

AMBIENTES RESTAURADORES

conceitos e pesquisas em contextos de saúde

Bettieli Barboza da Silveira

Maíra Longhinotti Felipe

Organizadoras



**AMBIENTES RESTAURADORES:
CONCEITOS E PESQUISAS EM CONTEXTOS DE SAÚDE**

Bettieli Barboza da Silveira

Maíra Longhinotti Felipe

Organizadoras

Copyright© 2019 by Universidade Federal de Santa Catarina

Capa: Maíra Longhinotti Felipe

Organizadoras: Bettieli Barboza da Silveira e Maíra Longhinotti Felipe

CONSELHO EDITORIAL

Ariane Kuhnen

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Camila Bolzan de Campos

Faculdade da Serra Gaúcha (FSG)

Roberta Borghetti Alves

Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI)

Rute Grossi Milani

Centro de Ensino Superior de Maringá (UNICESUMAR)

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária da Universidade Federal de Santa Catarina

A492

Ambientes restauradores: conceitos e pesquisas em contextos de saúde / organizadoras,
Bettieli Barboza da Silveira, Maíra Longhinotti Felipe. – Dados eletrônicos. – 1. ed. – Florianópolis:
UFSC, 2019.
118 p.: gráfs., tabs.

Inclui bibliografia

E-book (PDF)

Disponível em: <<http://lapam.cfh.ufsc.br/>>

ISBN 978-65-80460-05-2

1. Psicologia. 2. Psicologia ambiental. 3. Ambientes restauradores. 4. Saúde. I. Silveira, Bettieli Barboza da. II. Felipe, Maíra Longhinotti.

CDU: 159.9

Ficha catalográfica elaborada por Jonathas Troglio – CRB 14/1093



Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
88040-900 – Florianópolis-SC



Este livro está sob a licença Creative Commons, que segue o princípio básico do acesso público à informação. O livro pode ser compartilhado desde que atribuídos os devidos créditos de autoria. Não é permitida nenhuma forma de alteração ou a sua utilização para fins comerciais.
br.creativecommons.org

AGRADECIMENTOS

As autoras desejam agradecer vivamente à Professora Ariane Kuhnen, coordenadora do Laboratório de Psicologia Ambiental da Universidade Federal de Santa Catarina, ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da mesma instituição, e às agências de financiamento ‘Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior’ (CAPES) e UNIEDU/FUMDES.

PREFÁCIO

Enlace, palavra sempre presente na escrita de Bettieli. Palavra que remete à disposição dessas cinco mulheres, Bettieli, Maíra, Bianca, Maísa e Natanna, que se entrelaçam em torno do tema do cuidado com a vida. As parcerias que aí se tecem trazem ao leitor uma obra onde se pode observar tal motivação, que permeia a escolha, a elaboração, a organização e o projeto em si desse livro. A primeira sensação que tive, ao ser convidada para prefaciá-lo, foi seguida de outras tão igualmente emocionantes ao proceder à leitura dos capítulos. Trata-se de um livro marcante.

Deixei pegadas. Escrevo esse Prefácio quando faço um ano de professora aposentada. Os anos dedicados às ações, pesquisas e ensino acerca da relação pessoa-ambiente felizmente formaram um considerável conjunto de produção científica, mas, sobretudo, um conjunto de profissionais que ampliou esses passos e segue dedicado ao estudo do complexo entendimento de como os seres humanos estão conectados ao ambiente natural e construído. Essas cinco mulheres são um bom exemplo desse caminho.

Este livro disponibiliza escritos que marcam a dedicação das autoras em oferecer aos acadêmicos, profissionais e pessoas sensíveis ao cuidado em situações de adoecimento, especialmente no ambiente hospitalar, um excelente conjunto de textos que indicam como é possível diminuir o estresse e favorecer o bem-estar em situações dolorosas, sejam físicas ou psíquicas. Fortemente recomendado às áreas da saúde como psicologia, enfermagem, medicina, fisioterapia, terapia ocupacional, assim como serviço social, engenharia, arquitetura e urbanismo, *design*, entre outras.

