamente, cento e

trinta pacientes cumprindo medida de segurança, além de uma equipe técnica de saúde e uma equipe de agentes de controle/segurança. Ressalta-se que o referido hospital está com índice de superlotação (capacidade máxima em torno de 80 internos) há muitos anos e é o único hospital de custódia do estado (CFP, 2015). Como se trata de uma instituição pública e com procedimentos singulares para autorizar a realização de pesquisa, objetivando a otimização do tempo e eficácia nas atividades realizadas, foi feito contato prévio e informal com os gestores do hospital que resultou no aceite para a investigação científica.

Conforme proposto nos objetivos específicos, foi realizado o levantamento das condições físicas do ambiente de custódia hospitalar. Todos os levantamentos acerca do espaço e das medidas físicas do lugar foram expostos através da execução da planta baixa arquitetônica, entregue no mês de dezembro ao diretor da instituição (apêndice F).

#### 4.3 PARTICIPANTES

Primeiramente foi feito contato formal com a administração do hospital de custódia, para que os mesmos fornecessem informações sobre os cuidados relativos à segurança, bem como outros procedimentos que resguardassem pesquisadora e pesquisados. Os participantes foram compostos por informantes-chave (IC), ou seja, pessoas pertencentes ao grupo a ser estudado com significativo conhecimento do assunto pesquisado e caracterizados como preciosas fontes de informação. Trata-se de um estudo com amostra intencional, onde os investigados foram convidados a participar por meio da técnica da bola de neve, assim, os primeiros entrevistados indicaram outros, e assim sucessivamente (Patton, 2002).

Para selecionar os participantes do estudo foram observados alguns critérios de inclusão, dentre eles: mínimo de 3 meses de trabalho na instituição; o entendimento e o aceite em participar da pesquisa. Além disso, foi utilizado nessa pesquisa o critério de saturação dos dados, o qual se refere a suspensão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, redundância ou repetição. Desse modo, a inclusão de novos participantes não contribuiria significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que seriam coletados (Sampieri et al., 2006).

#### 4.4 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Os dados de caracterização dos participantes dessa pesquisa foram acessados durante os momentos dedicados à coleta de dados. As informações dizem respeito aos seguintes parâmetros: sexo, setor de atuação, formação profissional e tempo de trabalho na instituição.

Tabela 2 - Caracterização dos participantes

<b>Id.</b>	<b>Sexo</b>	<b>Setor de trabalho</b>	<b>Formação</b>	<b>Trabalho no HCTP (anos)</b>
P1	M	Segurança	Sistemas de Informação, Esp. em Seg. Pública	9
P2	F	Psicologia	Psiquiatria e Psicologia hospitalar	3
P3	M	Enfermagem	Enfermagem, Esp. em Acupuntura	9
P4	F	Enfermagem	Enfermagem, Esp. em gestão de saúde pública	28
P5	M	Segurança/Administração	Direito, Esp. em Seg. Pública	19
P6	F	Serviço social	Ass. Social, Esp. em Violência contra criança e adolescente	3
P7	M	Segurança	Gestão de RH, Esp. em Seg. Pública	26
P8	M	Administração	Esp. em Seg. Pública	15
P9	M	Segurança	Recursos Humanos, Esp. em Segurança Pública	8
P10	M	Segurança	Ensino fundamental	32
P11	F	Serviço Social	Ass. Social, Esp. em Ergonomia	29
P12	M	Segurança	Ciências Contábeis, Esp. em Segurança Pública	25

A pesquisa contou com doze participantes. De todo o quadro funcional da instituição há, aproximadamente, 70% de agentes de segurança somados aos técnicos da saúde, assistência e administração, num total de 50 trabalhadores (número aproximado de colaboradores no momento da coleta de dados). Além desses, participaram indiretamente do estudo outros profissionais e alguns pacientes internados. Tais registros foram feitos através do diário de campo, respeitando todos os aspectos éticos e de resguardo das informações dos sujeitos e da

instituição envolvida. Salienta-se, inclusive, que visando garantir o anonimato dos participantes, optou-se por elencar apenas o setor de atuação de cada profissional entrevistado, omitindo especificidades de suas funções no hospital para resguardar a não identificação de cada pessoa.

Quanto aos dados da Tabela 2, ressalta-se que os entrevistados foram identificados por P, seguido de numeração aleatória e ordinal. A escolaridade foi apresentada no intuito de enfatizar a formação profissional, sendo que sete dos respondentes têm especialização em segurança pública, curso posterior ofertado pelo Estado a fim de investir na qualificação de seus colaboradores. Outra peculiaridade, portanto, cabe em relação ao tempo de trabalho na instituição, elencado na Tabela 2 em anos completos, demonstrando variedade entre trabalhadores com 3 anos de “casa”, ao passo que outros perpassam os 30 anos (28, 29 e 32).

#### 4.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

A utilização de diferentes métodos para coleta dos dados possibilitou descrever a interação entre pessoa e ambiente, de modo que proporcionou a obtenção de uma perspectiva ampla do fenômeno a ser pesquisado (Günther, Elali & Pinheiro, 2004). Desse modo, foram utilizados instrumentos e técnicas que auxiliaram a compreender o ambiente da pesquisa, bem como os usuários desse espaço. Os dados e informações coletados das investigações propostas resultaram das técnicas e instrumentos pontuados e descritos na sequência.

##### **4.5.1 Levantamento de características e alterações do ambiente físico**

Com vistas a apreensão, compreensão e análise de documentos sem precisar recorrer diretamente aos fatos/fenômenos da realidade empírica foi utilizado este levantamento como forma adicional de coleta de dados. As fontes pesquisadas não receberam nenhum tratamento científico ou analítico, sendo assim, configuraram-se como fontes primárias de informação (Sá-Silva, Almeida & Guindani, 2009). Para tanto, fizeram parte dessa etapa da pesquisa os documentos (registro fotográfico, diário de campo, relatórios, gravações, dentre outros) referentes as últimas adequações estruturais, reformas, construções e demais modificações nos aspectos físicos do hospital de custódia e os depoimentos de internos e profissionais. A intenção foi identificar os



investimentos realizados nos últimos cinco anos, de maneira que se evidencie as tentativas da instituição de se adequar (ou não) aos parâmetros normativos de instalação física para tratar seres humanos.

Nessa etapa da pesquisa, buscou-se contemplar o levantamento das medidas do espaço físico, registros fotográficos para auxiliar na caracterização do lugar e conversas informais que resultaram em ricas fontes de informação (coletadas através do diário de campo). Além disso, devido à ausência de uma planta baixa institucional, a importância da mesma para verificações estruturais, e a interdisciplinaridade da equipe do LAPAM (composta atualmente por Arquiteta e Urbanista, Biólogas e Psicólogas), optou-se por confeccionar a planta baixa da instituição. Assim, tem-se um complemento riquíssimo à localização das estruturas, das modificações, das falhas e das melhorias no espaço físico do hospital, além de se enquadrar como uma oferta em contrapartida ao hospital, que gentilmente acolheu essa pesquisa de mestrado.

#### **4.5.2 Fotografia dos ambientes**

Essa técnica de estudo se caracteriza pela pretensão de desvendar, por meio da fotografia, aspectos relevantes para a compreensão da relação ser humano-ambiente. Trata-se de uma linguagem marcada pela visualidade, que busca no objeto uma unidade de sensações e sentimentos (Higuchi & Kuhnen, 2008).

A técnica teve início com observações sobre como se davam as interações entre os profissionais, e, entre eles e o ambiente físico que estão inseridos. Posteriormente, a pesquisadora instruiu o participante (aplicação individual) sobre como utilizar a câmera fotográfica e solicitou a ele que fizesse cinco fotos que se relacionassem com o processo de restauração. Ou seja, foi pedido que a pessoa fotografasse espontaneamente alguns lugares do hospital, seguindo apenas o disparador que orientava a realização da fotografia para os seguintes pontos: lugar que mais gosta no hospital, que menos gosta, que causa conforto, que lhe causa desconforto, e por fim, um retrato que configura a imagem que, para o participante, representa a instituição. Em seguida, foi realizada a análise com base na escolha do foco, na imagem em si e nos conteúdos internos que inspiraram a retratar algo que “respondesse” a indagação. As fotos se enquadraram como uma espécie de elemento desencadeador do discurso, configuraram-se, também, como uma maneira do respondente conseguir organizar suas ideias sem esquecer de elementos importantes (uma vez que a fotografia materializa a lembrança na hora da entrevista). Dessa forma, tanto a análise

documental quanto a entrevista (descrita a seguir) se alicerçaram para a melhor compreensão dos dados obtidos na fotografia.

O perímetro permitido para a realização das fotos envolveu todo o terreno da instituição, que apesar de imerso em um complexo penitenciário, tem suas margens delimitadas simbolicamente (sem demarcação física, como cercas ou placas). A amplitude do complexo como um todo pode ser observada na Figura 1, que segue abaixo.

Figura 1 - Imagem de satélite representando o complexo penitenciário e hospital de custódia (flecha).



Fonte: Google Earth 2016.

#### 4.5.3 Entrevista semiestruturada

Os profissionais que compuseram este estudo foram convidados a responder uma entrevista semiestruturada individual, além da técnica de fotografia, caracterizada pelo seu potencial de aprofundamento e acesso aos conteúdos subjetivos do respondente. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas pela pesquisadora. Optou-se por esta modalidade de entrevista pois ela permite ao entrevistado discorrer sobre o tema sem prender-se à indagação formulada (Minayo, 2010). Para tanto, utilizou-se um roteiro (Apêndice A) elaborado com base na literatura específica e composto por questões voltadas para avaliação do assunto pesquisado. No momento da entrevista foi gravado o relato dos

participantes e posteriormente transcritos na íntegra, a fim de capturar a linguagem precisa da narrativa. O número de entrevistas foi definido a partir do momento em que se atingiu o “ponto de saturação teórico” (Sampieri et al 2006).

#### 4.6 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para a realização da pesquisa foi solicitada, primeiramente, a autorização por escrito da administração do hospital de custódia, para que fosse possível a realização da pesquisa nesse ambiente. Além disso, foi necessário o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina para que se pudesse dar andamento à coleta de dados. A partir do aceite dos gestores do hospital, foi feito o contato com os participantes para que eles tivessem ciência da intenção de estudo e, diante do aceite, participassem, respaldados por todos os documentos (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, Termo de Autorização Institucional, dentre outros) e comportamentos inerentes aos aspectos éticos de uma pesquisa com seres humanos.

Os procedimentos realizados foram divididos em duas fases, baseados nas características intrínsecas às pesquisas com foco na interação pessoa-ambiente e na literatura específica, visando contemplar a relação bidirecional entre a ser humano e o meio em que ele se encontra. Na primeira fase foi realizado o levantamento de características e alterações do ambiente físico. Para tanto, contemplou-se a confecção da planta, a realização de medidas, o registro fotográfico, a análise dos documentos referentes às modificações físicas e o diário de campo para resguardo de conversas informais e informações que viessem a contribuir com os objetivos do estudo.

Como segunda fase, foi aplicada a técnica de fotografia do ambiente com os participantes, com o objetivo de captar representações ambientais subjacentes às práticas ecológicas do lugar. Aliada a essa técnica, foi proposta a entrevista como uma interlocução, de tal maneira que ela iniciou com questões referentes à análise das fotos e posteriormente seguiu com questionamentos individuais, de caráter semiestruturado e em profundidade para obter dados subjetivos e singulares de cada participante a respeito do assunto pesquisado.

## 4.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O desenvolvimento deste projeto de pesquisa apenas pôde ser iniciado após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH), respeitando os termos da Resolução CNS 422/12. Nesse processo, gerou-se um número de protocolo observado no Parecer Consubstanciado, fornecido pelo CEPSH, de número 1.438.906.

Posterior aos procedimentos éticos e burocráticos inerentes à pesquisa científica a coleta dos dados se iniciou. Visando a autorização formal do hospital de custódia que permitiu o acesso para a realização do estudo, foi apresentado ao Comitê o Termo de Autorização Institucional (Apêndice B) devidamente assinado pelo referido diretor. Além disso, mediante a participação voluntária dos participantes, foi assinado individualmente e em duas vias de igual teor o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C), ou seja, a concordância formal para a participação.

Durante toda a realização dessa pesquisa se observou com muito cuidado e atenção os possíveis desconfortos e riscos que a investigação científica poderia gerar. Em meio às entrevistas e retratos fotográficos nenhum incômodo foi relatado pelos participantes diretos ou indiretos, e assim se seguiu até o momento da conclusão dessa dissertação. De todo modo, a pesquisadora segue à disposição dos participantes, respeitando os termos da Resolução CNS 422/12.

## 4.8 ANÁLISE DOS DADOS

O conteúdo transcrito oriundo das entrevistas foi analisado a partir da técnica de análise de conteúdo temático categorial, proposta por Bardin (2010). Segundo a autora, nesse modelo de análise é possível prever uma transformação dos dados brutos. Para auxiliar no processamento dos dados obtidos, utilizou-se o *software Atlas-ti*. Trata-se de um programa computacional que visa simplificar o gerenciamento das informações codificadas para que o pesquisador possa interpretá-las, facilitando a organização e sistematização do todo (Justicia, 2005).

Quanto à análise das fotografias, o processo foi realizado de acordo com o roteiro elaborado para direcionar as orientações passadas aos entrevistados ao efetuarem as fotografias. Esse roteiro foi desenvolvido e adaptado conforme as considerações dos juízes, compostos por membros do LAPAM. Por fim, criou-se a seguinte ordem para os retratos do lugar: a) lugar que mais gosta; b) lugar que menos gosta; c) lugar de conforto; d) lugar mais estressante; e) imagem

que represente o hospital de custódia. Cada orientação foi dada de modo individual, após a instrução sobre o uso da câmera fotográfica, e com tempo indeterminado para a escolha e efetiva fotografia.

Para a realização da análise de conteúdo se contou com o amparo dos pressupostos da Psicologia Ambiental, com o referencial teórico e com a revisão de literatura acerca dos fenômenos investigados. Observou-se as dimensões teóricas do conceito de ambiente restaurador e suas desmembrações relacionadas ao estresse e aspectos físicos, segundo Roger Ulrich. Os dados encontrados foram codificados e organizados considerando seu conteúdo em quatro temas e onze categorias, seguidos de suas subcategorias oriundas dos elementos temáticos. Sobre tais elementos, considerando sua natureza semântica, eles não necessariamente corresponderam à palavra escrita, mas sim à significação gerada por ela. Assim, efetuou-se o agrupamento dos mesmos (quando convinha), chamados doravante por subcategoria.

Segundo Bardin (2010, p. 96), o processo de análise de conteúdo inicia com uma “leitura flutuante” de todo o material encontrado, auxiliada, muitas vezes, por anotações do pesquisador a respeito das impressões obtidas. A partir disso, selecionam-se todos aqueles que se configuram como elementos temáticos, ou seja, unidades de registro configuradas como núcleos mínimos de significação. Uma vez que todos os elementos temáticos foram identificados, faz-se o agrupamento por semelhanças e diferenças. Na sequência, dá-se o agrupamento dos dados em função da construção de subcategorias e categorias, para posteriormente refiná-las e nomeá-las. Nesse processo, é importante considerar o referencial teórico e o material obtido na coleta, observando a consistência entre as categorias, os elementos temáticos, as subcategorias e os temas. Importante ressaltar que a categorização das respostas foi realizada por dois juízes do LAPAM. A fim de possibilitar alterações no sistema de organização e distribuição temático categorial criado, além de proporcionar maior compatibilidade entre os dados avaliados. Tal metodologia foi adotada visando maior fidedignidade, alicerçadas pelos princípios da categorização descritos por Bardin (2010).



## 5 RESULTADOS

### 5.1 FOTOGRAFANDO AMBIENTES

A técnica “fotografando ambientes” iniciou com as observações do ambiente e dos participantes. Como forma de apreciação dos dados, optou-se pela análise qualitativa do material obtido pela técnica, desenvolvida por Higuchi e Kuhnen (2008), primando pela possibilidade de se aprofundar no material obtido. Para tanto, a explanação dos resultados foi dividida em duas etapas, sendo elas: a) etapa 1 – caracterização dos lugares mais fotografados pelos respondentes e o processo de desenvolvimento da técnica fotográfica; b) etapa 2 – enlace da técnica fotográfica à entrevista; associação dos lugares fotografados à planta baixa e caracterização dos lugares com seus significados ambientais.

Diante de cada orientação para, então, o efetivo registro fotográfico, cada participante levou em torno de dois minutos até a escolha do lugar. Como se tornaria demasiadamente extenso detalhar os retratos de cada participante, nessa seção serão mencionados apenas os registros destacados. Para conferir a individualidade de cada fotografia, dividido por orientação e participante, observar apêndice E. Dentre os retratos escolhidos para simbolizar o que seria considerado o lugar apreciado no hospital de custódia, destacou-se o pátio externo, escolhido por metade (6) dos participantes (Figura 2). Sendo que, desde o primeiro contato com a instituição (dezembro de 2015) já havia o projeto para revitalização do pátio e construção de uma quadra de basquete adaptada. Em meados de agosto, a reforma realizada em parceria com uma federação desportiva de basquete foi finalizada, conforme pode ser observado na Figura 3.

Figura 2 - Pátio externo do hospital de custódia (antes da reforma).



Fonte: retrato feito pelo participante 5, arquivos de pesquisa.

Figura 3 - Pátio externo do hospital de custódia (depois da reforma).

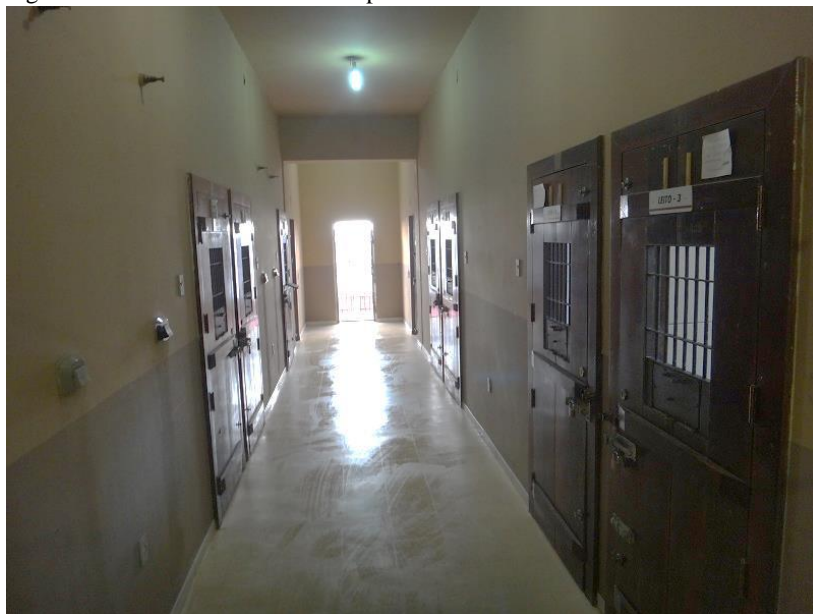


Fonte: Carlos Eduardo da Cruz, gerente operacional do HCTP. Divulgada em: <http://www.deolhonailha.com.br/florianopolis/noticias/federacao-catarinense-de-basketball-quadras-no-hospital-de-custodia.html>.



No caminho inverso das perspectivas de bem-estar vivenciadas no pátio externo, tem-se o lugar menos apreciado, a ala de tratamento, escolhida por seis participantes (Figura 4). Caracterizada por ser um local que abriga presos de outras unidades prisionais do Estado de Santa Catarina que, em caso de necessidade de intervenção psiquiátrica, são encaminhados temporariamente para tratamento neste hospital de custódia. Dessa forma, observou-se que independente do contingente de presos internados, o local é comumente desgostoso pelos entrevistados. Além disso, a configuração espacial do lugar, as medidas dentro de cada leito, a estruturação do pátio desta ala, ou seja, aspectos físicos que contribuem com a configuração desfavorável ao bem-estar.

Figura 4 - Ala de tratamento do hospital de custódia.



Fonte: retrato feito pelo participante 10, arquivos de pesquisa.