Por fim, agradeço as autoras e convido os leitores a conhecerem um pouco do que a Psicologia Ambiental tem a nos oferecer. Boa leitura e encantadoras conexões das pessoas com o que as rodeiam.

Dra. Ariane Kuhnen

*Professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia
da Universidade Federal de Santa Catarina.*

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	7
<i>Bettieli Barboza da Silveira, Maíra Longhinotti Felipe</i>	
CAPÍTULO I	
AMBIENTES RESTAURADORES: CONCEITOS E DEFINIÇÕES	9
<i>Bettieli Barboza da Silveira, Maíra Longhinotti Felipe, Natanna Taynara Schütz</i>	
CAPÍTULO II	
DIÁLOGOS ENTRE A PSICOLOGIA AMBIENTAL E A ARQUITETURA PARA O CUIDADO DA SAÚDE.....	23
<i>Maíra Longhinotti Felipe, Bettieli Barboza da Silveira</i>	
CAPÍTULO III	
O HOSPITAL PEDIÁTRICO E AS POSSIBILIDADES DE RESTAURAÇÃO DO ESTRESSE	38
<i>Maíra Longhinotti Felipe</i>	
CAPÍTULO IV	
RESTAURAÇÃO PSICOFISIOLÓGICA DO ESTRESSE EM HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO	71
<i>Bettieli Barboza da Silveira</i>	
CAPÍTULO V	
CUIDAR DE QUEM CUIDA: AMBIENTES RESTAURADORES EM HOSPITAIS E BEM-ESTAR DE ACOMPANHANTES	79
<i>Maísa Hodecker, Maíra Longhinotti Felipe</i>	
CAPÍTULO VI	
COMO EU VEJO, SINTO E PERCEBO: REFLEXÕES DE PROFISSIONAIS DE UM HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO SOBRE BEM-ESTAR.....	98
<i>Bianca Tribéss, Bettieli Barboza da Silveira</i>	
CAPÍTULO VII	
SÍNTESE E RECOMENDAÇÕES PARA AMBIENTES RESTAURADORES	114
<i>Bettieli Barboza da Silveira, Maíra Longhinotti Felipe</i>	
SOBRE AS AUTORAS	116

APRESENTAÇÃO

Instigadas a pensar em lugares que favorecessem o bem-estar, deparamo-nos com o conceito de ambientes restauradores. Buscávamos por teorias que dialogassem com nossas áreas de formação, Arquitetura e Psicologia, e então conhecemos os Estudos Pessoa-Ambiente (EPA). Resguardadas as subjetividades de nossas percepções, vimos que os enlaces possibilitados pelo estudo dos ambientes restauradores nos permitiam conectar diferentes saberes, visualizar aplicabilidades teóricas, bem como os potenciais benéficos associados aos processos de restauração do estresse e da fadiga de atenção.

Diante da ideia de compilar achados científicos relativos ao conceito de ambientes restauradores na esfera nacional, pensamos: “e se reuníssemos esse material em um livro?” Assim, este e-book percorre alguns anos de investigação dedicados a melhor compreender as teorias, pesquisas e inovações relacionadas ao conceito. Procuramos, então, reunir capítulos que discutissem os potenciais restauradores de ambientes em contextos de saúde. De modo a contemplar diferentes possibilidades de foco e intervenção, os capítulos foram estruturados na medida em que os resultados dos estudos de pós-graduação *stricto sensu* das autoras avançavam e se findavam. Desse modo, o livro foi organizado em sete capítulos, contou com a colaboração de outras três autoras além das organizadoras, foi apreciado por um conselho editorial de pesquisadores da área e honrado com o prefácio da Professora Dr^a. Ariane Kuhnen.

O primeiro capítulo busca introduzir o tema dos ambientes restauradores com vistas a descrever suas principais vertentes teóricas. No intuito de estabelecer um diálogo entre áreas relacionadas aos EPA, o capítulo II deu luz aos possíveis enlaces, enaltecendo a importância de tais conexões a partir de teorias e evidências científicas. Já os capítulos III e IV compartilham achados e possibilidades de investigação sobre os ambientes restauradores em hospitais, resguardando diferenças ambientais e de usabilidade entre os lugares. Com pretensão similar, nos capítulos V e VI, as autoras recorrem às percepções de acompanhantes de um hospital infantil e de profissionais de um hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, respectivamente, para dar voz aos diferentes olhares e modos de perceber o meio. O último capítulo propõe uma síntese do material apresentado no livro, a partir das conexões percebidas entre os estudos apresentados. É fruto, portanto, das discussões conjuntas sobre os ambientes restauradores e suas possibilidades de melhoria de bem-estar e qualidade de vida. Aspirando que este livro possa instigar mudanças e, sobretudo, ser um aliado para transformações, desejamos boa leitura!

Bettieli Barboza da Silveira

Maíra Longhinotti Felipe

Organizadoras

Escrevem de Florianópolis (SC), palco do encontro de uma amizade que, em longos e-mails durante o ano de 2015, começava a ser plantada e hoje floresce, mais uma vez.

CAPÍTULO I

AMBIENTES RESTAURADORES: CONCEITOS E DEFINIÇÕES

Bettieli Barboza da Silveira

Maíra Longhinotti Felipe

Natanna Taynara Schütz

Entendimento geral

Na década de 1980, as pesquisas sobre ambientes restauradores (*restorative environments*) se expandiram na área dos Estudos Pessoa-Ambiente (EPA), tornando-se mais conhecidas da comunidade científica por investigar atributos ambientais e suas influências na percepção de bem-estar, nas sensações de prazer e desprazer, bem como na avaliação das potenciais conexões com o meio (Altman & Wohlwill, 1983; Kaplan & Kaplan, 1989). Anterior a isso, por volta dos anos 1950, estudos iniciais já averiguavam algumas formulações teóricas que levariam ao tema e discutiam sobre a estética, estressores e preferências ambientais (Hartig, 2011). Enquanto campo de pesquisa, os EPA têm sido área composta por multiprofissionais, angariando especialistas de diferentes frentes, tais como: Psicologia, Arquitetura, Design, Planejamento Urbano, Geografia e tantos outros interessados na melhoria de ambientes e de políticas públicas. Então, os pesquisadores Rachel e Stephen Kaplan, bem como Roger Ulrich sugeriram mais tarde o termo **ambiente restaurador** e desenvolveram duas teorias inclinadas a melhor explicá-lo e compreendê-lo, atualmente conhecidas como Teoria da Restauração da Atenção (*Attention Restoration Theory, ART* – Kaplan & Kaplan, 1989) e Teoria Psicoevolucionista para a restauração psicofisiológica a partir do estresse (*Psychoevolutionary Theory, PET* – Ulrich, 1984).

Nos estudos sobre ambientes restauradores, o estresse é compreendido como uma resposta psicofisiológica frente a um estímulo estressor: trata-se de uma mobilização ou alteração de recursos pessoais frente a demandas da vida cotidiana (Ulrich et al., 1991). A partir dessa condição, os recursos utilizados pela pessoa precisam ser recuperados, em prol da percepção subjetiva de bem-estar, em seus diferentes níveis: afetivos, cognitivos, comportamentais e fisiológicos. Assim, o processo seguinte visa à restauração (*restoration*), isto é, a recuperação ou o restabelecimento dos aspectos psicofisiológicos alterados pelo

estresse. A existência das duas teorias sobre os ambientes restauradores (*ART* e *PET*) indica, no entanto, que o processo de restauração não é apenas descrito para a condição de estresse, mas também para a fadiga de atenção, por exemplo, sendo igualmente previsto para quaisquer recursos de alguma forma mobilizados por exigências do dia a dia.