Na sequência fotográfica foram solicitadas imagens que representassem um local de conforto (Figura 5) e um lugar estressante (Figura 6). No caso do conforto, observou-se grande diversidade de escolhas, permeadas por sala/posto de atuação profissional e lugares de confraternização com colegas e pacientes, como: a cozinha, o alojamento e o pátio externo. Por outro lado, quanto ao lugar que mais desperta o estresse de seus usuários, sete entrevistados retrataram a ala

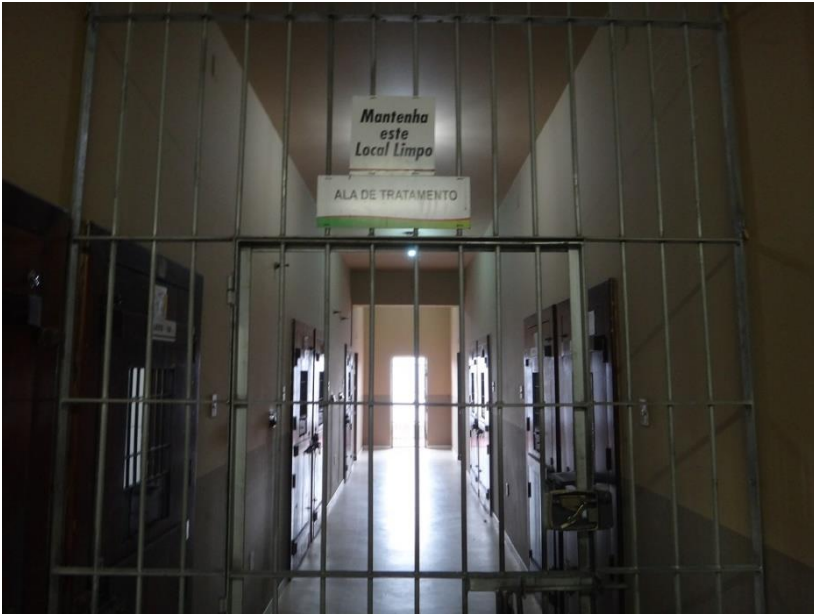
de tratamento. Novamente presente na análise, a ala de tratamento e todas suas subjetividades intrínsecas a um mau lugar.

Figura 5 - Lugares de conforto (alojamento, posto de enfermagem, cozinha e pátio externo).



Fonte: foto 1 – P1, foto 2 – P4, foto 3 – P12, foto 4 – P11, arquivos de pesquisa.

Figura 6 - Lugar estressante (ala de tratamento).



Fonte: retrato feito pelo participante 1, arquivos de pesquisa.

Com vistas a retratar uma imagem que representasse o hospital de custódia, surgiram os mais diversos ângulos e formatos. Dentre os quais, destacou-se a fachada lateral da instituição, contemplando uma área que demarca o primeiro corredor, as árvores que embelezam e delimitam o território, além da marcação do pátio externo. Escolhida por cinco entrevistados, a fachada lateral dividiu espaço com retratos da horta, do pátio externo, das enfermarias, das paredes no corredor de leitos, do posto de enfermagem e com o local característico pela fila de pacientes

para consulta médica. Variados lugares e diferentes composições para simbolizar o que, na visão de cada profissional, representa o hospital de custódia.

## 5.2 ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Alicerçada à técnica de fotografia do ambiente, a entrevista seguiu o curso da investigação acerca da análise sobre os aspectos físicos e psicológicos do hospital de custódia que interferem nas condições de bem-estar de seus usuários.

### 5.2.1 Apresentação dos temas, categorias e subcategorias

De acordo com Bardin (2010, p.119), a categorização durante a análise de conteúdo “tem como primeiro objetivo fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados brutos”. Dessa forma, com base no *corpus* da pesquisa, o material obtido foi agrupado por semelhança e nomeado ao final do processo de categorização. Assim, foram organizados em quatro temas, divididos através de onze categorias seguidas de suas respectivas subcategorias (elementos temáticos agrupados). Os conceitos de ambiente restaurador, bem-estar e estresse conduziram às reflexões sobre todo o processo de análise dos dados. Segundo González Rey (2002), trata-se de um movimento que considera a especificidade do discurso em direção ao conceito, resguardando as verbalizações, as singularidades e experiências dos entrevistados, articuladas aos aportes teóricos norteadores dessa pesquisa. Para tanto, observa-se na Tabela 3 a organização da análise temática-categorial.

Tabela 3 - Organização da análise de conteúdo.

1. Aspectos físicos do lugar que contribuem com o bem-estar	1.1 Construídos	Área externa Cozinha Equipamentos domésticos Salas de atendimento Refeitório
	1.2 Naturais	Diversidade natural Morros Horta Espaço aberto
	1.3 Significados	Organizado Familiar Seguro Privado Lugar para se expressar Esportivo Lugar de conforto
2. Aspectos físicos do lugar desfavoráveis ao bem-estar	2.1 Delimitadores	Restrição de acessos Confinamento Cubículos (leitos) Fechamento de limites Estrutura passível de fuga Estrutura defensiva
	2.2 Estéticos	Lugar de não pertencimento Cores escuras Estrutura reduzida dos leitos Insalubre Instituição arcaica
	2.3 Dualidade	Grades Falta de adequação da estrutura Falta de higiene Custódia Hospital cadeia Tratamento provisório
3. Bem-estar psicológico	3.1 Internação	Estigma da institucionalização Sofrimento da internação Sentimento de impotência Rechaça ao novo lugar
	3.2 Imagem do	Comportamento imprevisível

	paciente	Excluídos da sociedade Crimes graves Preso-paciente Negociação diária
		Truculência Sensibilidade
	3.3 Imagem de si	Acolhimento e interação Tensão Desmotivadores da profissão
4. Identidade de um ambiente restaurador	4.1 Adaptações a curto e médio prazo	Acolhida ao visitante Humanização do ambiente Segurança Espaços de recreação Espaços verdes Integração social
	4.2 Propostas para implementação a longo prazo	Perfil profissional adequado Interação com o externo Investimento nos profissionais Novas abordagens terapêuticas Investimento no tratamento Interação com a natureza

Fonte: elaborada pela pesquisadora, arquivos de pesquisa.

Quanto ao primeiro tema, composto por “aspectos físicos do lugar que contribuem com o bem-estar”, enquadram-se as seguintes categorias: a) construídos: abarca os elementos da área externa, os espaços de integração e laborais dos funcionários; b) naturais: corresponde a elementos como diversidade natural e espaço aberto, que descrevem e enaltecem o ambiente com suas particularidades naturais; c) significados: compreende elementos relacionados a aspectos que facilitam o bem-estar, e que, muitas vezes, são essenciais para que este aconteça.

Em relação ao tema “aspectos físicos do lugar desfavoráveis ao bem-estar”, compreendem-se as categorias: a) limitadores: elementos como confinamento e acessos restritos, onde estão elencadas as palavras que se referem a aspectos que são prejudiciais ao bem-estar; b) estéticos: corresponde a palavras como: instituição arcaica, insalubre e cores escuras, ou seja, remete a questões que por seus atributos estéticos desfavorecem o bem-estar; c) dualidade: agrupa elementos como: grades, hospital cadeia e tratamento provisório, com a denotação de

duas funções, sendo que por vezes confundem seus usuários sobre qual prevalece.

O tema relacionado ao “bem-estar psicológico” abrange categorias que se referem a: a) internação: têm-se elementos que exprimem a percepção dos funcionários sobre o processo de internação, carrega elementos como: sofrimento da internação e impotência; b) imagem do paciente: remete a termos que caracterizam a percepção do funcionário sobre o paciente, tais como: excluídos da sociedade e preso-paciente; c) imagem de si: elenca palavras como: truculência e sensibilidade, que denotam grandes diferenças de percepções sobre o trabalho no lugar.

O quarto e último tema se desenvolve em relação à “identidade de um ambiente restaurador”, sendo que, se tem as seguintes categorias: a) adaptações na estrutura física existente: perpassa por elementos relativos a melhorias de locais possíveis de se tornarem ambientes restauradores se receberem os investimentos necessários, como os elementos: espaços verdes, tecnologia e segurança; b) propostas de atividades e outras modificações: corresponde aos elementos tais como interação com a natureza e investimento nos profissionais. Vislumbra-se que tais investimentos favoreçam o bem-estar de todos os usuários do lugar, tornando-o um ambiente restaurador.

No processo de apreciação e categorização dos dados obtidos se percebeu maior frequência e ocorrência de citação de alguns elementos temáticos. Para ilustrar tal observação, os mesmos foram contabilizados e estão dispostos na tabela abaixo (Tabela 4). Para tanto, foi utilizado o critério da comparação entre citações esperadas e observadas, desse modo, são considerados mais citadas aquelas cujas menções observadas superaram as esperadas. Entende-se citação esperada como o total de citações dividido pelo número de elementos temáticos. O total de ocorrências foi de 759 (setecentos e cinquenta e nove), e o total de elementos de 185 (cento e oitenta e cinco), ou seja, aqueles com, no mínimo, quatro citações foram descritas na tabela.

Tabela 4 - Elementos temáticos mais citados

<b>Elemento</b>	<b>Quantidade</b>
Grades	42
Paciente	39
Pátio externo	23
Ala de tratamento	20
Humanizar	19
Preso	17
Espaço aberto	15
Surto	14
Antigo	13
Atividade	12
Ar livre	11
Loucos	11
Cubículo (leito)	10
Quadra esportiva	8
Cores escuras	8
Horta	7
Ansiedade	6
Seguro	6
Família	6
Espaço restrito	5
Confinamento	5
Posto de enfermagem	4
Complexo prisional	4
Tensão	4
Crimes graves	4
<b>TOTAL</b>	<b>313</b>





## **6 DISCUSSÃO**

Em acordo com a transversalidade dessa pesquisa, descrita através de um recorte no tempo e espaço específico, tem-se o retrato de um estudo que almejou detalhar a análise dos aspectos físicos e psicológicos de um hospital de custódia, bem como verificar sua interferência no bem-estar dos usuários do lugar. Portanto, nesta seção, discutem-se os dados resultantes de tal objetivo central, detalhados por meio do alicerce da entrevista semiestruturada e da técnica de fotografia do ambiente. A complementaridade e diálogo dos meios de investigação permitiu a criação das categorias descritas no tópico anterior, a serem exploradas em profundidade e de modo integrado nesse momento.

### **6.1 TEMA 1: ASPECTOS FÍSICOS DO LUGAR QUE CONTRIBUEM COM O BEM-ESTAR**

Esta seção procura responder, em parceria com a próxima, o segundo objetivo específico desta dissertação, ou seja, caracterizar os efeitos restauradores e os intervenientes estressores do local. Para tanto, os objetos centrais de tal caracterização foram divididos em dois temas, primeiramente serão apresentados os elementos e as razões pelas quais as pessoas destacaram seus efeitos restauradores. Tendo em mente a Teoria Psicoevolucionista e o material obtido no processo de categorização, tem-se a estrutural separação entre aspectos construídos, naturais e significados, e a inerente mescla e complementação ao discuti-los quanto a seus atributos.

#### **6.1.1 Aspectos construídos**

Aqui diz respeito aos lugares e elementos percebidos pelas pessoas com efeitos favorecedores ao bem-estar, portanto restauradores. São citados lugares que facilmente poderiam ser associados a outra categoria da mesma temática, porém, o fato de não serem essencialmente naturais e/ou significações do lugar, os remete a tal classificação. Aqui, contemplam-se elementos como: área externa, espaços de integração e laborais dos funcionários. Ou seja, aspectos inerentes a um lugar com características de prazerosas ou que evocam bem-estar.

O primeiro elemento, um dos mais citados (ver Tabela 4), refere-se ao pátio externo e seus aspectos constituintes, como descreve P1: “tem quadra de esportes, academia ao ar livre, eles vêm aqui e jogam

futebol. Tem uma quadra de basquete lá no fundo, estão começando a fazer umas pinturas diferentes no muro que deixa o ambiente mais humanizado”. Entendida, também, como uma estratégia de interferência no processo de promoção de saúde, a humanização está atrelada a um atendimento de qualidade, às novas tecnologias que auxiliam o acolhimento, às melhorias do ambiente de cuidado e às condições de trabalho aos profissionais (Mielke, Kantorski, Jardim, Olschowsky & Machado, 2009). Para Baggio (2006), a prática humanizada requer empatia, afetividade, envolvimento e aproximação entre o cuidador e aquele que é cuidado, sem se limitar apenas às características das técnicas.

A perspectiva de bem-estar buscada na área externa versa sobre um lugar em que “as pessoas se sintam livres (...) não tem muita grade por perto, tem uma tela. Eles (pacientes) se sentem como se estivessem na extensão do pátio da casa deles” (P5). Assim como os pacientes se percebem em “casa” na área externa, segundo o entrevistado, na cozinha é onde os profissionais têm seus momentos de interação: “intervalo, conversa, faz piada, faz um lanche, um almoço, um café, então me traz assim o conforto [...] integração com amigos. O fato de estar com colegas, a mesa grande, o espaço grande. Onde o pessoal se reúne” (P3). Para Gressler (2014), a falta do descanso no ambiente de trabalho pode gerar um comprometimento nos aspectos físicos, de bem-estar e nas relações interpessoais do sujeito ao lidar com as demandas e exigências diárias. Para tanto, oportunizar ambientes com características que promovem bem-estar e reduzem os efeitos do estresse são cada vez mais importantes para o ser humano (Hartig & Staats, 2006).

A cozinha é caracterizada por ser um ambiente novo. Recentemente foi reformada e passou de um espaço administrativo para um bom lugar de convivência entre funcionários. A nova cozinha “ficou espaçosa, ficou ampla, arejada (...) você vai lá, faz um chazinho de limão, descansa... a cozinha está fora do contexto (dos pacientes)” (P12), sentimento similar ao percebido por P7, que ressalta os equipamentos domésticos também da parte dos alojamentos: “ali na cozinha é o lugar que você janta, aí vai para o alojamento e pode tomar um banho, deitar um pouco na sua cama. Dar uma relaxada, uma descansada. Tem uma TV a cabo para assistir a um filme, um futebol”. Para um observador externo talvez pareçam poucos benefícios aos funcionários, mas para uma instituição historicamente encarceradora, P2 salienta que: “de modo geral, as pessoas aqui tentam mesmo mudar essa perspectiva hostil, essa coisa negativa de qualquer instituição de segurança. Eu vejo bastante essa mobilização”.

O movimento de busca por bons lugares para interação é uma contínua prática no hospital, descrita tanto pelos funcionários entrevistados quanto pelos pacientes em diálogos informais obtidos e registrados no Diário de campo. Dentre os elementos compreendidos pela categoria em questão, faz-se o destaque às salas de atendimentos que incluem também espaços de atendimento aos pacientes, os postos de trabalho da enfermagem e a sala de informática. Assim, ressaltando não apenas o propósito da interação, como também a escolha por um lugar que abstraia a questão prisional, P4 destaca: “o posto de enfermagem é o local que todo mundo procura para conversar (...) tem espaço para isso. Eu acho que essa coisa do branco da enfermagem traz um pouco de paz. É diferente da segurança que tem o preto<sup>1</sup>”.

De acordo com a cartilha da Política Nacional de Humanização (2013, p. 09), para que se promova a ambiência é preciso “criar espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas”. Ou seja, compreendem-se as subjetividades envolvidas acerca do espaço físico, tecnológico e das relações entre os sujeitos visando uma melhor adequação do ambiente (Brasil, 2010).

### **6.1.2 Aspectos *naturais***

Com base na teoria da restauração da atenção (Kaplan & Kaplan, 1989), autores (Felsten, 2009; Van Den Berg, Jorgensen & Wilson, 2014) defendem que, seja através de ambientes simulados ou de experiências reais, em cenários naturais têm um papel de suma importância no processo de restauração do bem-estar do sujeito. Em consideração a tais pressupostos, atrelados à perspectiva teórica de Ulrich (1984), que enfatiza os diversos benefícios da contemplação da natureza, criou-se a categoria de aspectos naturais como parte da análise dos dados da pesquisa.

Diante de um espaço cercado de grades, cercas e cadeados, a diversidade natural de ambientes como o pátio externo e a horta destoam aos olhos, percepções e sentimentos de qualquer um inserido neste contexto. Em alusão a tais preposições, P1 afirma que o pátio externo “é o lugar onde o paciente e o agente se sentem mais livres aqui dentro”, corroborado por P5 que diz: “um bom lugar, que eu e a maioria dos agentes acho que vai para espairer, é ali na saída do complexo. Lá a

---

<sup>1</sup> O entrevistado faz referência ao uniforme da equipe de segurança que é todo preto.

gente observa umas árvores e jardim que tem no lado direito, e do outro lado tem o morro, que também dá uma sensação positiva de contemplar”.

“Eu gosto da horta, apesar de ser só um paciente que trabalha ali, a gente vê o conhecimento que ele tem, o quanto ele melhorou e pode melhorar, tudo em função de ele estar na horta”. Essa fala, verbalizada por P3, destaca o potencial de restauração do estresse atrelado ao trabalho com terra e outros elementos naturais. O paciente em questão, salvo anonimato, constantemente “deu trabalho, desde o início de sua internação ele foi difícil de socializar, era arredio e, por vezes, agressivo (P8)”. No entanto, desde que a horta foi instaurada no espaço hospitalar ele manifestou desejo de cuidá-la, “ele acha que é a horta dele, como se fosse um espaço da casa dele (P 10)”. Como parte de seu tratamento no hospital, ele trabalha sua “integração com os agentes e a assistente social quando é preciso comprar mudas (para plantar), ele vai junto, então isso ajuda no tratamento dele. Seria ideal mais espaços de horta para outros pacientes melhorarem também! (P8)”.

A dedicação deste trabalho versa, também, pela colaboração com a carência de trabalhos que visem transformar a imagem de hospitais, com vistas a torná-los mais amigáveis e atentos às necessidades de seus usuários (Harris, McBride, Ross & Curtis, 2002). Ou seja, um ambiente voltado à correspondência entre aspectos físicos da instituição e significados ambientais (Felippe, 2015).

Figura 7 - Horta do hospital de custódia.



Fonte: retrato feito pelo participante 10, arquivos de pesquisa.

O crescente movimento da ciência mundial acerca de resultados de pesquisa que evidenciem o impacto do ambiente físico sobre a saúde e bem-estar das pessoas pode ser observado, por exemplo, na modalidade chamada por Stigsdotter e Grahn (2002) como *healing gardens*, isto é, jardins que de maneiras diferentes podem influenciar o visitante de uma forma positiva (Marcus & Barnes, 1999). Os benefícios de imergir em um ambiente natural são inúmeros, com destaque para as possibilidades de contato com luz natural, vegetação e obtenção de ar fresco.

Quanto à horta, outro espaço aberto da instituição de possível acesso para pacientes e funcionários, P7 destaca que: “seria ótimo criar mais espaços de trabalhos com terra no pátio externo, eu venho do interior e sei que isso ajuda muito, até como profissão. Trabalhar com terra, com plantação, a natureza é muito boa!”. As especificidades do lugar são descritas por P6, enaltecendo o fato de “ser aberto e não ter telas por cima, não ter as grades, por ter a vegetação, ter terra. Acho que esses aspectos de natureza, ser aberto e não ter grades o torna benéfico para aquelas pessoas que vivem por trás das grades”. Segundo Kaplan (1995), os estressores são fatores ambientais ou situacionais percebidos

como ameaças ao bem-estar, passíveis de provocar danos reais ou iminentes ao sujeito.

Em estudos experimentais, Ulrich (1981) e Roe e Aspinall (2011) simularam ou imergiram os sujeitos em cenários naturais para verificar os efeitos causados a partir de tal experimentação. No estudo de situações naturais simuladas (através de apresentação virtual/slides) por Ulrich (1981), verificou-se que os *slides* de ambientes naturais com água e vegetação tiveram efeitos mais positivos nos estados psicofisiológicos dos participantes do que a exposição a cenários urbanos, sem elementos naturais. Na pesquisa de Roe e Aspinall (2011) o enfoque contemplou o comparativo nas mudanças de humor e no comportamento sobre metas pessoais mais positivas de crianças em ambiente educacional. Um grupo foi submetido a um típico ambiente escolar, tradicional e com cenários internos, enquanto o outro foi imerso em um espaço educacional ao ar livre, com cenário de floresta. Notou-se os melhores escores de humor e metas pessoais positivas em crianças que habitaram o cenário de floresta, em oposição aos que experienciaram o cenário educacional tradicional. Por fim, importante salientar, que um ambiente não necessita ser natural para ser restaurador, apesar de que a vivência nesses lugares mesmo que breve ou longínqua permita percepções favoráveis ao bem-estar, ela não é determinante. De acordo com Karmanov e Hamel (2008), embora haja tal predisposição positiva perante ambientes naturais, os autores não encontraram diferenças significativas em seu estudo experimental, quando compararam de forma simulada visualizações de cenários naturais com cenários urbanos, enfatizando o potencial de ambos.

### **6.1.3 Aspectos de *significado***

O nome desta categoria faz referência ao conceito de significado ambiental, assim como concebido por Rapoport (1990) como o conjunto de definições e valores comunicados pelo ambiente físico. Segundo Felipe (2015, p. 04), “se o ambiente físico pode ser uma fonte de estresse por causa das mensagens que comunica, é também possível hipotetizar que, caso suscite cognições de valor positivo, consinta ou até mesmo promova a restauração do estresse”. Portanto, segundo Ulrich et al (1991), esse ambiente estaria despertando interesse, aprazibilidade e calma.

Percepções como a de P1, que diz: “esse é o ambiente *mais tranquilo* para interagir com os colegas, também por estar *mais afastado* de tudo”, bem como a de P2, ao afirmar: “esse é um lugar aberto,

arejado, tem vida (...) é um espaço onde os pacientes *podem se expressar* um pouco. No pátio externo eu vejo um pouco de *liberdade*. Onde fazemos as festas, *reúnem as famílias*”. As expressões destacadas, sobretudo as em itálico, direcionam-se aos elementos temáticos citados nessa categoria, palavras que definem o olhar da pessoa, como ela concebe aquele espaço. Em um ambiente de tamanha dualidade, lugares que passam boas sensações são muito bem vistos, “aqui não é um lugar que está *isolado*, mas é uma área de *bastante segurança*, mais *tranquila*, mais *sossegada* (P10)”.

As ações realizadas em prol da integração e do conforto, mesmo que pequenas, tem grande potencial para promover tal agradabilidade. Nesse sentido que P11 descreve sua visão sobre uma das aplicabilidades do pátio externo nesse processo de desconstrução da imagem prisional:

Quando as famílias vêm, eles ficam extasiados com o que foi organizado, fazemos festa mesmo! As crianças, filhos e familiares dos pacientes, sempre ganham presentes, esses presentes saem das doações que ganhamos de empresas. Isso tudo, desmistifica a prisão! Por que quando a criança vê as grades, ela pensa ‘meu pai tá preso’. Então é importante esse espaço.

“As especificidades do lugar o configuram”, segundo P9 são os detalhes que nos remetem às boas e às más sensações de habitar o espaço. A maioria dos entrevistados expressou notar a importância de se investir nos aspectos físicos da instituição a fim de melhorar as condições de bem-estar de todos, como reforça P8: “não só para nós do hospital, mas para todo o sistema prisional seria bom um pátio desses (pátio externo). Seria ideal que eles tivessem ainda mais espaço para transitar (...) eles vão do leito ao pátio e do pátio ao leito”. A importância de “sair desses *limites fechados*”, ir ao pátio que é um espaço que convida a uma interação entre todos nós por ser aberto, arborizado, espaço tranquilo de *convivência*” foi descrita por P7, enfatizando aspectos sociais e naturais do lugar. Assim como P11, ao pontuar sobre a organização: “a gente já avançou muito em melhorar o chão e as paredes, colocamos pisos, azulejos e exterminamos os beliches. É necessário ter um mínimo de *organização e conforto* para ser humano”.

Figura 8 - Enfermaria com camas, pisos e azulejos.



Fonte: retrato feito pelo participante 8, arquivos de pesquisa.

No decorrer do desenvolvimento humano as pessoas atribuem sentido (significado) às estruturas físicas que fazem parte da sua experiência no mundo, assim como um modo de comunicação não verbal onde os mesmos significados são evocados quando da (re)percepção de tal sentido (Felippe, 2015). Rapoport (1990) compreende como significado ambiental as definições e valores comunicados pelo ambiente físico, assim como Felippe (2015), que entende que tais mensagens são importantes fontes de estresse e/ou de restauração a serem representadas de acordo com as cognições e afetos suscitados, seja de valência negativa e/ou positiva.

Em síntese, este tema explorou diversos aspectos relacionados ao bem-estar e a potencialidade restauradora do lugar. De acordo com Ulrich et al (1991), biologicamente, as pessoas atuam de forma pronta e rápida frente a certos contextos ambientais favoráveis à restauração, para os autores tal ação é percebida como um processo necessário à manutenção da vida. Para tanto, os atributos ambientais apontados na Teoria Psicoevolucionista como favoráveis à restauração são: moderada complexidade e profundidade; presença de ponto focal; limites claros; ordem; superfície que sustente o caminhar, relativamente uniforme e suave; configuração espacial que permita a revelação de novos pontos visuais a partir de novos ângulos; ausência de ameaças (de qualquer esfera); elementos naturais como a presença de água e vegetação (Ulrich, 1999).



## 6.2 TEMA 2: ASPECTOS FÍSICOS DO LUGAR DESFAVORÁVEIS AO BEM-ESTAR

Arelada ao tema anterior, essa seção irá discorrer acerca dos intervenientes estressores observados no hospital de custódia. Os tópicos centrais explorados nesse tema são compostos das seguintes categorias: delimitadores, estéticos e dualidade. Com amparo na teoria de base de Ulrich e literatura afim, estruturou-se esse processo de categorização, que será explicitado na intenção de explicar especificidades e enlances entre os elementos.

### 6.2.1 Delimitadores

Nesta categoria se encontram elementos referentes a aspectos que são vistos como prejudiciais ao bem-estar e que contribuem com o fenômeno do estresse. Caracterizados por aspectos de delimitação do lugar, ou, como explicita o próprio elemento, o fechamento de limites.

Com o Diário de campo e em diálogo com os funcionários mais antigos, observou-se que os pátios internos foram desenhados para serem abertos, com características de integração entre os pacientes. Infelizmente, nos dias atuais esse propósito não é atingido. São dois pátios, um para cada lado do corredor, sem passagem nem acesso de um para o outro. Observa-se nas imagens abaixo a diferença de nível dos espaços. Enquanto os corredores, leitos e enfermarias estão em uma superfície superior, os pátios internos ocupam o espaço inferior e entre os prédios, “como se fosse um buraco” (P2). “O pátio interno me dá a impressão de um local de confinamento, um espaço restrito onde tem várias pessoas. E talvez a ideia de não ter para onde ir, é um quadrado, não tem para onde ir é só cimento!”, assim que P6 descreve sua visão sobre o lugar, salientando que tal configuração estrutural reforça a restrição de possibilidades e de atividades.

Figura 9 - Pátio interno (esquerdo).



Fonte: retrato feito pelo participante 12, arquivos de pesquisa.

A restrição de acessos configura o quê, afinal? Segundo P9, e em uma opinião quase que isolada frente aos demais entrevistados, tais restrições representam segurança: “o prédio todo é seguro né, as seguranças são as grades ali, são as barreiras. Se tiver que conter, essas grades são muito importantes. E algumas pessoas aqui são contrárias”. A ressalva às falas desse entrevistado visam expor a diversidade de pensamentos e argumentos trazidos na coleta de dados, além de reforçar a neutralidade da pesquisadora frente ao material obtido.

Observou-se, apoiando-se no Diário de campo, que em um contexto como esse, que exige tamanha e contínua capacitação, as experiências de vida subjetiva podem inferir no modo como cada um conduz seu fazer profissional. Enquanto P9, que está há oito anos na instituição, pede autorização para o “uso de arma de choque imobilizante para conter os pacientes”, outros pedem que “sejamos considerados agentes de saúde (fala de um agente de segurança), que nos direcionem à Secretaria de Saúde, que a gente saia desse quadrado com grades!” (P10, há 32 anos trabalha no hospital de custódia), e que “o hospital saia do complexo (prisional) e habite um local aberto onde o

paciente pudesse circular, interagir com a comunidade, com o comércio interno, para que ele não institucionalize” (P8, há 15 anos no hospital).

A dicotômica realidade de custodiar e tratar aqueles que se encontram internados em hospitais de custódia se acentua em muitos momentos. Para Santos, Souza e Santos (2006), existem dois lados dentro da instituição: em um deles tem-se a equipe terapêutica na contínua busca pelo melhor tratamento, e no outro lado, a equipe de segurança, os quais procuram manter a ordem e a disciplina com rigor, clarificando o caráter prisional do estabelecimento. Cada qual na sua função, de fato, porém tal premissa não exclui, na prática, a inversão de papéis. Por vezes, durante a própria coleta de dados, a pesquisadora observou o cuidado realizado por agentes para com os pacientes. Segundo P1: “a gente compreende a hierarquia, o trabalho e tudo mais... mas é inevitável sentir afeto, querer ajudar, é um ser humano se relacionando com outro, eles são debilitados e não custa ajudar”.

A maioria dos entrevistados (7) atua há mais de 15 anos no hospital de custódia, o que se observa na fala de P12: “passamos por importantes transições sobre a forma de se tratar o doente mental e como se vê a saúde mental judiciária”. Assim, percebem-se lamentações acerca das dificuldades de humanização do lugar. P4 se questiona: “como dar o nome de ala de tratamento se os caras ficam ali jogados dentro do cubículo (denominação para leito) tomando remédio até sair do surto e não participa de nada?! O pátio deles é 2x2, outro cubículo”. Tal fala, é corroborada por P11, que destaca algumas diferenças do contexto prisional para o hospitalar: “a estrutura é tão defensiva que fica difícil ter gestos simples como pedir para o paciente ver as árvores pela janela, ver os passarinhos, olhar para fora e melhorar o ânimo contemplando o sol, pois a janela é muito alta e caracteriza prisão!”. Dentre as principais alusões à uma realidade prisional estão os seguintes fatos: despojar-se de todos os objetos pessoais, ter horários e atividades preestabelecidas, carecer do uso contínuo de uniforme prisional e perder a privacidade, pois tudo será coletivo, impessoal e massificado (Cordioli, Borenstein & Ribeiro, 2006; Goffman, 2005).

Ao fazerem referência aos *aspectos físicos do lugar desfavoráveis ao bem-estar*, um dos ambientes mais citados pelos participantes foi a ala de tratamento, alicerçada pelos mais diversos elementos temáticos que denotam os *delimitadores* do lugar. Na intenção de mostrar o que mais lhe estressa no hospital, P7 conta: “bati essa foto um pouco mais para dentro (fim do corredor), quis mostrar o estresse com os pacientes que estão em surto na ala de tratamento. Eles que vem de outras unidades ficam trancados até ‘pelo lado de fora’ do hospital”. Com essa

frase P7 enfatizou a divisão do lugar, a ala de tratamento *versus* as demais desmembrações do hospital. Segundo P1, a dificuldade em lidar com os internos advém do fato de que eles “não são doentes, são presos de outras unidades do estado que surtaram”, apoiado por P8, que diz que “o mais difícil é que eles vêm com a maldade de preso, não são como os nossos (pacientes)”.

“Quando o paciente entra no leito ele fica trancado através de um trinco enorme e um cadeado. Então a gente ‘aprisionou a loucura’ mesmo!”, assim P11 define sua visão sobre os espaços para o paciente, seguindo o mesmo tom que P12, que diz: “é tudo cubículo né? Encarceramento total, divisórias de grade a cada passo, mesmo que ele se solte de lá, ele tá preso aqui nesse corredor”. Segundo Lopes (2002), o vínculo dos profissionais que atuam em contextos prisionais é caracterizado pela ligação com o encarceramento, a exclusão e a violência. No entanto, Viana e Souza (2013) ressaltam que em relação aos hospitais de custódia houve certa evolução no modo como os profissionais lidam com seus internos, a concepção de isolamento dos pacientes, aos poucos, tornou-se mais respeitosa à dignidade humana e às possíveis inserções sociais.

Por fim, dos delimitadores do lugar, os últimos destaques são para os acessos e os potenciais de fuga. De acordo com P7, há uma grande dificuldade ao exercer a função de supervisionar a segurança em grandes espaços como o pátio externo, “a parte de entrada e saída lá com todos os pacientes me deixa tenso (...) então eu até tirei foto da entrada pra mostrar isso, mostrar que o que me estressa é a eminente tensão pela possibilidade da fuga”. Segundo P5, “há um peso da responsabilidade de controlar tanta gente em um lugar já velho e com falhas de configuração arquitetônica”, somado ao estresse percebido quando o entrevistado relata passar por acessos restritos “é um espaço fechado assim, estreito, fechado em cima e fechado embaixo, nos lados. Não tem alternativa!”.

Figura 10 - Acesso restrito e estrutura defensiva nos leitos.



Fonte: retratos feitos pela pesquisadora, arquivos de pesquisa.

### 6.2.2 Estéticos

Denominada *estética* por ser uma categoria que corresponde a aspectos relativos ao *design* do local, percepções acerca de adjetivos e concepções que mensuram o lugar. No intuito de resumir a estrutura física do hospital em cores, P6 descreve que tudo “é bem cinza, bem pátio, cinza, concreto. Sem vida. Eu acho que tem muito cinza, muito impessoal, muito instituição”. Assim como P10, que acredita que o hospital merecia mais cores, pois “ali não tem nada de colorido, é só um quadrado com grades e passa a ideia de um ambiente estressor e velho, muito arcaico”.

Questionada sobre os lugares que não lhe agradam, P2 analisou o pátio das enfermarias: “para mim esse pátio tem um jeito de muito antigo, de desde que fizeram o hospital (...) acho que é bem a cara de instituição psiquiátrica. É um pátio, arredondado, aquelas enfermarias ao lado, quem sabe ali já foi lugar de receber visita”. E ela estava certa, até pouco antes da entrevistada compor o quadro de profissionais do hospital (trabalha ali há 3 anos), esse pátio era destinado, principalmente, ao recebimento de visitas. Em dias de chuva se

instaurava um novo problema: onde abrigar os familiares, haja vista que o espaço não tem cobertura superior. Então, criou-se há quatro anos a nova sala de visitas.

Figura 11 - Pátio das enfermarias e sala de visita.



Fonte: retrato da esquerda feito pela participante 2, da direita pela pesquisadora, arquivos de pesquisa.

De acordo com a pesquisa realizada por Fleck, Wagner e Wagner (2007) em um hospital psiquiátrico, foi constatado que 81,2% dos 584 pacientes internados não haviam recebido nenhuma visita nos seis meses que antecederam a coleta de dados. Em complementação a esses dados, Santana, Chianca e Cardoso (2009) refletem sobre o processo de isolamento social provocado pela longa permanência na instituição. Além disso, a internação prolongada reforça o estigma social, sofrido inclusive pela família, que segrega o doente mental, condicionando-os à exclusão social.

A intenção de humanização, de mudança de perspectiva e de identificação realista das carências e dos avanços do hospital de custódia ditaram o tom das entrevistas. “O hospital de custódia mudou muito de uma década pra cá. Temos que ressaltar a nova administração, porque o hospital nunca tinha sido ouvido, nunca foi falado e agora a gente atende o estado inteiro!”. Vê-se que, com orgulho, P5 destaca as mudanças mais recentes, porém, sem esquecer dos avanços a serem feitos. É preciso salientar que nove, dos doze entrevistados, enfatizaram essa transição, exemplificada por P1: “todos se uniram em prol de uma causa única, humanizar isso aqui. E acho que a gente conseguiu, ou melhor, está conseguindo”.

Dos aspectos a melhorar, P2 refere “ao próprio fato de ainda existir um lugar como esse, os quartos, as portas, tudo muito antigo.

Esse sentido de segurança dessa maneira hostil, quartos fechados, portas grossas, acho que não precisa. Mas, ainda vou viver para ver isso mudar”. Assim como P3, que como integrante da enfermagem observa com afincos os detalhes de assepsia e higiene, principalmente em locais como o banheiro que “é um lugar muito feio, frio, sabe... um local extremamente necessário aqui dentro, porque trata da higiene, necessidades físicas e tal, tudo a ver com meu trabalho, no entanto é um local bem precário”. Nesse sentido, P4 destaca: “elas (integrantes da equipe terceirizada que executa a limpeza) limpam tudo diariamente, mas a falta de higiene é inerente ao doente mental, o cheiro é forte em todos os espaços, teria que ver o que fazer sobre isso ainda. Tem dias, principalmente no verão que é insuportável”.

O cuidado com a higiene do doente mental é caracterizado por ações como: corte e limpeza das unhas, fazer a barba, cuidar da aparência pessoal. Além disso, entende-se como cuidado ao paciente atividades que visem orientar, estimular, ouvir, tocar o paciente, realizar trabalho com familiares e supervisionar aquele que já possui autonomia para começar a executar sozinho tais práticas (Santos, Souza & Santos, 2006).

Figura 12 - Banheiro do primeiro corredor.



Fonte: retrato feito pelo participante 3, arquivos de pesquisa.

Outro ponto a ser destacado é em relação ao não pertencimento ao lugar. Para Tuan (1983), o lugar corresponde a um processo de apropriação do espaço. Nele, o sujeito imprime sua marca, relaciona sua subjetividade, atribui novos significados e se identifica com este ambiente. Do contrário, numa espécie de ocupação sem identificação, sem poder de alteração, de personalização e de ressignificação, trata-se de um não pertencimento ao lugar, tem-se um panorama impessoal (Lima & Bomfim, 2009). Em observância à realidade do hospital de custódia, P11 descreve sua percepção “O espaço é muito pequeno, sabe? O sujeito não pertence àquele espaço. Se fosse um leito que pertencesse a você, você teria seu armário, guardaria suas roupas, no frio você pegaria roupas quentes. Aquele espaço é o não pertencimento do espaço!”.

De modo geral, no que condiz aos aspectos estéticos há uma unanimidade sobre o que P12 chama de “edificação muito precária! Mas é geral, ali acima (penitenciária e presídios) não é diferente. É obsoleta. Foi feito mil coisas pra tentar melhorar, mas mesmo assim é precária. Teria que reconstruir do zero”. Parte-se da compreensão de que esse é um espaço que já completou mais de quarenta anos e viveu por muitos anos com superlotação (CFP, 2015). Os poucos investimentos em estrutura física são perceptíveis de modo geral no complexo prisional, mesmo do lado de fora é possível perceber que, como salienta P9: “foi muita coisa feita no improvisado, feita nas pressas já que estragou, o certo seria investir em refazer e não em remendar”.

### **6.2.3 Dualidade**

Verbalizações como dos entrevistados P1 e P4 indicam conclusões importantes sobre o local, “na real, a gente sabe que um hospital de custódia não precisaria de grade. Mas ele precisa. A gente que trabalha sabe” (P1), assim como P4, que diz: “não gosto de grades, não gosto disso. Por mim, não teria. Prisão né?! A gente tenta mudar essa imagem do hospital que ele não seja cadeia né, mas acho que a grade é bem característica de cadeia, de presídio”. Trata-se de um ambiente que contempla elementos que denotam, normalmente, duas funções (tratar e custodiar). Sendo que, por vezes, esses próprios elementos confundem seus usuários sobre qual deve prevalecer e em qual situação.



Figura 13 - Fachada com grades na porta principal.



Fonte: retrato feito pelo participante 12, arquivos de pesquisa.

Quanto à adequação estrutural para desenvolver as funções do hospital de custódia, percebeu-se que alguns ambientes chamam atenção pela dificuldade em bem tratar e custodiar os pacientes, sejam eles provisórios ou não. Ao analisar um desses espaços, a enfermaria G, o participante identificado nesse estudo como P8 afirma que: “bom é que não tem ninguém no chão, só camas. Passou por reforma, mas o espaço mesmo que não me agrada. Fica um sentimento meio carregado porque são muitas pessoas nessa enfermaria, é muito paciente, manter a higiene é complicado”. Nesse sentido, sobre a ala de tratamento, P8 ratifica “é onde a gente recebe e dá atendimento aos detentos que vêm de outras unidades em surto. Até ele compensar o surto eles batem demais nas portas, ecoa um barulho insuportável, exige uma vigilância constante!”. Para resolver o problema dos gritos e chutes na porta dos internos da ala de tratamento as sugestões afloraram entre os entrevistados demonstrando um saber. P5 sugeriu investir em “portas com palmilha para estufar o ar e não dar tanto barulho”, já P9 acredita que apenas resolveria a “sedação constante, eles são presos, não pacientes”, enquanto P4 reforça: “eu não gosto dessa ala! Eu não gosto de paciente fechado, para mim o paciente tem que ficar em liberdade, mas no caso deles (referência aos profissionais da segurança) cuidando a questão da segurança”.

Uma dupla vertente que parece contribuir para as limitações técnicas dos hospitais de custódia, é assim que Cordioli, Borenstein e Ribeiro (2006) definem o caráter ambíguo da instituição. Corroborando a isso, Dantas e Chaves (2007) ressaltam que tanto a funcionalidade quanto à estruturação física da instituição é comprometida pela dualidade percebida. Ao investigar a percepção de agentes de segurança sobre os pacientes da instituição, Dantas e Chaves (2007) constataram que apesar da concepção de que doente mental necessita de tratamento, também vigora entre os profissionais a crença de que os internos são pessoas imprevisíveis, que cometeram crimes e devem ser penalizadas.