Introdução

As contínuas exigências da vida expõem as pessoas a uma série de demandas que podem afetar negativamente habilidades e recursos biopsicossociais envolvidos. A literatura sobre ambientes restauradores tem defendido que, a partir de diversas condições de estresse, por exemplo, ambientes urbanos têm menor poder restaurador que ambientes naturais (Hartig & Staats, 2006; Velarde & Tveit, 2007). No entanto, Felipe (2015) ressalta que alguns ambientes construídos também podem possuir propriedades que não apenas permitem o processo restaurador, mas também, e de maneira ativa, promovem alterações psicológicas e fisiológicas positivas, culminando dessa forma na recuperação de recursos pessoais mobilizados.

A literatura tem enaltecido os benefícios à saúde proporcionados pela conexão com os ambientes restauradores, avançando em duas frentes. Enquanto Roger Ulrich (1999) se propõe a explicar os efeitos que algumas características do ambiente físico exercem sobre sistemas psicofisiológicos mobilizados durante a condição de estresse, Rachel e Stephen Kaplan (1989; Kaplan, 1995) se dedicam a compreender o processo pelo qual ambientes físicos promovem a recuperação da capacidade de atenção dirigida fragilizada. Resguardadas suas diferenças, ambas as teorias apresentam uma tipologia de ambiente mais favorável à restauração: o ambiente natural.

Independente dos pressupostos utilizados para melhor compreender os ambientes restauradores, as investigações científicas sobre o tema têm avançado e buscado, cada vez mais, a relação entre o ambiente físico e a promoção do bem-estar (Felipe, 2015; Silveira, 2017). No entanto, ainda persiste a lacuna de estudos sobre as características físicas de ambientes urbanos construídos que afetam positivamente a experiência restauradora (Hidalgo, Berto, Galindo & Getrevi, 2006; Velarde, Fry & Tveit, 2007; Silveira & Kuhnen, 2019). Uma maior preferência das pessoas pelos ambientes naturais tem sido associada à ideia de que, nesses ambientes, há maior probabilidade de restauração (Lindal & Hartig, 2013; Roe & Aspinall, 2011; Ulrich et al., 1991). Embora grande parte das evidências científicas caminhe nessa direção, outros achados reforçam a premissa de que os espaços construídos também possuem

potencial restaurador (Felippe, Kuhnen, Silveira, & Lelli, 2017; Karmanov & Hamel, 2008; Kylén, Schmidt, Iwarsson, Haak & Ekström, 2017).

A Teoria da Restauração da Atenção

A Teoria da Restauração da Atenção (*ART*) foi desenvolvida por Rachel Kaplan e Stephen Kaplan, norteadas pela forte influência dos conceitos de atenção voluntária e involuntária de William James e nas considerações do paisagista Frederick Law Olmsted, que enaltecem a influência benéfica de ambientes naturais para a recuperação atencional (Berman et al., 2008; Kaplan, 1995; Kaplan & Berman, 2010). A partir do momento em que as pessoas apresentam fadigas mentais, mobilizadas por alterações frente às demandas cotidianas, elas necessitam de recuperação.

Na Teoria da Restauração da Atenção é preciso considerar quatro propriedades da relação pessoa-ambiente que deveriam estar presentes para que um lugar possa ser classificado como restaurador, ou seja, capaz de propiciar experiência restauradora (Kaplan, 1995; 2001). São eles:

1. Afastamento (*being away*): consiste em se perceber longe de situações e contextos cotidianos demandantes, de modo que se tenha a possibilidade de descansar a atenção (Kaplan, 1995). Esse aspecto guarda similaridade com as estratégias de *coping* que visam à distração como uma proteção cognitiva com relação ao que é perigoso (Gressler, 2014);
2. Fascinação (*fascination*): condição que possibilita um tipo de atenção sem necessidade de esforço, ou seja, situação em que as pessoas se sentem naturalmente atraídas pelo objeto de atenção (Kaplan & Talbot, 1983). A atenção sem esforço (que não depende da vontade, portanto, involuntária), quando se sobressai em relação à atenção dirigida (que depende da vontade, portanto, voluntária), permite que esta última descanse e se restaure a partir de uma condição de fadiga (Gressler, 2014);
3. Extensão (*extent*): a propriedade da extensão implica a existência de um engajamento do sujeito que percebe em relação ao lugar percebido, em função do alcance de atenção que esse lugar proporciona, bem como devido à coerência no modo como o ambiente se apresenta ao percebido. Possivelmente, a qualidade da extensão salienta questões de tempo e espaço no que se refere à sustentação, tendo

assim dois desdobramentos: o primeiro no sentido de oferecer o que olhar ou fazer por um bom tempo; o segundo no sentido dessa experiência ser suficientemente ordenada e organizada para evitar a impressão de caos (Gressler, 2014; Kaplan, 1995);

4. Compatibilidade (*compatibility*): condição na qual o ambiente se adequa ao que o indivíduo quer fazer, ou seja, há uma ressonância entre as inclinações da pessoa e a as características do lugar (Kaplan, 1995). A compatibilidade envolve aspectos cognitivos e emocionais do indivíduo no processo de escolha do ambiente, em função da compreensão de restauração que esse indivíduo possui. Assim, para que o critério da compatibilidade seja satisfeito, é necessário que o ambiente seja compatível com as subjetividades da pessoa, atendendo ao que ela percebe como sendo um lugar restaurador.

Atenção e restauração

Em uma perspectiva cognitivista, a atenção é um processo mental e pode ser entendida como o mecanismo responsável pelo foco nos estímulos relevantes para a pessoa, facilitando a interação adequada desta com o ambiente (Fonseca et al., 2015; Gazzaniga et al., 2006; Helene & Xavier, 2003; Sbissa, 2009; Sternberg, 2013). A atenção desempenha, portanto, um papel importante no que se refere à capacidade humana de selecionar alguns estímulos e ignorar outros (Sternberg, 2013).

Contemporaneamente, a atenção vem ganhando considerável destaque em pesquisas que partem de diferentes frentes: desde um viés de cunho econômico, até a patologia em torno da questão (Ferraz & Kastrup, 2007). Para uma análise da atenção e, mais especificamente, da Teoria da Restauração da Atenção, mostra-se conveniente recorrer aos trabalhos de William James, visto a influência que o autor exerceu no estudo da área (Gazzaniga et al., 2006) e também no desenvolvimento da própria teoria (Kaplan, 1995).

James ressaltou pelo menos dois aspectos importantes relativos ao tema que foram base para a *ART*. O primeiro faz referência ao entendimento da vida mental como um todo complexo que flui no tempo, com componentes envolvidos na consciência, presentes ao mesmo tempo, todavia em graus diferentes (Ferraz & Kastrup, 2007). Entende-se, a partir dessa observação, que a atenção está presente enquanto estamos em estado consciente, porém, com variância. O segundo aspecto é representado pela ideia de que a capacidade de atenção é limitada, sendo necessário, portanto, estabelecer uma prioridade quanto ao foco da atenção (Gazzaniga et al.,

2006). Ressalta-se, pois, a conexão de tais aspectos como balizadores da *ART*: na medida em que se compreende tal limitação da atenção, pondera-se que ela não é um recurso inesgotável e necessita de restauro para voltar a funcionar adequadamente.