A perspectiva dualística e, por vezes, controversa percorre variados ambientes e explicações, porém, geralmente culmina na dúvida: “o que deve prevalecer, o tratamento da saúde ou o carcerário?”. Segundo P11, “a Lei Antimanicomial diz que esse ambiente deveria ser confortável, acolhedor e sem grades. A gente sabe que não dá para tirar todas as grades (...) mas, se tirassem a custódia poderiam tirar as grades, as duas coisas (custódia e saúde) juntas não dá!”. O participante 3 é outro que refere à ambiguidade, ele afirma: “gosto de ir interagir com os pacientes, eles são engraçados, a gente conta piada, rola bons papos. Mas com o pessoal de tratamento é só o burocrático”. Assim como P7, que diz: “eu brinco com todos os pacientes... mas quando tenho que estar ali (ala de tratamento) ...é risco né?! Às vezes pego um com tesoura, caco de vidro... o agente gosta de trabalhar em todas as áreas do hospital, menos essa. Ali é estressante”.

A integração do hospital de custódia com o Estado ocorre via Sistema de Justiça, portanto a instituição não está incluída nos adventos promovidos pelas secretarias de saúde, como o Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar (Viana & Souza, 2013). Quanto ao movimento preconizado pela Reforma Psiquiátrica, o que se vê, segundo Pereira e Giacóia Junior (2013), é que esse novo olhar não atingiu aos doentes mentais que cometem crime. Embora a Lei Antimanicomial abranja o atendimento a todo ser humano com transtorno mental, os que cometeram algum delito continuam ignorados, restando-lhes o cumprimento de longas medidas de segurança.

### 6.3 TEMA 3: BEM-ESTAR PSICOLÓGICO

Nesse tema estão dispostas questões relativas aos elementos que exprimem a visão dos profissionais entrevistados sobre o processo de internação, a imagem do paciente e a imagem de si. As categorias pensadas nesse tema passam elementos carregados de reflexões

acerca da relação pessoa-ambiente, dialogada a partir da visão sobre o trabalho, de si e de outrem.

### **6.3.1 Internação**

Compreender o processo da internação não é uma fácil tarefa aos pacientes, tampouco aos profissionais envolvidos. “A internação é triste porque muitas vezes a família não entende que o filho é doente, dependente químico, simplesmente a família abandona e a gente vê isso com frequência, isso é triste”, diante dessa realidade há tantos anos, P1 expressa com tristeza o sentimento que perpassa esse processo diferente e singular para cada um que presencia. Para P3, o difícil não é apenas lidar com a internação, e sim com o todo: “quando eu cheguei aqui eu já tinha ideia do que era um hospital psiquiátrico, mas não tinha ideia do que era uma prisão, me assustei”.

“Eles chegam parecendo uns mendigos, desnordeados, a maioria não quer ficar aqui, ficam dias até se conscientizar que precisam cuidar da saúde” (P9). De fato, assim como os pacientes e suas específicas necessidades de cuidado com a saúde, o profissional também deve atentar para tal. “Quando eu comecei a trabalhar aqui eu chorei todos os dias, eu não me conformava com o sofrimento do ser humano. Eu entrei na época do eletrochoque! Eu presenciei!” (P11). Assim como alguns vivenciaram a transição da psiquiatria, os funcionários passam diariamente por uma “transição de mundos, aqui é outra realidade, que você deve abstrair todo dia que encerra o expediente” (P5). O longo processo de internação do doente mental infrator acarreta no distanciamento físico e psicológico da sua casa, cidade e, principalmente, da família, o que o leva a perder espaço no seu reduto familiar. O elo entre família e paciente tem de ser fortalecido constantemente, especialmente para dirimir o sofrimento da internação, já acometido pela brusca ruptura com seu meio social (Cordioli, Borenstein & Ribeiro, 2006; Rosa, 2003).

A diversidade de sentimentos e experiências sobre a internação psiquiátrica é imensa e percorre a subjetividade de cada participante. Alguns expressam “tristeza, às vezes raiva, porque eu não consigo mudar (a realidade). Mas eu tenho muito de tristeza de ver, um sentimento de incapacidade, de impotência, por não poder fazer o tratamento do jeito que eu gostaria que fosse” (P4), outros descrevem

medo e insegurança “me sinto aliviado quando *fecha a casa*<sup>2</sup>, você não sabe o que vai acontecer de madrugada [...] aqui é um lugar pesado. Tem dias que eu chego na ala de tratamento e eu me arrepio todo” (P1).

Em meio às verbalizações acerca desse processo, descortinam-se expressões de responsabilidade, de empatia e, porque não dizer, de constrangimento. O participante 12 observa: “a nossa função não é julgar, a nossa função é tratar do interno. Tratar bem. Não foi tu que cometeu o delito. A sociedade tem um fundo de participação em tudo, todos esquecem que existe um lugar como esse”. O estigma da doença mental ultrapassa os muros de um hospital psiquiátrico e a família é, geralmente, quem mais sofre com os preconceitos e estereótipos criados em torno da doença mental. As recaídas e as perspectivas de controle da doença culminam em restrições na vida do paciente quanto a sua reinserção social, através de trabalho, estudo e nas suas relações sociais (Oliveira & Mendonça, 2013).

Com orgulho, P5 destaca que semanalmente muitas famílias de toda Santa Catarina frequentam o hospital de custódia. Lamenta o estigma que vivenciam: “aqui se faz o exame toxicológico para todo o estado. Muita gente não sabe as nossas atribuições aqui no hospital, as pessoas nos desconhecem e fazem mal juízo do hospital de custódia, acham que aqui é só internamento para loucos”. Nessa vertente de percepções acerca da sociedade, P3 acredita que “seria bacana se as famílias não visualizassem as grades, acho que isso traz um constrangimento principalmente para quem não é preso”, assim como P6, que também relata tal desconforto com “essa questão das grades, esse confinamento me incomoda. Dá a sensação de estar presa”.

Ao discutir a responsabilidade da família junto a um membro considerado doente mental infrator, Pereira e Giacóia Junior (2013) defendem que a solidez fraterna e solidária das relações familiares é pautada pelo afeto. É esse mesmo afeto que sustenta as visitas ao paciente na instituição e que o ampara para que não haja abandono. Para os autores, os cuidados com saúde e educação do doente mental, principalmente quando há a internação em hospital de custódia, são componentes primordiais que versam sobre responsabilidade, ou seja, os direitos e os deveres da família.

---

<sup>2</sup> Expressão usada pelos profissionais da segurança para representar o encerramento do plantão diurno, por volta das 19 horas, com todos os pacientes alojados nas suas referidas enfermarias e leitos.

### 6.3.2 Imagem do paciente

A grande maioria dos participantes tendeu a direcionar suas respostas aos pacientes, a como eles vivem, quais as limitações no tratamento deles, um ambiente “para eles”, dentre tantos outros tópicos que primeira referência surgiam os internos. Desse modo, importantes elementos surgiram nessa categoria em que os funcionários, enfim, descrevem como percebem o paciente. Característica desta terceira categoria, percebe-se aqui um alicerce de visões de si e do outro.

Os funcionários do hospital de custódia adentram a instituição através de concursos públicos, para P1: “o cara (agente) quando vem trabalhar aqui precisa abstrair que o interno pode ter cometido o crime mais bárbaro que tem, pois ele é doente mental e isso é difícil”. Corroborando a isso, P8 reforça que “o trato com os pacientes é diferente, apesar de eles terem cometido um crime, o fato da doença mental é diferente [...] talvez se eles estivessem com sua saúde sem prejuízo, eles não teriam feito aquilo né?!”. Nota-se, que cada um estruturou uma linha de pensamento sobre os crimes desencadeadores da internação dos pacientes, a atribuição da responsabilidade à doença mental não foi algo percebido como unânime nas compreensões obtidas.

Segundo P7, “nesse trabalho com ‘preso-psiopata’, tem que ter muita atenção porque uma hora eles estão bem e outra hora eles surtam. São bacanas, a gente conversa e tudo mais, mas eles em surto cometeram crimes terríveis, estupro, homicídio e tudo mais”. Essa linha de pensamento é compartilhada por P9, que diz: “para mim eles são presos-pacientes, paciente é quem tá externo (ao complexo prisional), não dá para deixar as pessoas a margem de pessoas que têm doenças mentais, eles são imprevisíveis, cometeram crimes gravíssimos lá fora”.

Para Dantas e Chaves (2007), a política de exclusão direcionada aos doentes mentais infratores está muito longe de incomodar a sociedade, na verdade a tranquiliza. O modelo asilar de perpétua permanência livra aqueles que insistem em não aceitar o doente mental integrado socialmente, reforçando práticas discriminatórias e maus-tratos, que não só marginalizam como degradam a pessoa. O que se percebe na literatura direcionada a esta realidade é que, apesar dos avanços e progressiva sensibilização dos profissionais de hospital de custódia, a prática punitiva ainda segue ativa e resguardada por falas que enaltecem as possíveis reações imprevisíveis e os surtos de agressividade dos internos.

Na intenção de fazer um registro fotográfico que demonstrasse sua visão sobre os pacientes, P3 retratou uma fila de pacientes

esperando o atendimento médico, “essa é a fila característica, as grades e o uniforme laranja com o registro que remetem eles a uma unidade prisional, não hospitalar”. Nesse sentido, P12 salienta que “o tempo ocioso do interno atrapalha muito a recuperação deles e a gente. Acho que sei lá, seria bom umas atividades, jogos, competições”. Estimulação, essa é a palavra de ordem que muitos profissionais repetem com o objetivo de melhorar o tratamento de seus internos, seja em atividades ou no ambiente, pois “existe vida após o hospital de custódia! Eles podem casar, podem construir uma família, arrumar um emprego. Isso que a gente tenta passar para eles”.

De acordo com Salles e Barros (2009), a perspectiva de vida dos pacientes após deixar o hospital de custódia é permeada pelo desejo de viver em família, melhorar a qualidade de vida, criar e recriar laços afetivos, trabalhar e tentar manter uma estabilidade na vida convivendo com a doença de maneira controlada. Apesar disso, o medo da exclusão e a perda dos papéis anteriormente construídos em famílias se caracteriza como um desafio. Porém, segundo Perkins e Repper (2003), é fundamental que o sujeito desenvolva sua autoestima e acredite em si mesmo para bem viver essa transição.

Há quase vinte anos na instituição, P5 afirma que constantemente observa os pacientes manifestando frases com teor de baixa autoestima: “eu vejo que eles se sentem mal por além de não conseguir lidar com a doença mental, ainda sentem que dão trabalho para as pessoas que cuidam deles”. O processo de tratamento se torna uma “negociação diária, pois tem que cuidar com o suicídio, com a medicação e até ficar de olho com os mais espertinhos folgando nos mais tolos. A moeda de troca da vez é o suco, três sabonetes por um saquinho de suco!”.

De modo geral, o hospital concentra boas iniciativas de integração social dos seus pacientes através de festas temáticas (natal, páscoa, festa junina, aniversários) com convite aos familiares, além dos alicerces de trabalho na própria instituição (atuando na rouparia, barbearia, manutenção, cozinha, artesanato). Percebeu-se que os diálogos são comumente iniciados com um voto de confiança no interno, por exemplo: “quando eles me pedem para arrumar servicinho (trabalho) para eles eu arrumo, mas eles têm que valorizar, se dedicar. Aí eu observo se estão indo bem. Trabalho é conquista, dedicação!” (P7). Almejar a inclusão social do doente mental para além do tratamento estruturado pela instituição é um grande objetivo, pois na medida em que o paciente se insere em ações de trabalho (até mesmo em funções internas do hospital) o exercício da cidadania e a

reconstrução da própria história passam a ser realizados (Salles & Barros, 2009).

### 6.3.3 Imagem de si

“Pode anotar aí na tua pesquisa para as pessoas saberem, aqui a gente faz papel de pai, mãe, tio, avô. Faz parte né, a gente tenta ajudar, as vezes eles não entendem que o medicamento é bom (...) eles têm que sair daqui, melhorar e sair logo. Ali não é bom” (P7). Para Lopes (2002), quando há um atendimento humanizado, tem-se uma realidade mais observável, atenta e digna perante as necessidades e os conflitos humanos.

Dentre as diferentes funções exercidas no cotidiano de trabalho, também se destacam as ações de sensibilidade e, por outro lado, de truculência dos funcionários para com os pacientes. Com o Diário foi possível observar que, devido à dualidade do lugar, muitos funcionários têm dificuldade em executar o melhor manejo com os internos, na dúvida sobre como se portar e quanto afeto “é permitido sentir”. Para P2, “a maioria dos profissionais aqui trata muito bem os pacientes”, assim como P11, que aproveitou a entrevista para dizer que também poderia ser pensado em: “um lugar para eles guardarem as roupinhas, as sandálias, um lugar que ele pudesse dizer ‘esse espaço é meu’. Mesmo que seja naqueles leitos que eu não gosto, mas é bom ter um espaço que pertence a eles! Um lugar mais humano!”. Em oposição a tais pensamentos, os discursos voltados a uma perspectiva mais ríspida, apesar de serem manifestações percebidas em uma frequência significativamente menor, também existem: “imagina o louco gritando e chutando o dia todo. A gente tenta conter. Se tivesse um sedativo seria melhor. Sendo preso tutelado do Estado tem que tomar essa medicação (sedativo)” (P9).

Talvez um dos grandes desafios do profissional de um hospital de custódia seja transcender toda a simbologia do sistema de segurança, dos muros altos, portas grossas e cadeados (Goffman, 2005). Para, assim, vencer o preconceito, o julgamento, a aversão e o medo, desenvolvendo sua função de forma ética, com respeito à vida e aos direitos da pessoa sem discriminação (Santos, Souza & Santos, 2006).

Ao descrever sua experiência de atuação no hospital de custódia, P1 destaca altos e baixos, diz que: “já tive tantos sentimentos... já gostei muito de vir trabalhar aqui, para mim era uma terapia. Depois passei por um momento de estresse, de depressão e não conseguia colocar os pés aqui dentro. Até hoje com psiquiatra e psicólogo”. Para P12, trata-se,

também, de se acostumar com o fazer: “não é o que eu escolhi pra mim. Mas eu me adaptei, a gente se adapta às coisas”. Contudo, ele ressalta outras variáveis de suma importância, o quadro de profissionais e o suporte social externo:

“O nosso fazer é muito estressante e estamos sempre defasados de agentes. Passa uns vinte para a academia<sup>3</sup>, eles vêm para cá e se ficar um já estamos no lucro. Lá fora tu tem que estar bem respaldado, por família, amigos, grupos. Eu não consigo me desligar sempre. Mas quando eu venho para cá eu tento viver inteiramente aqui. Porque se não, se tu vive somente isso aqui tu entra em paranoia! É difícil. Então tens que se agarrar em alguma coisa. Aí tu tem que trabalhar com o material que tu tem (aponta para a sua cabeça) tu tenta fazer o melhor de ti. A gente nem sempre gosta de tudo que faz, mas o jeito é tentar fazer bem feito”.

Por trás do trabalho específico que fazem os profissionais do hospital de custódia permeia um universo de tensão, P1 define como um ambiente em que “rola muita ansiedade, muita angústia, muito estresse”. Segundo P10: “tem dias, como hoje, que está tranquilo, mas a semana não foi assim. A gente fica estressado, tem pacientes que tu não conhece então tu não sabe a atitude que ele vai ter”.

Como foi mencionado anteriormente, o hospital desenvolve atendimento a toda comunidade estadual que necessite de atendimento psiquiátrico e de exame toxicológico. Para os profissionais entrevistados, principalmente para os agentes que imergem 24 horas em regime de plantão, ter a oportunidade de interagir com pessoas diferentes é um motivo de alegria destacado por P10:

“Eu gosto de tratar bem as pessoas fico feliz com isso, porque as pessoas chegam aqui e não perguntam, maioria é do interior, tímido, não sabem e ficam aí perdidos. Uns dizem ‘ah eu vim fazer um exame’ e acham que exame é tirar sangue. Ali eu posso conviver com pessoas. Pessoas de todo tipo. E isso faz diferença no trabalho da gente. Atender a pessoa bem é

---

<sup>3</sup> Academia de Justiça e Cidadania, onde são treinados os agentes aprovados em concurso público.



gostoso. Quando você é bem atendido você é bem recebido, isso que é bacana. Não custa ser gentil né?! Isso que eu acho que as pessoas fazem comigo e eu gosto. Então o que eu gosto que façam comigo eu gosto de dividir com as pessoas também né?!”.

A maioria das famílias que adentra o hospital com a intenção de receber o atendimento médico vem conduzido por veículos e equipe de suas respectivas prefeituras: “eles vêm de longe, não têm condição de comer. A gente oferece marmita, temos a cozinha da penitenciária, eles almoçam aqui. Só que não tem um lugar adequado para eles comerem né, e a gente fica meio constrangido por isso” (P5). Nesse sentido, P5 também lamenta que o acesso para o hospital é o mesmo, tanto para os visitantes quanto para os agentes prisionais que conduzem presos para realização de consultas médicas e/ou internação provisória: “o estressante para a maioria é ver os presos tratados não como humano por alguns agentes, às vezes vem acorrentado com três, quatro correntes. Mas eu sempre explico: das grades para dentro nós não lidamos assim, não somos assim”. A sociedade, de modo geral, possui apenas um imaginário de como é uma real situação de confinamento, de restrição de liberdade e de exclusão social dentro de um ambiente carcerário. As reflexões sobre tal, contrastadas com a realidade, tendem a explanação de discursos com ‘senso de justiça’, bem como expressões de sensibilidade e comoção com sofrimento humano (Dantas & Chaves, 2007; Diuana et al., 2008).

#### 6.4 TEMA 4: IDENTIDADE DE UM AMBIENTE RESTAURADOR

Para o último tema a ser discutido se enfatizam as pontuais identificações de problemas, assim como as propostas de ideias e sugestões dos entrevistados para implementação de melhorias no hospital de custódia. Este tópico se divide em duas categorias: a primeira expressará elementos passíveis de serem trabalhados em um curto e médio espaço de tempo, e a segunda contempla aspectos para serem estruturados a longo prazo. Importante frisar que as principais fontes de recursos do hospital advêm do Estado e de doações de empresas privadas e entidades filantrópicas. Das parcerias já foram arrecadados diversos materiais, como: pisos, azulejos, academia ao ar livre, cestas de basquete, instrumentos de pintura e reforma, dentre outros.

#### 6.4.1 Adaptações a curto e médio prazo

Como fora mencionado anteriormente, a comunidade estadual, principalmente de cidades do interior, frequenta o hospital de custódia em busca de exames e atendimento psiquiátrico. Para esse público, considerado “visitante” pelos profissionais, pacientes e familiares dos internos, foram pensadas e sugeridas pelos entrevistados algumas ações com vistas a uma integração social e melhor acolhida ao visitante. Pequenas ações já foram, inclusive, implementadas no decorrer da pesquisa, como: o almoço fornecido pela instituição para as pessoas que aguardam atendimento médico e o acesso à cozinha, hoje reformada, para que os visitantes possam se servir de água, café e demais alimentos. Para melhoria a médio prazo, P11 e P5 sugerem que seja investido na melhor estruturação do “setor de informação e comunicação” (nome sugerido por P5), através da contratação de um(a) estagiário(a) que recebesse e orientasse os visitantes, assim como a colocação de cadeiras e mesas para espera e alimentação.

Do modo como foi evidenciada a inclinação em querer bem receber o visitante, os entrevistados também relataram a intenção de melhor investir na integração de pacientes com suas famílias, através das ações e festividades realizadas, comumente, no pátio externo, pois “lá é o lugar das festas, lugar de encontro das famílias, as crianças podem vir ali, é um lugar familiar!” (P11), e no exaltar de tais atividades, P12 reforça que “temos que estruturar mais ações para que a família não abandone o paciente, que queira vê-lo, e num lugar assim aberto, bonito, acho que é bom né?!”. Além disso, há os que almejam projetos para além do hospital com o mesmo objetivo de integração, P1 expressa que: “acharia ótimo se o agente levasse o paciente junto com a família num shopping dar uma volta, levar o cara a um restaurante, para voltar a integrá-lo na sociedade, ver como está a vida lá fora”.

Quanto ao ambiente em si, estrutura física e aspectos relacionados à qualidade de vida, P4 sugere: “poderíamos tentar que alguma empresa doe tinta, de todas as cores, poderíamos pintar todas as paredes de cor clara e flores, fazer jardins, que tenha vida, que humanize!”. Em consonância com tal perspectiva, P3 propõe que “também se coloque um aparelho de som nos pátios, eles poderiam se expressar melhor com a música, quem sabe até dançar”. Quanto aos lugares não apreciados, eles também foram lembrados e surgiram boas ideias para melhorá-los, como a de P10: “eu disponibilizaria jogos, como dominó, xadrez, algo para passar o tempo. Se não, não resolve. Eles ficam num espaço tão restrito que eles não têm nem como

caminhar (pátio)”. Além disso, P5 sugeriu uma mudança nos acessos estreitos, como o corredor para o pátio externo: “se eu pudesse mudar eu começaria tirando aquela grade de cima, e deixando apenas grades nas portas, também seria legal o pessoal do grafite (grafiteiros voluntários que atuam no hospital) desenhar nas paredes né?!”.

As cores e sua influência no ambiente, enaltecem a potencialidade de modificá-lo, de animá-lo e transformá-lo em um lugar mais prazeroso. As recentes mudanças ocorridas no *design* de hospitais ao redor do mundo tendem a oferecer mais qualidade de vida e melhor perspectiva de recuperação (Marcus & Sachs, 2013). Para tanto, as cores tornam-se aliadas desse processo com vistas ao bem-estar de todos os usuários do espaço. Porém, é preciso ter cuidado nas escolhas para que a comunicação de sensações seja permeada por aspectos que fomentem o bem-estar, algumas cores atraem, outras repelem, outras são difíceis de serem percebidas para pessoas com determinadas patologias (Cunha, 2004). “Eu mudaria muita coisa na estética do hospital, mas pensando na qualidade de vida, em visualizar outras coisas além dessa perspectiva hostil. Eu botaria flores muitas flores, muitas cores, muita natureza!” (P2).

No Hospital de Clínicas da UNICAMP foi desenvolvida uma pesquisa junto ao projeto “Janelas para o centro cirúrgico”, implementado a partir da dissertação de mestrado de uma das enfermeiras da instituição, Alessandra Roscani. Nesse projeto, quadros com imagens de natureza estão dispostos nas paredes do hospital. Segundo Roscani e Guirardello (2010), essa modalidade de intervenção se destina, principalmente às situações que envolvem o cuidado ao paciente e familiares que se encontram sob efeitos de estresse, demandando grande atenção para tal momento. Para Kaplan (1995), a exposição a esses processos podem sobrepor à capacidade da pessoa de direcionar atenção, culminando em fadiga de atenção, redução da concentração, irritabilidade, intolerância e redução do desempenho nas atividades cotidianas. Nesse sentido, P7 reforça a importância que percebe sobre os espaços verdes, ressaltando as limitações por conta da segurança do local: “acho que a gente poderia ter mais hortas pelo hospital [...] mexer com terra é muito bom [...] aqui não podem entrar muitos materiais, pode ser perigoso, então pinturas e desenhos nas paredes seria como ‘alegrar’ o ambiente”. Para Felipe (2015), a forma como percebemos e reconhecemos a importância do ambiente, com base no modo como as pessoas interagem com seus entornos, age diretamente no mecanismo de restauração do estresse, promovendo oportunidades para que o processo de restauração se desenvolva.

Figura 14 - Projeto “Janelas para o centro cirúrgico”, sala de espera.



Fonte: Hospital de Clínicas UNICAMP

Por fim, o último aspecto a ser discutido se refere à segurança. A compreensão sobre o que é seguro, como os usuários do hospital percebem tal proteção, em quais locais a segurança se sobressai e em quais lugares ela carece de melhorias. Para P6, “o lugar que mais me sinto segura é na minha sala de atendimento”, assim como P2, que reforça: “no pátio interno eu nunca fui, nem sei se quero, lá eu só entraria acompanhada de um agente, tenho medo”. Contudo, segundo P9 “o prédio inteiro é seguro, as deficiências eram as janelas nas salas de atendimento, mas elas já foram gradeadas”. Como sugestão de adaptação, P8 acredita que o único investimento necessário no momento é em relação à ala de tratamento: “já tentamos de tudo, é difícil saber o que fazer no atendimento aos detentos que vêm de outras unidades, eles batem demais, exigem uma vigilância constante da segurança e da enfermagem. Então isso é estressante!”. Talvez esse seja o único ponto que ainda careça de ideias para ações a curto e médio prazo. A princípio, a estratégia é preparar os profissionais para padronizar o tratamento com os internos, “porque se tu erra na abordagem, se tu grita quando era para dar ‘um ombro amigo’, ah ali eles enlouquecem e berram cada vez mais, só para incomodar, tem uns que agem por maldade mesmo” (P7). As vivências cotidianas de profissionais que atuam em ambientes complexos como o hospital de custódia, requerem investimento psicológico, formação e aprimoramento constante. Além da preparação

para reagir frente a ações como rebelião, motim, surto ou fuga, o trabalhador requer cuidados específicos. É preciso atentar para a saúde física e mental dos funcionários (Lopes, 2002).

#### **6.4.2 Propostas para implementação a longo prazo**

De todos os profissionais do hospital de custódia, destaca-se a grande maioria na função de agente de segurança. Para esse cargo, o concurso que os qualificou para o trabalho exigiu, em termos de escolaridade, um curso superior em qualquer área. O que se nota, são funcionários de distintas formações (contabilidade, recursos humanos, sistemas de informação, entre outras) exercendo tais atribuições. Na prática, os entrevistados relataram que essa diversidade nem sempre é benéfica, para P5: “alguns agentes não têm perfil para trabalhar aqui, uma pessoa formada, por exemplo, em engenharia não seria o ideal para o posto de agente”. Nesse sentido, P10, visualiza-se como “um agente de saúde. Sim, de saúde, porque se você vê só o lado da segurança tu tem que estar lá pra cima (penitenciária)”.

Segundo o Departamento de Administração Prisional<sup>4</sup> (DEAP) de Santa Catarina, na atribuição de suas funções, o agente penitenciário deve custodiar os reclusos e contribuir para sua reinserção social. Apesar de enquadrados no contexto da Secretaria de Justiça e Cidadania, alguns funcionários do hospital de custódia desenvolveram ideias distintas de como acreditam ser o perfil mais adequado para o trabalho de agente no hospital de custódia. Diferentemente do atual modelo, P5 sugere que o hospital e seus funcionários sejam vinculado à saúde: “deveria existir um pessoal profissional, específico da função para dar o tratamento mais adequado ao paciente, concursado como ‘agente prisional hospitalar’, um nome que eu idealizei, e aí sim, que essas grades poderiam ser tiradas” (P5).

Ao imergir no contexto do hospital de custódia, pode-se dizer que “facilmente perdemos a noção do tempo, de que há um mundo ‘lá fora’, e até do clima, às vezes chove e eu nem vejo (P11)”. Os altos muros, paredes grossas, poucos espaços de visualização externa, pintura escura, “se está tudo fechado, parece que é sempre de noite, e isso que só trabalho durante o dia (P6)”. Para P8, um dos principais problemas do hospital, se não o principal, é estar dentro do complexo prisional, pois

---

<sup>4</sup> Departamento responsável pela administração do hospital de custódia e demais unidades do sistema prisional. Presta contas à Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania. Organograma no *site*: [sjc.sc.gov.br](http://sjc.sc.gov.br)

“não tem mais pra onde expandir, deveríamos estar num local aberto onde o paciente pudesse circular, interagir com a comunidade, com o comércio, para que ele não institucionalize. Assim, no meio do complexo não dá para liberar eles”. A idealização de um bom lugar é descrita pelo entrevistado como: “um lugar bem amplo que tivesse uns jardins, espaço livre com ar puro, com bastante vegetação, bastante arvoredo. Eles poderiam trabalhar na terra, com plantação, essas coisas contribuem muito com a socialização e tratamento” (P8). Sobre isso, P2 corrobora, mas ressalta: “acho que se não mudar a lógica da institucionalização não faria muita diferença não, encarceramento e passividade não cura ninguém”.

Em relação à “lógica da institucionalização” mencionada por P2, tem-se em Goiás um bom exemplo para reforçar o coro de que é possível modificar, pouco a pouco, o sistema de permanência perpétua em hospitais de custódia. No ano de 2006, a Promotoria de Justiça da

Execução Penal de Goiânia elaborou, em parceria com as Secretarias de Saúde e de Justiça, o PAILI - Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator<sup>5</sup>. Em síntese, o PAILI supervisiona o tratamento dispensado ao paciente na rede de atenção em saúde mental, atua de maneira integrada e atinge todas as instâncias de atendimento da rede ao doente mental com o objetivo de desburocratizar e simplificar o acesso à Justiça (Silva, 2013). Na Cartilha sobre o Programa, Silva (2013) trata do principal norteador desse serviço, que é extinguir as longas, repetidas e duradouras internações, comumente caracterizadas pela perpétua privação de liberdade do paciente que, isolado socialmente, acaba se institucionalizando.

Além da mudança física da instituição com vistas a uma melhor integração com a sociedade, também há de se destacar a importância de se investir nos profissionais, para P11 “seria mais ou menos assim: cuidando do cuidador”. De acordo com P1, “o profissional daqui vive dois momentos, o interno e o externo. Então deveria haver alguma coisa para prevenir esse estresse. Com atendimento, com sugestões, para prevenção! Não só atingir quando a pessoa está estressada”. Acerca dessas possíveis intervenções, P4 sugere algumas modalidades de tratamento possíveis de implementação, não apenas para os profissionais, mas para os pacientes também, como: “acupuntura, reiki eu acho muito importante, coisas terapêuticas mesmo. Nesse sentido o

---

<sup>5</sup> Para acessar a Cartilha do Programa, acessar o site: <http://www.crpsp.org.br/interjustica/pdfs/outros/cartilha-PAILI-3-edicao-atualizada-2013.pdf>

funcionário também poderia relaxar um pouco”. Assim como P11, que sugere “um psicólogo especializado em saúde mental que trabalhasse com os profissionais, com os grupos, para dar suporte. Precisamos de suporte emocional. Muitas vezes a gente não dá conta disso, muitas vezes tu descarrega no outro aquele estresse”.

Segundo Lopes (2002), as influências do trabalho sobre a saúde do trabalhador é assunto antigo, ao longo do tempo muito se evoluiu em áreas como: Ergonomia, Psicologia e Medicina, para melhor compreender a relação saúde-trabalho. A autora ainda ressalta que, o sistema prisional é um dos setores que se destacam no que condiz ao impacto e sofrimento psicológico para o trabalhador. A pressão, o contexto hostil e a tomada de decisão são fontes disparadores de estresse, principalmente para os agentes de segurança, visto que são os mais próximos dos internos (Santos et al., 2010).

De modo geral, muitas sugestões foram propostas para a melhoria da instituição a fim de torná-la um ambiente restaurador do estresse. Citada por cinco dos entrevistados, uma sala multiuso foi, inclusive, descrita em detalhes sobre como deveria ser e qual utilidade teria: “seria uma sala tipo biblioteca, vamos dizer que seria uma sala cultural, teria uns pufes jogados, estantes com caixa de feira, tapete e cestas feitas por eles mesmos (nas oficinas de artesanato), uma televisão para ver uns filmes, música” (P1). Ademais, a proposta de um espaço como esse foi enaltecida por sua diversificada possibilidade de uso, pois “poderia ser um lugar para os funcionários confraternizarem, descansarem nos plantões” (P7), ou “um espaço que os pacientes pudessem ser estimulados e tratados para melhorar as habilidades de interação” (P5), ou, quem sabe, “seria um bom lugar para fazer os grupos interventivos” (P2).

Outras mudanças propostas versaram sobre: a) uma cobertura para a quadra de esportes no pátio externo para que ela possa ser utilizada em dias de chuva; b) realização dos atendimentos médicos aos visitantes que poderiam ser alojados na parte externa às grades; c) uma divisão dos pacientes e alojamento exclusivo para idosos e internos da alta progressiva (prestes a deixar o hospital); d) reformas nos banheiros e enfermarias; e) construção de um posto de enfermagem no setor 3; f) construção de um posto da segurança no setor 1, com uso de tecnologia de proteção e computador; g) investimento na ala de tratamento, foram citadas alternativas para isolamento do som e barulho para portas e camas; h) divulgação das ações realizadas no hospital a fim de informar à comunidade e desmistificar a visão isolada e, por vezes, preconceituosa sobre a instituição.

## 6.5 RECOMENDAÇÕES

### 6.5.1 Psicologia ambiental aplicada em hospital de custódia

A estruturação desta pesquisa partiu do pressuposto de que o planejamento de um ambiente e suas características arquitetônicas podem contribuir tanto para a promoção de saúde e bem-estar, como, por outro lado, serem fontes geradoras de estresse. Desse modo, a Psicologia Ambiental atua de modo aplicado à problemática e em interface com outras áreas do saber, como a Arquitetura, a fim de fomentar a construção do conhecimento dos estudos pessoa-ambiente.

Segundo Elali (2010, p. 01), “cada local possui uma ambiência própria que o caracteriza”, desse modo, os elementos constituintes do lugar, além dos aspectos físicos, culturais, sociais, definem sua identidade e influenciam o comportamento das pessoas. Os conhecimentos da PA aplicados com vistas à qualidade ambiental permitem consequências positivas à qualidade de vida dos usuários dos ambientes (Wiesenfeld, 2005). E, exatamente sobre a aplicabilidade da Psicologia Ambiental é que se destina essa seção, a ser descrita através de estratégias que possam ser subsídios para reforçar a importância de se efetivar as políticas públicas direcionada à melhoria das condições de saúde, bem-estar e qualidade de vida no ambiente de custódia hospitalar.

Na intenção de se propor estratégias a fim de recriar o ambiente e torná-lo restaurador, algumas características e elementos do hospital de custódia carecem ser revistos. O destaque dos aspectos que demandam atenção passa, principalmente, pelos seguintes tópicos:

**1. Implementação de espaços verdes.** Para Ulrich (1999), as pessoas são predispostas a reagir positiva, imediata e velozmente aos ambientes naturais, visando alcançar a necessária recuperação do estresse, pois a configuração natural de espaços verdes favorece a restauração. Outro possível alicerce a esse ponto é a virtualidade, mencionada anteriormente, que permite a visualização de imagens de natureza através de desenhos, fotos, pinturas, dentre outras formas de acesso ao potencial conteúdo restaurador.

**2. Promoção de atividades de integração dos pacientes e profissionais com a natureza.** A prática de atividade em espaços externos estimula todos os sentidos sensoriais do ser humano através do contato com a natureza. Na literatura, Marcus e Sachs (2013), denominam, para tais ações, o conceito de imersão e emersão revigorada.



**3. Ampliação dos espaços de circulação dos internos dentro do complexo prisional e entorno.** A limitação física decorrente do local onde se localiza o hospital é um fator negativo, de fato, pois os contatos sociais dos paciente e profissionais com a comunidade seria de grande valia para a qualidade de vida dos usuários. Para Felippe (2015), a interação social atua como distração positiva e como suporte social, além disso, promove afeto positivo e desfavorece a reflexão sobre fatores e pensamentos estressantes.

**4. Aumento do efetivo e estruturação do perfil de profissional da equipe de segurança.** Segundo Santos, Souza e Santos (2006), as atitudes dos profissionais frente ao ‘louco-infrator’ dependem de como o funcionário percebe e define esse paciente sob seus cuidados. Os agentes, que constantemente vivenciam a defasagem profissional, percebem, segundo Dantas e Chaves (2007), falhas no modelo de custódia hospitalar, ao passo que a imprevisibilidade dos pacientes aumenta a tensão e estresse dos mesmos.

**5. Promover ações de reforço ao contexto de saúde com vistas à deslocação do HCTP da esfera jurídica, evitando a dualidade.** O HCTP, em sua essência, é ambivalente e ambíguo, já que não agrupa apenas características hospitalares ou prisionais. Essa dualidade tenciona, estressa e torna, em grande parte, precária a relação entre trabalho e o processo saúde-doença (Santos et al., 2010).

**6. Planejamento do design arquitetônico do ambiente eliminando a estruturação de espaços de contenção física e reafirmação do cárcere.** Embora se trate de um “espaço necessário”, haja vista o sistema de saúde e jurídico nacional, o hospital de custódia possui estruturação de prisão, com grades, cadeados, portas grossas, dentre outros elementos. Para Lima (2005), existem muitos equívocos na configuração de um espaço prisional, porém, ela ressalta que para melhoria de tais aspectos é necessário ampliar o número de pesquisas e interesse dos administradores públicos em investir nesses espaços construídos.

**7. Promoção de estética através da inserção de cores claras, coloridas, renovação de mobiliário e de recursos tecnológicos.** Cada estímulo visual tem suas características próprias, assim como a percepção visual é diferente para cada pessoa. A implementação de cores no ambiente hospitalar deve ser considerada um grande avanço, as oportunidades de melhora na qualidade de vida e perspectiva de recuperação são inúmeras. Os investimentos em modernização favorecem, inclusive, na motivação para habitar o lugar (Cunha, 2004).

**8. Modernização da estrutura física da ala de tratamento de presos externos ao hospital.** Observou-se que a ala de tratamento é um espaço permeado pelo julgamento, um lugar onde é mais difícil diferenciar quando é tratamento e quando é custódia prisional. Para oferecer um atendimento de qualidade, utilizar de tecnologias para a solucionar a problemática do barulho, melhorar o ambiente de cuidado (leito e pátio) e as condições de trabalho dos profissionais é necessário ocorrer empatia (Baggio, 2006; Mielke et al., 2009). Nesse sentido, a percepção de que existem “os nossos pacientes e os deles (presos da ala de tratamento) (P1; P8)” não agrega a esse processo, haja vista a grande dificuldade de mudar a localização do hospital (o que seria ideal e resolveria tal problemática).

**9. Promoção de ações junto a comunidade em reforço à aplicação da Reforma Psiquiátrica na instituição.** Mesmo com o advento da Reforma Psiquiátrica, a situação dos hospitais de custódia ainda é incerta. O que se percebe nos discursos dos profissionais atuantes no reduto da saúde mental é a torcida para que haja atenção para o “louco infrator” e seus cuidadores (profissionais dos hospitais de custódia), o apelo versa pela atenção dos gestores e por política pública direcionada (Dantas & Chaves, 2007).

**10. Modernização dos banheiros, enfermarias e leitos através de reestruturação do material utilizado nas reformas.** Permeia-se nesse tópico o caso da enfermaria G, por exemplo, que apesar de ampla, abriga doze pacientes; assim como as altas e gradeadas janelas que não dão suporte para a plena circulação de ar, suscitando mofo e aspectos que prejudicam a higiene do local.

**11. Implementação de espaços para atividades culturais e de integração, para profissionais e pacientes.** Em consonância aos itens 1 e 2, este tópico se destina a uma carência direcionada a todos os usuários do espaço. A inexistência de um espaço para atividades culturais, de leitura, integração entre profissionais e pacientes, reflete-se na constante verbalização sobre a falta de atividade para o paciente, o que acarreta em mais trabalho e atenção do profissional para oportunizar interação em um espaço não planejado para tal.

**12. Replanejamento das janelas e demais aberturas para o contexto externo.** No HCTP as janelas são, de modo geral, muito altas, impedem a visualização do exterior e dificultam a iluminação natural. No clássico estudo de Ulrich (1984) sobre os efeitos da visão da natureza através das janelas, constatou-se que a mera visualização de tais aspectos naturais contribuiu significativamente para a recuperação dos pacientes (internos pós-cirúrgicos), na menor dosagem de

medicação, na diminuição de comentários negativos dos enfermeiros e menores complicações de saúde.

**14. Organizar um planejamento a longo prazo das intervenções arquitetônicas carentes.** As adaptações na antiga construção do hospital são frequentes e, geralmente, realizadas de forma improvisada, sem planejamento prévio. O espaço arquitetônico carcerário é restrito, não há liberdade de movimento, é preciso pensar o espaço para além da mera ocupação física de um ser humano, a afetividade infere, e muito, na relação pessoa-ambiente (Lima, 2005).

**15. Estruturação de setor para efetuar a captação de recursos com a rede pública e privada.** A falta de recursos públicas é uma realidade conhecida no reduto nacional. Em meio a tais dificuldades, ressaltam-se os benéficos diálogos e parcerias com setores privados para agregar melhorias à instituição. Porém, a responsabilidade sobre os recursos e tratamento para o hospital de custódia são de incumbência do Estado, e é sobre essa demanda que esse tópico se destina.

**16. Desalojar o HCTP do complexo prisional.** Ainda que utópico, estar imerso no complexo é um fator que multiplica em muitas vezes a impossibilidade de expansão, a dificuldade de recriação no ambiente, a dificuldade de contato e interação social com o mundo externo, a necessidade de prover respaldo médico e de custódia aos presos de outras unidades prisionais (ala de tratamento), bem como a periculosidade (devido ao intenso fluxo de pessoas e veículos no complexo) que impede o livre acesso de muitos internos (os que tem condição psicológica e autonomia) do hospital de custódia para além dos muros e grades do prédio.