Segundo mostrou William James, a atenção pode ser dividida em dois tipos: (a) voluntária - relacionada à intenção e a habilidade para prestar atenção; e (b) involuntária - atenção captada por algo sem que tenhamos tido a intenção de fazê-lo, ou seja, sem que tal processo tenha sido premeditado (Gazzaniga et al., 2006; Kaplan, 1995). Entende-se que na atenção voluntária está presente o conceito de esforço, porém, James não considerou em suas formulações teóricas que esse esforço pudesse levar as pessoas a apresentarem fadiga (Kaplan, 1995). Apesar de existirem lacunas na teoria de William James, entre elas, o fato deste não considerar os limites da capacidade atencional, por exemplo, percebe-se que os conceitos propostos por ele servem de fundamental base científica até os dias de hoje (Gazzaniga et al., 2006). Numa perspectiva histórica, cabe ressaltar que após as descobertas de James, houve mudanças de direção nas investigações e, atualmente, os estudos focam em grande parte na atenção concentrada (Rosemberg, 2008).

Rachel e Stephen Kaplan, no desenvolvimento de sua teoria sobre a restauração da atenção, assim como William James, defendem a existência de duas modalidades de atenção: a atenção dirigida (que James denominou atenção voluntária) e a fascinação. A atenção dirigida é aquela empregada em algo ou alguma atividade não tão interessante para o sujeito, mas que por alguma razão devem ser motivo de atenção. É, portanto, um tipo de atenção cuja sustentação depende da vontade (voluntária), ou melhor, da decisão do indivíduo, já que o objeto de atenção por si só não desperta involuntariamente o interesse. O mecanismo que permite a esse indivíduo manter a atenção em algo desinteressante é a inibição de distrações. O sujeito, a fim de manter a atenção dirigida, estará voluntária e constantemente inibindo distrações, ou seja, esquivando-se de voltar a atenção para algo mais atraente.

Esse processo inibitório atua em modo relativamente hábil permitindo ao indivíduo realizar as mais diversas atividades, porém, é um sistema sujeito à fadiga e tende a tornar-se ineficiente no curso do processo dirigido de atenção. Quando a inibição de distrações apresenta fadiga, a atenção voluntária a determinado evento ou atividade tende a ser constantemente interrompida até o ponto de não ser mais sustentada. Os prejuízos decorrentes dessa situação são claros, se compreendemos que a atenção dirigida e o sistema inibitório são indispensáveis, como argumenta Kaplan (1995), no controle voluntário do comportamento e no processo de conexões associativas que auxiliam o sujeito a individuar as habilidades e ações necessárias à resolução de problemas. Portanto, são funções que desempenham um papel central na chamada

efetividade humana e sua falência traz consequências como: prejuízo perceptivo em razão das constantes distrações (consequências para a percepção); dificuldades para planejar e formar uma sequência de pensamentos (consequências para o planejamento e pensamento); aumento da probabilidade de o indivíduo agir sem pensar ou refletir, assumindo riscos desnecessários (consequências para a ação); sentimentos negativamente entoados, como irritação pelo déficit em funcionalidade geral (consequências no campo afetivo), e assim, reações de estresse (Kaplan, 1995).

A Teoria da Restauração da Atenção, naturalmente, aponta o processo pelo qual a atenção dirigida e o sistema inibitório fadigado podem se restabelecer a fim de devolver ao indivíduo sua funcionalidade cognitiva. Nesse processo, assume um papel central a segunda modalidade de atenção tratada anteriormente: a fascinação. A fascinação, ao contrário da atenção dirigida, é uma modalidade de atenção involuntária, ou seja, é naturalmente conduzida sem que o sujeito deva decidir forçosamente sobre prestar a atenção (Kaplan, 1995). É ativada quando um objeto, evento ou cenário é suficientemente interessante e atraente, então o sujeito não precisa esforçar-se para manter o foco, visto que não há a necessidade de inibir distrações: nada é mais interessante que o objeto foco da atenção involuntária. Quando ocorre fascinação, 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.