Com base nos pressupostos teóricos que amparam a estruturação desta pesquisa foram dispostos, acima, os elementos em que se observou a necessidade de investimento. Talvez, a maior dificuldade em prover tais estratégias de melhorias seja o direcionamento do hospital de custódia para a Secretaria de Justiça e Cidadania. Ainda que, apesar de tal limitação, muitos dos quesitos mencionados podem ser reavaliados para implementação a curto, médio e longo prazo. No seu cotidiano, o hospital investe em inúmeras tentativas de obtenção de patrocínios, doações e parcerias com o setor privado. Nesse sentido, tem-se nesse fator um motivador para se repensar o modo de lograr êxito nas mudanças propostas, para além das burocráticas esperas do setor público. Além disso, existe um grupo de homens internos da penitenciária que atua perante as demandas de obras e demais aspectos da construção civil. Esses trabalhadores que já realizaram a reforma das quadras do pátio externo, poderiam, novamente, ser mão de obra

qualificada e aplicada ao hospital de custódia. Importante destacar, que todos os homens desse grupo recebem, via pecúlio (espécie de caixa/poupança prisional) e na redução da pena, sua remuneração pelos serviços.

Uma interessante iniciativa, que está em desenvolvimento no hospital desde o segundo semestre de 2016, trata da implantação, em parceria com uma empresa de coleta de resíduos e saneamento ambiental da região, do projeto de reciclagem e reuso do lixo gerado pela instituição. Com auxílio da planta baixa arquitetônica, elaborada pelo LAPAM, a organização do projeto realizará a distribuição dos pontos de coleta. Essa, que seria uma sugestão de melhoria, apontada pela pesquisadora, já está em implementação, destacando, também, a intenção dos gestores do hospital de custódia de melhorar o ambiente.

Por fim, salienta-se, corroborando com o tópico “D” (descrito acima), a importância do investimento institucional para com a formação e capacitação periódica dos profissionais do hospital de custódia. No roteiro de entrevista, os participantes foram questionados (item nº 19) sobre o processo formativo para atuar naquele contexto. Todos os respondentes citaram a relevância de se estudar temáticas reais, atuais e aplicadas à saúde mental, à dualidade do campo de trabalho, às burocracias inerentes ao processo judicial dos pacientes e à reforma psiquiátrica. Percebeu-se, ainda, que as frases completadas a partir do enunciado “para trabalhar aqui no hospital de custódia têm que ser/ter ...” (item nº 20) versavam, de modo geral, acerca de aspectos inerentes à capacitação e ao perfil do profissional. Portanto, resume-se tal problemática com a própria solução apontada pelos entrevistados, que disseram que “para trabalhar no hospital de custódia tem que ter paciência, amor e perseverança (P2)”, assim como “tem que ser humano, não dá para levar para o lado pessoal, tem que ter humanidade (P4)”.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“O ambiente foi modificado para ser mais agradável, mais humanizado, mudar o ambiente, muda o comportamento das pessoas!” (P11)

O objetivo desta pesquisa foi analisar os aspectos físicos e psicológicos de um hospital de custódia que interferem nas condições de bem-estar de seus usuários. Desta pretensão maior, foram estabelecidos alguns tópicos norteadores, que também deveriam ser alcançados, para fomentar a discussão dos resultados encontrados. Desse modo, as considerações finais foram divididas em partes, a primeira delas aborda reflexões teóricas perante a gama de resultados, impressões sobre o processo de discussão e de aplicação científica e prática. Na sequência, a segunda parte diz respeito aos aspectos metodológicos, aos obstáculos e as percepções suscitadas em campo.

Nesta dissertação houve a prerrogativa de que para se chegar à estruturação de um ambiente restaurador é preciso, primeiramente, realizar uma aprofundada avaliação do lugar investigado e das relações nele desenvolvidas. Além disso, destaca-se a futura interlocução com a esfera social aplicada, através da indicação de estratégias que subsidiem políticas públicas direcionadas à melhor condição de saúde e qualidade de vida no ambiente de custódia hospitalar.

De acordo com a revisão sistemática da literatura foi possível observar que nenhum estudo referente a ambientes restauradores em hospital de custódia foi encontrado, tampouco em contexto unicamente prisional ou psiquiátrico. A importância de promover o uso de tecnologias e instalações na área da saúde são fatores enfatizados por Ulrich (2001) há muito tempo, corroborado por Marcus e Sachs (2013), que preconizam a relevância de se investir em elementos terapêuticos em hospitais e demais unidades de internação, como: jardins e hortas. Como resultado da implicação de diversos pesquisadores ao redor do mundo, atualmente a pesquisa e aplicação do conceito de ambientes restauradores já é uma realidade. Caracterizado por ser um fator que redimensiona a ênfase funcional dos lugares, a capacidade restauradora dos ambientes também pode fomentar a desmistificação da perspectiva institucional e reducionista dos contextos (como: doença, internação, prisão, etc).

Segundo Kaplan e Kaplan (2009, p. 329), “talvez a psicologia ambiental não possa contribuir para todos os problemas urgentes que o

mundo hoje enfrenta, mas tem o potencial de oferecer *insights* vitais sobre muitos deles”. A referência dos autores, criadores da Teoria de Restauração da Atenção, versa sobre uma perspectiva similar ao que foi notado na revisão de literatura, pois em muitos estudos se pôde observar a variedade de campos de pesquisa e áreas em que a Psicologia Ambiental atua e dialoga. Dentre as ciências que partilharam o investimento em ambientes restauradores, destacam-se a Arquitetura, as Engenharias, o Paisagismo, as Ciências Sociais, as Ciências Econômicas e Administrativas, entre outras. Assim como os contextos de pesquisa explorados, que permearam desde o reduto educacional, florestal, centros urbanos, unidades de saúde, espaços organizacionais, e muitos mais. A amplitude e potencial dos estudos pessoa-ambiente é imensa, e o foco é, basicamente, o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas com o meio ambiente.

As investigações empíricas até o momento confirmam que a relação que as pessoas estabelecem com o ambiente social e físico hospitalar pode trazer consequências de valência positiva ou negativa para a saúde dos seus usuários (Felippe, 2015). A variação sobre os efeitos de tal influência condiz com as mensagens comunicadas pelo ambiente, como ele se estrutura, se os componentes do lugar favorecem o bem-estar ou se fomentam o desenvolvimento do estresse. O impacto da natureza sobre o funcionamento físico e mental das pessoas reforça a importância de se aprimorar os estudos das relações pessoa-ambiente em busca de bem-estar.

O número de pesquisas voltadas para a compreensão dos estudos pessoa-ambiente e a relação com o bem-estar deriva, na grande maioria, do reduto internacional. Desse âmbito, surgiu o termo *restorative environment* (ambiente restaurador) vinculado aos achados científicos da psicologia ambiental e ampliado, principalmente, por Rachel e Stephen Kaplan e Roger Ulrich (Kaplan & Kaplan, 1989; Kaplan, 1995; Ulrich, 1984). De acordo com Gressler (2014), enquanto os estudos de Kaplan e Kaplan se direcionam aos elementos relativos à fadiga de atenção, Ulrich aborda em seus estudos o bem-estar humano e a relação positiva com os ambientes naturais (reais ou simulados), amparado por pesquisas relacionadas aos temas *landscape therapy*, *horticulture therapy*, *therapeutic gardening* ou *healing garden*.

Conforme mencionado nas seções iniciais, o enfoque dessa pesquisa se deu na Teoria Psicoevolucionista. Destaca-se o ser humano e sua possibilidade de contato (direto ou indireto) com elementos naturais. Enquanto objetos de pesquisa para a criação de ambientes restauradores, destacam-se os ambientes e paisagens naturais, bem como

as plantas, a água, a vegetação, as hortas e os jardins (Van Den Berg, Hartig & Staats, 2007). Porém, importante ressaltar que não se trata apenas da inclusão de elementos naturais para se ter, então, um ambiente restaurador. Nesse sentido, outros aspectos que podem estar envolvidos nessa relação podem ser observados em pesquisas sobre os benefícios da natureza: a luz do dia, o ar fresco e a quietude como a de Van Den Berg (2005); assim como Joseph (2006), que investigou os efeitos da luz; além de Hignett e Lu (2010) e Huisman e Morales (2012) que averiguaram o efeito do conforto térmico.

A crença de que as plantas e os jardins são benéficos para os usuários em ambientes de saúde faz parte da cultura milenar dos povos asiáticos e ocidentais (Ulrich & Parsons, 1992). Segundo Ulrich (2001), o estresse e os fatores psicossociais associados ao processo de hospitalização e à doença propriamente dita, podem afetar significativamente a saúde dos pacientes internados. Para tanto, o autor reforça a importância de dar alta prioridade para as necessidades psicológicas e emocionais dos usuários, juntamente com as tradicionais preocupações de uma instituição de saúde.

No que tange, especialmente, à influência do ambiente hospitalar (lugar construído) sobre o estresse dos usuários, Ulrich et al (2008) salientam as seguintes variáveis a serem investigadas para futuro investimento, são elas: a redução de ruído e a exposição à natureza. Nos achados dessa pesquisa que versaram acerca dos fatores que favoreciam o desenvolvimento do estresse, e que, por consequência, geravam efeitos estressores, destacou-se a ala de tratamento. Sobre esse lugar, os entrevistados elencaram o barulho gerado pelos internos do local como uma das principais fontes de estresse. Por outro lado, em menção sobre os aspectos benéficos aos usuários, a lembrança dos únicos espaços abertos e com potenciais contatos com a natureza foram os mais recorrentes nas verbalizações dos participantes, reforçando as variáveis sugeridas pelos autores.

Em um estudo conduzido por Eisen, Ulrich, Shepley, Varni e Sherman (2008), os pesquisadores constataram que os efeitos da arte, através de quadros realistas com cenas da natureza, diminuíram os níveis de estresse dos pacientes em cuidados de saúde pediátrica. Nesse sentido, optou-se, então, por contextualizar a teoria com exemplos práticos, reais, nacionais e internacionais que realizaram investimentos na qualidade ambiental, primando pelas potenciais reações afetivas que um ambiente restaurador pode promover. Assim como no caso citado por Eisen et al (2008), no Brasil, o Hospital Federal dos Servidores do Estado (HFSE) e o Instituto Desiderata firmaram uma parceria com o

setor de Oncohematologia Pediátrica para humanizar a sala de quimioterapia. O projeto, denominado “Aquário carioca” (Figura 18) tomou corpo e se estruturou num ambiente construído, explorando as características arquitetônicas e à acessibilidade dos usuários, as crianças.

Figura 15 - Projeto “Aquário carioca”, setor de quimioterapia.



Fonte: Curumim – Associação de combate ao câncer infantil

O investimento em jardins terapêuticos e outras modalidades de se (re)pensar o espaço não se restringe ao público infantil e aos hospitais gerais. As modificações são principalmente importantes em situações de longa permanência, como asilos, prisões e hospitais psiquiátricos. Desse modo, e em referência à temática desta dissertação, tem-se o exemplo da Universidade de Carleton (Canadá), onde foi investido na criação de horta e de jardim terapêutico em hospitais gerais e alas psiquiátricas, com base nos potenciais benefícios físicos, mentais e sociais decorrentes do contato com a natureza (Newsroom Carleton, 2016). Além disso, tem-se o exemplo da Noruega, mais precisamente na *Halden Prison* (Prisão de Halden). Nesse ambiente penitenciário, o foco da reabilitação se concentra em um tratamento humano através da ideia de que a vida na prisão deve ser o mais próximo possível da realidade. Trata-se de um ambiente planejado de acordo com o conceito de biofilia, os prédios são compostos por variadas condições espaciais, infiltração de luz natural, materiais e padrões que evocam o mundo natural, vista para o exterior através das janelas, e oportunidades para o contato direto com a natureza



através da floresta, que cerca a instituição e conta com muitas árvores frutíferas. A filosofia empregada com o design biofílico visa promover a saúde psicológica dos presos e dos funcionários, reduzir o estresse, melhorar o funcionamento cognitivo e melhorar o humor (Benko, 2015; Vinnitskaya, 2011).

Figura 16 - Carleton University (à esquerda). Halden Prison (à direita).



Fonte: foto 1 – Newsroom Carleton. Foto 2 – Terrapin Bright Garden.

O conceito de biofilia está empregado em outras unidades prisionais, além da Prisão de Halden, inclusive nos Estados Unidos da América (EUA). Desde os anos 1990, os programas denominados “*green rehabilitation*” (reabilitação verde) foram criando corpo nos EUA. O objetivo do programa é que os presos se envolvam com a natureza através de atividades como jardinagem, cuidados com os animais e monitoramento ecológico. No país, algumas instituições já obtiveram sucesso com essas inovações, como os seguintes projetos: Washington State’s Sustainability in Prisons Project, San Francisco’s Garden Project, Ohio’s Sandusky County Jail Gardening program, California State’s Insight Garden Program in San Quentin, and New York City’s GreenHouse program on Rikers Island. O intuito dessas modificações no sistema prisional é mudar a estrutura social dentro das prisões, reduzindo o estresse e angústia mental, além de incentivar o trabalho em equipe (Van Der Linden, 2015).

De acordo com Marcus e Barnes (1999), para se pensar em um ambiente restaurador em instituições de saúde e/ou justiça, com base no conceito de biofilia, é preciso atentar para alguns conceitos chaves para o desenvolvimento de um projeto, pois a utilização de espaços abertos de socialização é um alicerce fundamental para a cura/tratamento dos usuários. Marcus e Sachs (2013) ressaltam, ainda, que o jardim terapêutico, se bem estruturado, exerce um papel socializador determinante no tratamento de pessoas com doenças mentais. Para o planejamento de tais instituições, destacam-se os seguintes conceitos chaves a serem observados e implementados ao projeto: lugar que

oportunize realizar atividades físicas, contato direto e indireto com a natureza, conforto fisiológico (considerar as especificidades dos internos quanto a doenças, alergias, restrições médicas), ambiente familiar (confortável), design positivo (sem estimular experiências ambíguas), além da utilização de atributos culturais, de caráter doméstico, com “cara de casa” (Marcus & Sachs, 2013).

De modo geral, ressalta-se o acesso a distrações positivas e a eliminação das fontes de distração negativas. Estímulos que atraem o interesse do observador eliciando emoções positivas distraem os pensamentos do sujeito acerca de preocupações, de questões relacionadas ao estresse e mal-estar físico. Por outro lado, quando ocorrem estímulos negativos, indesejáveis e estressantes, o enfrentamento da doença é desfavorecido por distrações não suportivas (Ulrich et al., 1991). O uso de obras de arte abstratas, plantas de espécie “nocivas”, ausência de lugares com privacidade e espaços com intensa incidência solar são aspectos que podem contribuir com o desenvolvimento do estresse, uma vez que cada paciente apresenta específicas restrições, o que pode culminar em grandes dificuldades de perceber o espaço (Ulrich, 1999; Marcus & Sachs, 2013). Com elementos, como os preconizados pela Teoria do Design de Suporte, espera-se que o planejamento de espaços promotores do bem-estar ofereça situações cujos efeitos possam ser positivos a pacientes, familiares e profissionais.

Por fim, considera-se importante mencionar as especificidades dos resultados colhidos a partir da metodologia proposta. A interlocução entre a técnica de fotografia do ambiente (Higuchi & Kuhnen, 2008) e a entrevista semiestruturada se mostraram essenciais para que os alicerces entre teoria e prática, pretendidos pela pesquisadora, tivessem êxito na sua execução. A teoria de ambientes restauradores proposta por Ulrich menciona, na maioria das publicações científicas, a interface com técnicas visuais, como o uso de slides, quadros, ambientes simulados e a própria fotografia. Além de “dar vida” às verbalizações dos participantes, a fotografia registrou e explanou, na presente dissertação, a linguagem não verbal expressa pelos entrevistados. Ademais, faz-se o adendo às preciosas informações colhidas em meio ao levantamento de características e alterações do ambiente físico. Compreender, juntamente com um profissional da Arquitetura e Urbanismo, o universo das medidas arquitetônicas, o planejamento dos ambientes, bem como as limitações físicas de cada espaço. Ousa-se, ainda, dizer que esse diálogo entre áreas permitiu a pesquisadora “despir-se” da Psicologia por alguns instantes, a fez perceber subjetividades antes não observadas. Ao fim,

destaca-se o livre acesso garantido pela e na instituição que possibilitou percorrer e dialogar com muitos funcionários e internos do hospital de custódia, ricas informações foram anotadas no diário de campo, fomentando o surgimento de ideias a serem investigadas e aplicadas em estudos futuros. Como mencionou P11 em sua entrevista “o louco não é louco 24 horas por dia, em seus momentos de lucidez ele te diz coisas que ninguém mais ousaria em dizer”.



## REFERÊNCIAS

- Altman, I., & Rogoff, B. (1991). World views in psychology: Trait interactional, organismic, and transactional perspectives. In D. Stokols & I. Altman (Eds.), *Handbook of Environmental Psychology* (Vol. 1, pp. 7-40). Malabar, Florida: Krieger Pub.
- Aragonés, J. I., & Américo, M. (2000). *Psicologia Ambiental*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Baggio, M. A. (2006). O significado de cuidado para profissionais da equipe de enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 8(1).
- Bardin, L. (2010). *Análise de conteúdo*. (1977). Lisboa (Portugal): Edições, 70.
- Barker, R. G. (1968). *Ecological psychology*. Stanford University Press.
- Bassani, M. A. (2004). Psicologia ambiental: contribuições para a educação ambiental. *Educação ambiental para o desenvolvimento sustentável – proposta metodológica de macroeducação*. São Paulo, 2, 153-157.
- Benko, J. (2015). The Radical Humaneness of Norway’s Halden Prison. *New York Times*, 26, pág. 44. Recuperado de: [http://www.nytimes.com/2015/03/29/magazine/the-radical-humaneness-of-norways-halden-prison.html?\\_r=0](http://www.nytimes.com/2015/03/29/magazine/the-radical-humaneness-of-norways-halden-prison.html?_r=0)
- Borine, B., Assis, C. L. D., Lopes, M. D. S., & Santini, T. D. O. (2012). Estresse hospitalar em equipe multidisciplinar de hospital público do interior de Rondônia. *Revista da SBPH*, 15(1), 22-40.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2008). *Ambiência*. 2ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2003). Ministério da Justiça. *Portaria Interministerial nº 1.777 de 9 de setembro de 2003. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário*.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2013). *Política Nacional de Humanização: humanizaSUS*. 1ª ed. Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2005). Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil*. Brasília.

- Brasil. Ministério da Saúde. (2006). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Ambiência*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2001). *Secretaria Executiva. Legislação em saúde mental: Lei Antimanicomial n.º 10.216, de 6 de abril de 2001*. Brasília.
- Carrara, S. L. (2010). A história esquecida: os manicômios judiciais no Brasil. *Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano*, 20(1), 16-29.
- Carrara S. L. (1998). *Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século*. Rio de Janeiro: EDUERJ.
- Campos, E. M., & Caetano, D. (1998). Qualidade de vida de pacientes esquizofrênicos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 47(1), 19-22.
- Conselho Federal de Psicologia (CFP). (2015). Inspeções aos manicômios. Relatório Brasil.
- Cordioli, M. S., Borenstein, M. S., & Ribeiro, A. A. D. A. (2006). Hospital de custódia: os direitos preconizados pela reforma psiquiátrica e a realidade dos internos. *Escola Anna Nery*.
- Cunha, L. C. R. (2004). A cor no ambiente hospitalar. In *Anais do Congresso Nacional da ABDEH-IV Seminário de Engenharia Clínica*.
- Dantas, M. A. F., & Chaves, A. M. (2007). Saúde custodiada: representações dos guardas sobre o Hospital de Custódia. *Psicologia: ciência e profissão*, 27(2), 342-357.
- Diuana, V., Lhuillier, D., Sánchez, A. R., Amado, G., Araújo, L., Duarte, A. M., & Larouze, B. (2008). Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil Health in the prison system: representations and practices by prison guards in. *Cad. Saúde Pública*, 24(8), 1887-1896.
- Eisen S. L., Ulrich R. S., Shepley M. M., Varni J. W., & Sherman S., The stress reducing effects of art in pediatric health care: art preferences of healthy children and hospitalized children, in: *Journal of Child Health Care*, v. 12, n. 3, 2008 (pp. 173-190).
- Elali, G. A. (2010). Relações entre comportamento humano e ambiência: Uma reflexão com base na psicologia ambiental. *Rio Grande do Norte: UFRN*.

- Elali, G. A., & Peluso, M. L. (2011). Interdisciplinaridade. *Temas básicos em psicologia ambiental*, 227-238.
- Felippe, M. L. (2015). *Ambiente físico e linguaggio ambientale nel processo di rigenerazione affettiva dallo stress in camere di degenza pediatrica* (Tese de Doutorado, Università degli Studi di Ferrara).
- Felsten, G. (2009). Where to take a study break on the college campus: An attention restoration theory perspective. *Journal of Environmental Psychology*, 29(1), 160-167.
- Fleck, M. P. D. A., Wagner, L., Wagner, M., & Dias, M. (2007). Long-stay patients in a psychiatric hospital in Southern Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 41(1), 124-130.
- Fischer, G-N. (1994). Espaço, identidade e organização. In: Chanlat, J-F (Org.). *O indivíduo na organização: dimensões esquecidas* (pp. 82-102). São Paulo, SP: Atlas.
- Foucault, M. (1987). *Vigiar e punir* (1970-1975). Petrópolis: Vozes.
- Goffman, E. (2005). *Manicômios, prisões e conventos*. Perspectiva. São Paulo.
- Gressler, S. C., & Günther, I. A. (2013). Ambientes restauradores: Definição, histórico, abordagens e pesquisas. *Estudos de Psicologia*, 18(3), 487-495.
- Gressler, S. C. (2014). O descanso e a teoria dos ambientes restauradores. Tese de Doutorado, Universidade de Brasília.
- Gomes, N. S., Kölling, G., & Balbinot, R. A. A. (2015). Violações de direitos humanos no Presídio do Roger, no Estado da Paraíba. *Revista de Direito Sanitário*, 16(1), 39-58.
- González-Rey, F. L. (2002). *Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios*. São Paulo, SP: Pioneira Thomson Learning.
- Günther, H., Elali, G.A., & Pinheiro, J.Q. (2008). A abordagem multimétodos em estudos pessoa-ambiente: características, definições e implicações. In J.Q. Pinheiro & H. Günther (Org.) *Métodos de Pesquisa nos Estudos Pessoa-Ambiente* (pp. 369-396). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Günther, H., Elali, G. A., & Pinheiro, J. Q. (2011). Multimétodos. *Temas básicos em Psicologia Ambiental*, 239-349.

- Günther, H., Pinheiro, J.Q., & Guzzo, R.S.L. (orgs.) (2004). *Psicologia Ambiental: entendendo as relações do homem com seu ambiente*. Campinas: Alínea.
- Harris, P. B., McBride, G., Ross, C., & Curtis, L. (2002). A place to heal: environmental sources of satisfaction among hospital Patients 1. *Journal of Applied Social Psychology*, 32(6), 1276-1299.
- Hartig, T. (2011). Issues in restorative environments research: Matters of measurement. *Psicología ambiental*, 41-66.
- Hartig, T., & Staats, H. (2006). The need for psychological restoration as a determinant of environmental preferences. *Journal of Environmental Psychology*, 26(3), 215-226.
- Hartig, T. (2004). Toward understanding the restorative environment as a health resource. In *Open space: people space. Engaging with the environment. Conference proceedings. OPENspace Research Centre*, Edinburgh. Recuperado de: [www.openspace.eca.ac.uk/conference/proceedings/summary/Hartig.htm](http://www.openspace.eca.ac.uk/conference/proceedings/summary/Hartig.htm).
- Herzog, T.R., Maguire, C.P., & Nebel, M. B. (2003). Assessing the restorative components of environments. *Journal of Environmental Psychology*. 23, 159-170.
- Hignett, S., & Lu, J. (2010). Space to care and treat safely in acute hospitals: recommendations from 1866 to 2008. *Applied ergonomics*, 41(5), 666-673.
- Higuchi, M. I. G., & Kuhnen, A. (2008). Percepção e representação ambiental: Métodos e técnicas de investigação para a educação ambiental. In J. Q. Pinheiro & H. Günther (Orgs.), *Métodos de pesquisa nos estudos pessoa-ambiente* (pp.181-215). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Huisman, E. R. C. M., Morales, E., Van Hoof, J., & Kort, H. S. M. (2012). Healing environment: A review of the impact of physical environmental factors on users. *Building and Environment*, 58, 70-80.
- Ittelson, W. H., Proshansky, H. M., Rivlin, L. G., & Winkel, G. H. (2005). Homem ambiental. *Série: Textos de psicologia ambiental*, 14, 1-9.
- Ivarsson, C. T., & Hagerhall, C. M. (2008). The perceived restorativeness of gardens-assessing the restorativeness of a mixed built



and natural scene type. *Urban Forestry & Urban Greening*, 7(2), 107-118.

Jacobi, P. (2003). Educação ambiental, cidadania e sustentabilidade. *Cadernos de pesquisa*, 118(3), 189-205.

Joseph, A. (2006). *The impact of light on outcomes in healthcare settings*, The Center for Health Design, Concord, CA.

Justicia J. M. (2005). Análisis cualitativo de datos textuales con ATLAS.ti 5. España: Universitat Autònoma de Barcelona.

Kaplan, S. (1995). The restorative benefits of nature: Toward an integrative framework. *Journal of environmental psychology*, 15(3), 169-182.

Kaplan, R., & Kaplan, S. (1989). *The experience of nature: A psychological perspective*. CUP Archive.

Kaplan, S., & Kaplan, R. (1982). *Cognition and Environment: Functioning in an Uncertain World*. New York, NY: Praeger.

Kaplan, S., & Kaplan, R. (2009). Creating a larger role for environmental psychology: The Reasonable Person Model as an integrative framework. *Journal of Environmental Psychology*, 29(3), 329-339.

Karmanov, D., & Hamel, R. (2008). Assessing the restorative potential of contemporary urban environment (s): Beyond the nature versus urban dichotomy. *Landscape and Urban Planning*, 86(2), 115-125.

Korpela, K. M. (1989). Place-identity as a product of environmental self-regulation. *Journal of Environmental psychology*, 9(3), 241-256.

Kohlsdorf, M. E. (1996). *A apreensão da forma da cidade*. Ed. Univ. de Brasília.

Kuhnen, A. (2002). *Lagoa da conceição: meio ambiente e modos de vida em transformação*. Cidade Futura.

Lima, S. C. (2009). *Até quando faremos relicários? A função social do espaço penitenciário*. Maceió: Edufal.

Lima, S. F. C. D. (2005). *A função social do espaço penitenciário*. Dissertação de mestrado em Arquitetura e Urbanismo, UFAL.

- Lima, D. M., & Bomfim, Z. Á. C. (2009). Vinculação afetiva pessoa-ambiente: diálogos na psicologia comunitária e psicologia ambiental. *Psico*, 40(4), 11.
- Lopes, R. (2002). Psicologia jurídica o cotidiano da violência: o trabalho do agente de segurança penitenciária nas instituições prisionais. *Psicologia para América Latina*, (0).
- Markus, T. A. (1993). *Buildings & power: Freedom and control in the origin of modern building types*. London and New York: Routledge.
- Marcus, C. C., & Barnes, M. (1999). *Healing gardens: Therapeutic benefits and design recommendations*. John Wiley & Sons.
- Marcus, C. C., & Sachs, N. A. (2013). *Therapeutic landscapes: An evidence-based approach to designing healing gardens and restorative outdoor spaces*. John Wiley & Sons.
- Mielke, F. B., Kantorski, L. P., Jardim, V. D. R., Olschowsky, A., & Machado, M. S. (2009). O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. *Ciênc saúde coletiva*, 14(1), 159-64.
- Minayo, M. C. S. (2010). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. (12 ed.). São Paulo/Rio de Janeiro: Abrasco.
- Minayo, M. C. S. (2012). Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626.
- Moser, G. (1998). Psicologia Ambiental. *Estudos de Psicologia*, 3 (1), 121-130.
- Moser, G. (2003). Examinando a congruência pessoa-ambiente: o principal desafio para a Psicologia Ambiental. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 8(2), 331-333.
- Nascimento, E. R. P. D., Silva, S. G. D., Souza, B. C. D., Souza, D. D. D., & Germer Netto, A. (2015). Ambiência de uma emergência hospitalar para o cuidado ao idoso: percepção dos profissionais de enfermagem. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*, 19(2), 338-342.
- Oliveira, E. B. D., & Mendonça, J. L. S. (2013). Visão de familiares de usuários de um hospital psiquiátrico sobre a visita domiciliar. *Rev. pesqui. cuid. fundam.(Online)*, 5(1), 3531-3538.

Ottosson, J., & Grahn, P. (2005). A comparison of leisure time spent in a garden with leisure time spent indoors: on measures of restoration in residents in geriatric care. *Landscape Research*, 30(1), 23-55.

Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods*. 3. ed. Thousand Oaks: Sage.

Pereira, S. C. D., & Giacóia Junior, O. (2013). A responsabilidade da família na defesa dos direitos de personalidade do familiar infrator com transtorno mental. *RIDB*, 7(1), 7421-7441.

Peres, M. F. T., & Nery Filho, A. (2002). A doença mental no direito penal brasileiro: inimputabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança. *Hist Cienc Saude*, 9(2), 335-55.

Repper, J., & Perkins, R. (2003). *Social inclusion and recovery: A model for mental health practice*. Baillière Tindall.

Petean, E., Costa, A. L. R. C., & Ribeiro, R. L. R. (2014). Repercusiones del entorno hospitalario desde la perspectiva de los trabajadores de limpieza. *Trabalho, Educação e Saúde*, 12(3), 615-635.

Pinheiro, J. Q., Elali, G. A., & Fernandes, O. D. S. (2008). Observando a Interação pessoa-ambiente: vestígios ambientais e mapeamento comportamental. In J.Q. Pinheiro & H. Gunther (Orgs.). *Métodos de pesquisa nos estudos pessoa-ambiente*. São Paulo: Casa do Psicólogo. pp. 75-104.

Pol, E. (2001). Impacte social, comunicació ambiental i participació (Monografies Universitàries, No 3). Barcelona: Generalitat de Catalunya, Dep. Medi Ambient.

Rapoport, A. (1990). *The meaning of the built environment: a nonverbal communication approach*. University of Arizona: Tucson.

Roe, J., & Aspinall, P. (2011). The restorative outcomes of forest school and conventional school in young people with good and poor behaviour. *Urban forestry & urban greening*, 10(3), 205-212.

Rosa, L. C. S. (2003). *Transtorno mental e o cuidado na família*. São Paulo, SP: Cortez.

Roscani, A. N. C. P., & de Britto Guirardello, E. (2010). Demandas de atenção no ambiente de trabalho e capacidade de direcionar atenção do enfermeiro. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(4), 778-785.

- Rotelli, F., Leonardis, O. D., Mauri, D., & Risio, C. D. (1990). *Desinstitucionalização*. Organização: Fernanda Nicácio. São Paulo, SP: Hucitec.
- Salles, M. M., & Barros, S. (2009). Vida cotidiana após adoecimento mental: desafio para atenção em saúde mental. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(1), 11-16.
- Sampieri, R. H., Collado, C. H., Lucio, P. B., Murad, F. C., & Garcia, A. G. Q. (2006). *Metodologia de pesquisa*.
- Sá-Silva, J. R., Almeida, C. D., & Guindani, J. F. (2009). Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*, 1(1), 1-15.
- Santana, A. F. F., Chianca, T. C. M., & Cardoso, C. S. (2009). Qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia internados em hospital de custódia. *J Bras Psiquiatr*, 58(3), 187-194.
- Santos, N. G. (1994). *Do hospício à comunidade: políticas públicas de saúde mental*. Florianópolis, SC: Letras Contemporâneas.
- Santos, D. C., Dias, J. S., Pereira, M. B. M., Moreira, T. A., Barros, D. M., & Pádua Serafim, A. (2010). Prevalência de transtornos mentais comuns em agentes penitenciários. *Revista Bras. Med. Trab*, 8(1).
- Santos, M. L. S. C., Souza, F. S. & Santos, C. V. S. C. (2006). As marcas da dupla exclusão: experiências da enfermagem com o psicótico infrator. *Texto & Contexto Enfermagem*, 15, 79-87.
- Santos, W. R. D. (2015). *Os esquecidos: familismo e assistência pública na inimizabilidade por doença e deficiência mental no Brasil*. Tese em sociologia, Universidade de Brasília, UNB.
- Silva, H. C. *PAILI - Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator*. 3ª edição. Goiania: MP/GO.
- Silva, L. C. D. (2008). *Diretrizes para a arquitetura hospitalar pós-reforma psiquiátrica sob o olhar da psicologia ambiental*. Dissertação de Arquitetura, Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC.
- Silva, L. C. & Ely, V. H. M. B. (2008). Métodos para o Estudo do Sistema Humano x Ambiente em Enfermaria de Hospital Psiquiátrico. In: *NUTAU - Núcleo de Pesquisa em Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo*.

Sousa, A.L., & Higuchi, M.I.G. (2012). *A percepção estética da paisagem do Bosque da Ciência*. Relatório Técnico Bolsa PIBIC/INPA/CNPq/FAPEAM/MCTI. Manaus/AM.

Stigsdotter, U., & Grahn, P. (2002). What makes a garden a healing garden. *Journal of therapeutic Horticulture*, 13(2), 60-69.

Tassara, E. T. O., & Rabinovich, E. P. (2003). Perspectivas da Psicologia Ambiental. *Estudos de Psicologia*, 8(2): 339-340.

Teixeira, M. (1993). *Hospício e poder*. Brasília, DF: Centro Gráfico do Senado Federal.

Tuan, Y-F. (1983). *Espaço e lugar: a perspectiva da experiência*. São Paulo, SP: DIFEL.

Ulrich, R. S. (1999). Effects of gardens on health outcomes: theory and research, In: Marcus C. C., Barnes M. (Orgs.), "Healing gardens: therapeutic benefits and design recommendations", John Wiley & Sons, New York, pp. 27-86.

Ulrich, R. S. (2001). Effects of healthcare environmental design on medical outcomes. In *Design and Health: Proceedings of the Second International Conference on Health and Design*. Stockholm, Sweden: Svensk Byggtjänst(pp. 49-59).

Ulrich, R. S. (1981). Natural versus urban scenes: some psychophysiological effects. *Environment and Behavior*, 13(5), 523-556.

Ulrich, R. S. (1984). View through a window may influence recovery. *Science*, 224(4647), 224-225.

Ulrich, R. S. (2002). Health benefits of gardens in hospitals. In *Paper for conference, Plants for People International Exhibition Floriade*, vol. 17, No. 5, p. 2010.

Ulrich, R. S., Berry, L. L., Quan, X., & Parish, J. T. (2010). A conceptual framework for the domain of evidence-based design. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 4(1), 95-114.

Ulrich, R. S., Simons, R. F., Losito, B. D., Fiorito, E., Miles, M. A., & Zelson, M. (1991). Stress recovery during exposure to natural and urban environments. *Journal of environmental psychology*, 11(3), 201-230.

Ulrich, R. S., & Parsons, R. (1992). Influences of passive experiences with plants on individual well-being and health. In D. Relf (Ed.), *The*

*role of horticulture in human well-being and social development* (pp. 93-105). Portland, OR: Timber Press.

Ulrich, R. S., Zimring, C., Zhu, X., DuBose, J., Seo, H. B., Choi, Y. S., ... & Joseph, A. (2008). A review of the research literature on evidence-based healthcare design. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 1(3), 61-125.

Valera, S. (1996), *Psicología Ambiental: bases teóricas y epistemológicas*. In: L. Iñiguez & E. Pol (eds.). *Cognición, representación y apropiación del espacio*. Barcelona: Publicacions Universitat de Barcelona, pp. 1-14.

Van Den Berg, A. E. & Custers, M. H. G. (2011). Gardening promotes neuroendocrine and affective restoration from stress. *Journal of Health Psychology*, 16(1), 3-11.

Van Den Berg, A. E., Hartig, T., & Staats, H. (2007). Preference for nature in urbanized societies: Stress, restoration, and the pursuit of sustainability. *Journal of social issues*, 63(1), 79-96.

Van Den Berg, A. E., Jorgensen, A., & Wilson, E. R. (2014). Evaluating restoration in urban green spaces: Does setting type make a difference?. *Landscape and Urban Planning*, 127, 173-181.

Van Der Linden, S. (2015). Green prison programmes, recidivism and mental health: A primer. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 25(5), 338-339. Recuperado de:  
<http://www.terrabinbrightgreen.com/blog/2016/08/prison-nature-social-structure/#sthash.RdoVcAep.dpuf>

Vasconcelos, R. T. B. (2004). *Humanização de ambientes hospitalares: características arquitetônicas responsáveis pela integração interior/exterior*. Dissertação de mestrado em Arquitetura, Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC.

Velarde, M. D., Fry, G., & Tveit, M. (2007). Health effects of viewing landscapes—Landscape types in environmental psychology. *Urban Forestry & Urban Greening*, 6(4), 199-212.

Viana, I., & Souza, L. E. (2013). Como são tratados os doentes mentais infratores? Periculosidade, medida de segurança e Reforma Psiquiátrica. *Revista de Direito Sanitário*, 12(3), 161-176.

Vinnitskaya, I. (2011). Halden Prison / Erik Moller Arkitekter. The Most Humane Prison in the World. *Architecture Daily*. Recuperado de:

<http://www.terrapinbrightgreen.com/blog/2016/08/prison-nature-social-structure/#sthash.RdoVcAep.dpuf>

Wiesenfeld, E. (2005). A Psicologia Ambiental e as diversas realidades humanas. *Psicologia USP*, 16(1/2): 53-69.





## APÊNDICES

## APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

**Entrevista semiestruturada**

Identificação do entrevistado: \_\_\_\_\_

Função: \_\_\_\_\_

**Perguntas ligadas às fotografias (realizado a cada fotografia)**

1. Por que fotografou esse lugar?
2. O que mais te chamou atenção?
3. O que te agrada/desagrada nele? Por que?
4. Se pudesse mudar algo nesse lugar, o que faria?

**Sequência independente das fotografias**

5. Em qual lugar do hospital você passa mais tempo? Por que?
6. Qual seu lugar preferido dentro do hospital?
7. E o lugar que menos gosta, qual é?
8. O que sente quando estar nesse lugar que te desagrada?
9. Quais aspectos físicos do hospital te desagradam? Por que?
10. Quais aspectos físicos do hospital te agradam? Por que?
11. O que gostaria de mudar, acrescentar ou tirar, na estrutura física do hospital? Por que?
12. Em algum espaço do hospital você se sente estressado?
13. Se sim (pergunta 12), quais aspectos desse espaço contribuem para o teu estresse?
14. Existe algum lugar do hospital que seja um bom “refúgio” para você? Descreva esse local.
15. O que, de modo geral, deveria ter no hospital para contribuir com a qualidade de vida de pacientes e profissionais?
16. Mais algum aspecto físico do hospital te remeta a potenciais situações de estresse?
17. Caso você ou algum colega de trabalho necessite de suporte terapêutico, esse serviço é oferecido aos funcionários do hospital? Como ele funciona?
18. Se não, que tipo de serviço você acha que seria importante ser oferecido?

19. Conforme as especificidades da função profissional que você exerce aqui no hospital, houve algum treinamento ou formação específica para esse serviço? Se não, você acharia importante que tivesse? E que contemplasse o que?

20. Complete a frase: “Para trabalhar aqui no hospital de custódia tem que ter ...” e a frase “Para trabalhar aqui no hospital de custódia tem que ser ...”

## APÊNDICE B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

Pela presente autorização, declaro que fui informado(a), de forma clara e detalhada, sobre os objetivos e a justificativa do projeto de pesquisa intitulado: “Ambiente restaurador: sobre o processo de restauração do estresse no ambiente de custódia hospitalar”. Dessa forma, autorizo a realização da pesquisa no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis/SC.

Autorizo a execução da pesquisa e declaro que acompanharei o seu desenvolvimento para garantir que será realizada dentro do que preconiza a Resolução CNS 466/12, de 12/09/2012 e complementares. Autorizo, também, a utilização dos dados coletados em eventuais trabalhos acadêmicos, publicações científicas, sem a identificação do local nem de seus participantes.

Entendo que os pesquisadores, vinculados à Universidade Federal de Santa Catarina, manterão sigilo sobre os dados e que, após sua utilização na consecução dos objetivos propostos pela pesquisa, os mesmos serão inutilizados.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável pela instituição

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Identificação do responsável pela instituição: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



### **UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, Bettieli Barboza da Silveira, aluna do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), convido-o a participar do processo de coleta de dados de minha Dissertação de Mestrado, sob orientação da Prof. Dr<sup>a</sup>. Ariane Kuhnen. Esta pesquisa que se intitula “Ambiente restaurador: sobre o processo de restauração do estresse no ambiente de custódia hospitalar”, tem como objetivo analisar a influência entre aspectos físicos do ambiente de custódia hospitalar e o processo de restauração do estresse de profissionais. Durante a pesquisa você será entrevistado e após instruções você fará cinco fotografias do ambiente. Ressalto que a entrevista será gravada em áudio para facilitar a transcrição das informações. O seu nome, ou quaisquer dados que possam identificá-los, não serão utilizados nos documentos pertencentes a este estudo.