Ainda dentro do processo de atenção involuntária, a Teoria da Restauração da Atenção distingue dois tipos de fascinação: a fascinação do tipo *soft* e a fascinação do tipo *hard* (Kaplan, 1995). A primeira envolve um nível de atividade atencional moderado, acompanhado de alto prazer estético. Segundo a Teoria, nessa condição o indivíduo pode ser conduzido a elaborar pensamentos e reflexões sobre si e sua relação com o meio. É um modo mais favorável ao processo restaurador. A fascinação *soft* é aquela que ocorre, por exemplo, quando um indivíduo aprecia um ambiente ou fenômeno natural, como um parque, o mar, ou o pôr do sol. A fascinação do tipo *hard* também permite a recuperação da atenção dirigida mas, por envolver um nível intenso de atividade atencional, não promove pensamentos e reflexões como o primeiro caso, suportando a restauração em um modo menos favorável. É o caso da fascinação conduzida por um evento esportivo, por exemplo.

Para Rachel e Stephen Kaplan, entretanto, a fascinação não é o único fator necessário à restauração da atenção dirigida. Um ambiente restaurador deveria propiciar, além da fascinação, outras três condições, elencadas e descritas precedentemente: afastamento (*being away*), extensão (*extent*) e compatibilidade (*compatibility*) (Kaplan, 1995). Compreender os processos atencionais e restauradores da atenção consiste em uma tarefa árdua, que exige considerar uma

série de aspectos, que perpassam o tipo, o nível e a capacidade atencional, a fase de desenvolvimento que o indivíduo se encontra, os aspectos cerebrais envolvidos na atenção, além das constantes evoluções acerca do conhecimento sobre o tema.

A Teoria Psicoevolucionista

Roger Ulrich (1984) propôs a teoria da recuperação psicofisiológica do estresse, ou Teoria Psicoevolucionista, enfatizando, especialmente, a resposta afetiva associada à percepção visual e estética de determinados ambientes. Ulrich (1984) desenvolveu um estudo à época que entoa, ainda hoje, como importante norteador para a pesquisa científica sobre ambientes restauradores. Ao analisar a recuperação de pacientes pós-cirúrgicos com quadro clínico similar em um hospital na Pensilvânia, o autor verificou que duas configurações distintas de leitos fizeram significativa diferença na melhora dos pacientes. Parte dos leitos possuía vista da janela para a natureza, enquanto a outra parte visualizava um típico cenário urbano: parede de tijolos e um prédio vizinho. Diante de tal situação, Ulrich percebeu que aqueles que apreciaram os elementos naturais oportunizados pelo posicionamento das janelas tiveram, em geral, redução no tempo de internação, na quantidade de analgésicos, além de receberem menor quantidade de avaliações negativas pela equipe de saúde. Por outro lado, os pacientes que observaram apenas o cenário “cinza” não acompanharam as significativas melhorias dos demais.

Com base na Teoria Psicoevolucionista, acredita-se que determinadas configurações ambientais facilitem, permitam ou até mesmo promovam a recuperação dos recursos psicofisiológicos mobilizados durante uma reação de estresse. Segundo Ulrich (1984), a restauração do estresse nada mais é que uma adaptação inata da espécie humana, bem como o estresse. Diante das adversidades e das demandas cotidianas, as pessoas carecem de estratégias para lidar com decisões, modelar comportamentos, emitir ou reprimir afetos, dentre outras possíveis manifestações. Isto é, variadas e constantes exigências fazem parte da vida humana em sociedade, ao mesmo tempo em que causam estresse, manifestando reações no sistema psicofisiológico, aumento da atenção e permanente estado de vigília (Gressler & Gunther, 2013; Felipe 2015).