Ressalto, que você será acompanhado em todos os momentos e se sentir algum desconforto, caso seja necessário, você poderá ser encaminhado para a assistência e atendimento adequado. De todo modo, poderá entrar em contato com as pesquisadoras a qualquer hora pelos contatos abaixo. A sua participação é absolutamente voluntária, não remunerada e a pesquisadora estará à disposição para qualquer esclarecimento. Você é livre para recusar a dar resposta a qualquer questão durante as entrevistas, parar ou desistir da participação a qualquer momento. As informações obtidas serão utilizadas com ética na elaboração do trabalho científico que poderá ser utilizado para publicação em meios acadêmicos e científicos. Os resultados da presente pesquisa serão divulgados à instituição após a defesa da Dissertação, em data a ser agendada. Após ler este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e aceitar participar do estudo, solicito sua assinatura em duas vias no referido Termo, sendo que uma delas permanecerá em seu poder.

A pesquisadora responsável compromete-se a cumprir as exigências contidas na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisa com seres humanos. O contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC pode ser feito através do email cep.propesq@contato.ufsc.br, ou pelo do telefone (48)3721-6094 ou na Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima, bairro Trindade - Florianópolis-SC, CEP 88040-900, n.222, sala 401.

Eu.....  
..... li e declaro através deste documento o meu consentimento em participar dessa pesquisa. RG:\_\_\_\_\_

Assinatura do participante da pesquisa: \_\_\_\_\_  
Data:\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Pesquisadora Responsável

Prof. Dr<sup>a</sup>. Ariane Kuhnen

E-mail: arianekuhnen@gmail.com

Pesquisadora

Mestranda: Bettieli Barboza da Silveira

E-mail: bettieli.bs@gmail.com

## APÊNDICE D - DIÁRIO DE CAMPO

### DIÁRIO DE CAMPO

Salvo engano, é a quarta vez que apago tudo e reescrevo o diário de campo. O que eu mais queria com esse aliado era ter uma ferramenta que me possibilitasse escrever como consegui obter as informações que precisava e não estavam dispostas formalmente. No entanto, vi novas perspectivas e o potencial de compartilhar um pouco dos dias da coleta de dados da entrevista e técnica fotográfica. Minha linha de raciocínio para dedicar tanta atenção a essa tarefa foi mais ou menos assim: o diário é um parceiro na pesquisa de campo através do qual posso, como pesquisadora, expor algumas interessantes vivências e pensamentos em meio ao processo de desenvolvimento da dissertação. Quero tentar trazer um pouco do meu estudo em um ambiente que muito me comove e desconforta. Como diria minha mãe, que há sete anos me vê de longe trabalhando em presídios, fórum, delegacia e, agora, hospital de custódia, “apesar de ter o coração na mão com medo do risco nesses lugares, fico feliz em saber que tu estudas coisas boas para melhorar a vida daqueles que sofrem”.

#### **22/03/2016**

A exploração do campo de pesquisa começou muito antes dessa data de registro, mais ou menos em julho de 2015. Brevemente, adentro a essa informação em destaque à receptividade que me foi dispensada, bem como ao nicho de pesquisa que vislumbrei a partir do encontro que narro a seguir.

Na época (julho/15), organizando um congresso de saúde mental na Universidade conheci uma assistente social que trabalhava no hospital de custódia. Naquele momento conversávamos sobre o fenômeno que eu almejava investigar (ambiente restaurador), qual sua relação com o estresse e com instituições. Então, eis que ela me interrompe e exclama: “*o lugar perfeito para tua pesquisa é onde eu trabalho, amo meu trabalho, mas ô lugar estressante!*”. Era tudo que eu precisava saber para despertar minha curiosidade em buscar conhecer quais os aspectos que contribuíssem para esse estresse? Como modificar o ambiente para que o estresse seja minimizado? Como é possível tornar um ambiente restaurador com a dualidade saúde/custódia? Questões como essas permearam minha mente até o desenho final dessa pesquisa para a data da qualificação, em novembro do mesmo ano, com inúmeros questionamentos a mais rondando meus pensamentos. E crescendo...

Pois bem, em março de 2016 agendei um horário com o diretor da instituição para uma conversa informal sobre o campo, as possibilidades de circulação que eu teria como pesquisadora, os aspectos a serem ressaltados sobre o estresse, o investimento institucional na qualidade de vida e bem-estar, as técnicas de pesquisa que eu utilizaria, entre outros pontos. Destacamos alguns aspectos relevantes, principalmente para a primeira etapa da pesquisa, como o levantamento de características e alterações do ambiente físico. Descobri que, mesmo havendo diversas modificações e reformas na instituição nos últimos cinco anos, não se tem registro documental dos fatos. Dessa forma, o diário de campo se tornou meu principal aliado na busca pela identificação de tais alterações na estrutura física.

A ideia inicial para alicerce dos dados obtidos era atrelada à planta baixa da instituição, ou seja, fazer valer a perspectiva multimétodos e a ênfase dos estudos pessoa-ambiente para fomentar a discussão central da pesquisa. Porém, eu desconhecia o fato de que o hospital não tinha planta baixa. Na verdade, ele teve em 1971 quando foi construído, mas infelizmente esse documento não foi conservado até os dias atuais. Dessa forma, em parceria com a equipe multidisciplinar do LAPAM, em especial de uma pós-doutoranda arquiteta e urbanista, decidimos fazer o registro de medidas para redesenhar a planta baixa da instituição. Além de engrandecer e enriquecer o estudo, ela foi oferecida como contrapartida à instituição que gentilmente nos abriu as portas para a realização da pesquisa. E assim começa nossa segunda missão no hospital de custódia, a confecção da planta baixa arquitetônica.

### **05/04/2016**

No dia de hoje encontrei as informações que almejava para desvendar quais mudanças e reformas foram realizadas nos últimos cinco anos na instituição. Por coincidência, o prazo de 5 anos é o mesmo tempo em que o atual diretor ocupa esse cargo. Dessa forma, em conversas informais com o gestor, com os funcionários e pacientes percebi que o hospital de custódia conseguiu custear boa parte das reformas por meio de doações e parcerias com empresas privadas. Destaque para as seguintes modificações e parcerias: a) construída uma academia ao ar livre; b) troca do assoalho de madeira por cerâmica, alocados no chão e nas paredes dos leitos e enfermarias; c) construído um espaço para alojamento e cozinha dos funcionários; d) trocadas todas as latrinas dos leitos por bacias; e) troca de beliches por camas de madeira. Importante ressaltar que enquanto a pesquisa se desenvolvia, o hospital fechou nova parceria e está construindo uma quadra de



basquete no pátio externo. Das obras custeadas pelo Estado, enfatizo o refeitório dos pacientes, ampliado e adequado para alimentação.

Segundo o diretor, o hospital já chegou a abrigar mais de 160 pacientes, atualmente acolhe em torno de 130 pessoas. Ele afirma que todas as mudanças realizadas nos últimos anos foram de extrema importância para a humanização do lugar. A preocupação da equipe, segundo ele, gira em torno da *“humanização do espaço e da diminuição do ócio. Tem que ter atividade o dia inteiro. E as mudanças, as mudanças são para dar um tratamento mais digno!”*.

Mudanças como a horta. Logo na entrada do hospital de custódia, é possível observá-la, com sua diversidade de plantas e hortaliças. A horta foi planejada para ser cuidada por dez pacientes, em média, intercalando os serviços. No entanto, um paciente com enorme dificuldade de socialização, sem família, há 32 anos internado, foi o primeiro a iniciar os trabalhos na horta. Vindo do interior do estado e já com algum conhecimento sobre terra e plantação, esse paciente obteve uma melhora *“imensurável”* (sic) a partir do trabalho na horta. Então a equipe profissional decidiu que a horta seria cuidada apenas por ele. Infelizmente a socialização e o compartilhamento de tarefas ainda não atingiram o trabalho desse paciente na horta a ponto de dividir o espaço e multiplicar o trabalho. Questiono sobre a possibilidade do atual diretor de expandir a horta pelo hospital, em outros espaços, e ele responde prontamente que sim, que seria como ter *“uma terapia ao ar livre”*.

### **15/04/2016**

Conheço Seu Ivan (nome fictício), ele vai nos auxiliar no levantamento de medidas para a planta baixa. Seu Ivan é um homem do interior de Santa Catarina, tem 35 anos e esbanja simpatia. Sempre prestativo e com poucas limitações cognitivas no momento, me fala de todas as mudanças ocorridas na estrutura física do hospital nos últimos anos. Apesar de estar internado há apenas um ano, Seu Ivan me apresenta *“a quem terá cada resposta”*, então acabo conhecendo vários outros pacientes. Cada pessoa de quem nos aproximamos conta um pouco da sua história, que basicamente gira em torno da cidade de onde eles vêm, o que faziam antes do hospital, o tempo que estão ali e quando vão sair (todos dizem que sairão *“logo”*).

Com o Seu Ivan conheço as modificações físicas nas enfermarias com a adequação das camas e vasos sanitários. Já o Seu Fernando (nome fictício), agente de segurança, me conta sobre a reforma no refeitório, fala sobre a refeição de hoje e de como ele prefere trabalhar no pátio externo. Assim, cada pessoa que o Seu Ivan me apresenta conta uma

história com ricos detalhes e comentários. Entre funcionários e pacientes, um dos objetivos específicos da minha dissertação vai se construindo. Obrigada novamente, Seu Ivan!

### **19/04/2016**

Em um novo momento de registro das percepções do campo, separo alguns tópicos que merecem destaque. Primeiramente, resalto algumas memórias trazidas por funcionários mais antigos que vivenciaram toda a transformação da Reforma Psiquiátrica, desde a promulgação da Lei Antimanicomial. Dentre os relatos, as principais recordações são das aplicações de eletrochoque, das agressões aos pacientes, das manobras jurídicas que traziam presos convencionais ao convívio e, posteriormente, ao abuso para com os pacientes. As situações de desigualdade e de dificuldades no reduto psiquiátrico e de custódia são lembradas com tom de superação atualmente. O que se observa nos discursos dos funcionários é uma menção à coesão entre os colegas que vivenciaram a Reforma e lutaram para que a realidade fosse diferente, atrelando-se aos profissionais mais recentes que já adentraram a instituição com uma realidade mais positiva... ou, melhor dizendo, menos negativa.

Do rol de fatores positivos observados na instituição e que corroboram com a perspectiva restauradora que se busca nesse ambiente, realço as comemorações e festividades realizadas no pátio externo da instituição que visam à interação dos pacientes com seus familiares (ou a busca pela integração dos familiares). Além disso, destaco o trabalho como importante fator de impacto na melhora dos pacientes, como Seu Ivan que coordena a rouparia do hospital e nos ajudou na confecção da planta, segundo ele *“com esse trabalho tu sempre conversa com alguém diferente, vou para fora do prédio, converso com o pessoal da administração, com os guardas lá fora, dá uma arejada, isso é muito bom!”* O pátio externo, sem dúvida, é muito citado por todos como um fator positivo. A possibilidade de se distanciar das grades, de ter contato com a natureza, visualizar o céu, o sol, as árvores... como me disse um paciente: *“no pátio a gente pode até correr!”*.

Dos aspectos que ainda carecem de melhores investimentos, deixo o convite para a leitura da dissertação na íntegra, assim que o detalho com a devida atenção e cuidado ético. Um breve destaque dos intervenientes estressores: a ala de tratamento. Já nas primeiras entrevistas notei a influência sonora (gritos e chutes) dos pacientes provisórios, assim que nas subseqüentes tomei alguns cuidados, como:

aproximar o gravador (mais ainda) do participante e não utilizar a sala de supervisão de segurança, pois ela fica muito próxima dessa ala.

### **29/09/2016**

A reforma no pátio externo, planejada em parceria com uma entidade esportiva, começa a criar corpo. Presos da penitenciária que trabalham durante do dia em obras e consertos dentro do complexo estavam desenvolvendo a construção. Conversei por alguns instantes com eles, eram cinco homens que *“fazem um pouco de tudo”*, disse-me, orgulhoso de sua equipe, Seu Chico, o mestre de obras.

O professor de educação física do hospital de custódia me acompanhava nesse dia, estava fazendo as medições do pátio externo. Ele me fala sobre a importância da nova quadra, para ele *“é a chance de poder trabalhar com aqueles mais debilitados, que não conseguem jogar um futebolzinho. Aí no basquete eu trago com atenção especial esses mais isolados. Esse é o poder do esporte, integrar!”*. Ao final do levantamento de medidas, fui me despedir dos pedreiros conduzindo a bola de basquete para entregar a eles (havia caído próxima de mim), nesse momento já sabia o nome e o crime de cada um (primeira coisa que eles contaram quando me aproximei, acho que na intenção de ver se eu daria atenção a eles depois disso). E então seguiu-se o diálogo:

Paulo, um dos pedreiros (nome fictício) – A senhora poderia tentar arremessar daí invés de entregar a bola né?! (Disse-me sorrindo).

Arremesso e erro, então Paulo se aproxima e diz:

- Eu pedi para a senhora arremessar para vim te pedir uma coisa sem eles verem... vocês que estudam né (olha para Maíra e eu), você acha que as pessoas iriam me tratar assim, igual vocês fizeram com a gente, se eu tentasse voltar para a faculdade (ele trancou o curso de Gastronomia no último ano)? Eu queria muito cursar Direito, mas tenho medo da rejeição e de ser agressivo caso eu sofra com isso.

O restante da conversa pode-se imaginar, uma gratificante oportunidade de trazer boas perspectivas a alguém.

### **06/05/2016**

Encerro o registro do diário de campo junto do encerramento da coleta de dados. O que segue é o registro das medidas para confecção da planta, com expectativa de término do levantamento em outubro e finalização do desenho no *software* em novembro.

Nesse momento, o hospital conta com 93 pacientes, muitos saíram e novos entraram nesse período de contatos, visitas e medições físicas. Saio com uma boa impressão do programa de apoio ao egresso e

de desinstitucionalização do hospital. A imensa riqueza de aprendizados e vivências que obtive são algo a comemorar. Certamente não consegui transmitir nem metade das minhas experiências em tão poucas páginas, bem no fim, acho que o diário é útil para isso também, para despertar ao leitor a curiosidade pela leitura da dissertação. Vamos a ela...

## APÊNDICE E - RETRATOS DOS PARTICIPANTES

## Escolha das fotos

<b>Id.</b>	<b>Gosta</b>	<b>Não gosta</b>	<b>Conforto</b>	<b>Estresse</b>	<b>Imagem</b>
P1	Pátio externo	Ala de tratamento	Alojamento	Ala de tratamento	Fachada lateral
P2	Pátio externo	Pátio interno	Refeitório	Sala de Psico. e Ass. Social	Pátio das enfermarias
P3	Posto de enfermagem	Banheiro	Cozinha	Posto de enfermagem	Fila de pacientes no corredor
P4	Posto de enfermagem	Ala de tratamento	Posto de enfermagem	Ala de tratamento	Posto de enfermagem
P5	Pátio das Enfermarias	Acessos corredores	Pátio externo	Ala de tratamento	Fachada lateral
P6	Pátio externo	Pátio interno	Sala de Psico. e Ass. Social	Refeitório	Fachada lateral
P7	Posto de segurança	Ala de tratamento	Alojamento	Acessos do pátio externo	Paredes hospital
P8	Pátio externo	Enfermari a G	Posto de enfermagem	Ala de tratamento	Pátio externo
P9	Fachada lateral	Ala de tratamento	Posto 1	Ala de tratamento	Pátio das enfermarias
P10	Pátio externo	Ala de tratamento	Hall de entrada	Ala de tratamento	Horta e fachada
P11	Sala da assistente social	Leito do corredor 1	Pátio externo	Ala de tratamento	Fachada lateral



**ANEXO**

## ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP SH UFSC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Ambiente restaurador: sobre o processo de restauração do estresse no ambiente de custódia hospitalar

**Pesquisador:** Ariane Kuhnen

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 52238015.5.0000.0121

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.468.682

**Apresentação do Projeto:**

Projeto de pesquisa apresentado por BETTIELI BARBOZA DA SILVEIRA ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Psicologia Orientadora: Prof.ª Dr.ª Ariane Kuhnen.

Local da pesquisa - Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis.

Numero de Participantes : 15

Os participantes serão compostos por informantes-chave (IC), ou seja, pessoas pertencentes ao grupo a ser estudado com significativo conhecimento do assunto pesquisado e caracterizados como preciosas fontes de informação. Trata-se de um estudo com amostra intencional, onde os investigados serão convidados a participar por meio da técnica da bola de neve, em que os primeiros entrevistados indicaram outros, e assim sucessivamente (Patton, 2002).

Para selecionar os participantes do estudo serão observados alguns critérios de inclusão, e considerando as especificidades do público investigado (profissionais) os requisitos são: mínimo de 3 meses de trabalho ou institucionalização.

**Objetivo da Pesquisa:**

Analisar os aspectos físicos do ambiente de custódia hospitalar ligados à percepção de efeitos



---

Continuação do Parecer: 1.468.682

restauradores por parte de profissionais.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos são descritos pela pesquisadora que se manterá a disposição para auxiliar a todos que de algum modo se sintam desconfortáveis em relação aos riscos e incômodos que possam surgir em decorrência desse estudo. Salienta-se que tanto a pesquisadora mestranda como a orientadora, doutora, estarão à disposição para encaminhar aos serviços da Universidade Federal, caso necessário, todo participante que solicitar algum serviço de saúde e/ou assistência psicológica suscitado diante de incômodos oriundos da participação na presente pesquisa.

**Benefícios:**

Esse estudo é caracterizado pela intenção em fornecer uma base científica que colabore com a elaboração de políticas públicas direcionadas à orientação e planejamento do ambiente de internação psiquiátrica e jurídica voltando à atenção às possibilidades de restauração possíveis.

Ademais, acredita-se que os resultados desta pesquisa poderão colaborar com uma melhor compreensão acerca do que fazer com os usuários desse serviço, que mesmo com a Reforma Psiquiátrica seguirão com suas dificuldades e singularidades biopsicossociais, bem como com os profissionais que convivem diariamente com a lenta transição de lidar com as restrições de atuação profissional junto aos pacientes até então submetidos a uma condição perpétua de institucionalização.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

No contexto da implantação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, as pessoas em medida de segurança e os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico apontam para um desafio à efetivação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde a proposta apresentada envolve este ambiente já bastante vulnerável e com inúmeras discussões na área da saúde Mental. Claramente há que se constituir melhoras nestes ambientes e estas precisam ser apontadas, assim o propósito da pesquisa poderá resultar em resultados relevantes mas há que se refletir sobre a vulnerabilidade do público e esclarecer alguns itens solicitados neste parecer.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

TCLE

Folha de Rosto

Carta resposta - redesenha a pesquisa de acordo com as considerações feitas pelo CEPESH, porém

ainda no PB aparece o desenho do estudo considerando os usuários, o que foi declarado pela pesquisadora como reconsiderado e virtude da vulnerabilidade.

**Recomendações:**

Consideramos que as adequações foram realizadas.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Consideramos que as adequações foram realizadas, solicita-se que a Res. 466/12 em todos os seus aspectos éticos seja devidamente considerada no decorrer da pesquisa, e ao final seja apresentado relatório a este Comitê.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_645394.pdf	14/03/2016 13:14:24		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_de_Anuencia_Institucional_Versao2.pdf	12/03/2016 17:43:34	BETTIELI BARBOZA DA SILVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Versao2.docx	12/03/2016 17:41:01	BETTIELI BARBOZA DA SILVEIRA	Aceito
Outros	RESPOSTA_AS_PENDENCIAS.pdf	12/03/2016 17:39:52	BETTIELI BARBOZA DA SILVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Versao2.pdf	12/03/2016 17:36:07	BETTIELI BARBOZA DA SILVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	28/12/2015 10:02:50	Ariane Kuhnen	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tole.docx	28/12/2015 09:56:41	Ariane Kuhnen	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao.pdf	28/12/2015 09:52:45	Ariane Kuhnen	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	28/12/2015 09:50:30	Ariane Kuhnen	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FLORIANOPOLIS, 29 de Março de 2016

Assinado por:  
Washington Portela de Souza  
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400  
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS  
Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br