Uma pessoa imersa em uma situação estressora ou respondendo a uma, necessita estar cercada por elementos ambientais que oportunizem uma percepção de bem-estar. Especificamente, na teoria de Ulrich, ele narra tais elementos como configurações de ambientes naturais que oportunizam proteção, controle, movimentação e acesso a água e alimentos (Ulrich et al., 1991). Desse modo, diante de cenários como esse, a pessoa conseguiria facilmente reunir

condições que permitiriam a restauração do estresse, diferentemente da situação encontrada no ambiente urbano. Para Ulrich, os ambientes construídos têm suas estruturas e configurações desconectadas das necessidades intrínsecas ao desenvolvimento humano, impedindo a manifestação de reações positivas e adaptativas que contribuam para o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas.

Os atributos ambientais favoráveis à restauração são traçados por Ulrich (1999) como sendo: moderada complexidade (ou número de elementos percebidos independentemente); presença de ponto focal; moderada profundidade e limites claros; ordem; superfície pisoteável relativamente uniforme e suave; configuração que favorece a sensação de que os elementos ainda fora do campo visual serão prontamente revelados; ausência de ameaças; presença de água e vegetação (Felippe, 2015, p. 23).

A estrutura central da teoria gira em torno da percepção visual de atributos ambientais favoráveis ao bem-estar, que atua como um primeiro nível de resposta e como um modelador da cognição ambiental que influencia as avaliações da pessoa sobre o ambiente (Ulrich et al., 1991; Van Den Berg & Custers, 2011). O impacto súbito e o surgimento de afetos positivos (como alegria, calma, prazer), bem como de reações estéticas de preferência possuiriam a função de motivar e sustentar o interesse do indivíduo pelo lugar e a apreciação pelo cenário, suprimindo os afetos e os pensamentos negativos, desmobilizando a excitação dos sistemas fisiológicos e permitindo o resguardo de energias úteis à sobrevivência (Ulrich et al., 1991). Enfatiza-se a ligação direta que o Sistema Nervoso Autônomo estabelece com o sistema emocional, podendo surtir impactos na frequência cardíaca, na pressão sanguínea, na atividade respiratória, entre outros (Grahm & Stigsdotter, 2003).

Estresse e restauração

Estresse é entendido como um conjunto de reações frente a eventos ou situações percebidos pela pessoa como uma ameaça ao seu bem-estar (Kaplan, 1995; Ulrich, 1999; Ulrich et al., 1991). Assim definido, o estresse constitui-se como uma série de reações psicofisiológicas inter-relacionadas, uma função adaptativa e inata do organismo humano diante de sua relação com um meio estressor. Na tentativa de mitigar ameaças e danos, o indivíduo utiliza recursos pessoais a fim de retornar a uma condição de bem-estar (Ulrich et al., 1991).

Para Kaplan (1995), os estressores são fatores ambientais percebidos por uma pessoa como elementos que provocam ou possibilitam um dano. São percebidos como ameaçadores

ao bem-estar, na medida em que o indivíduo em questão intui não possuir os recursos necessários para manejar a situação. Para realizar tal avaliação sobre si mesmo e mensurar a própria condição, Fisher, Bell e Baum (1984) destacam que a pessoa pode reagir prontamente a um estressor, se este for suficientemente aversivo (reação imediata, intuitiva), ou pode primeiramente processar um conjunto de informações para então apresentar uma resposta efetiva de estresse (tempo maior de reação, sujeita à avaliação). A partir de então, as reações psicofisiológicas eliciadas variam em intensidade e natureza a depender do estressor, do contexto e das características pessoais do indivíduo submetido a tal condição (Cohen & Williamson, 1988). As reações de estresse poderiam então ser descritas do seguinte modo:

1. Estresse psicológico: caracterizado por reações afetivas, cognitivas e comportamentais (Ulrich et al., 1991). As reações afetivas de estresse correspondem ao avanço de sentimentos negativamente entoados, tais como a raiva, o medo, a ansiedade e a tristeza. As cognitivas contemplam todas as avaliações que o sujeito elabora em torno da situação estressora. Reações comportamentais podem incluir ações de evitação, uso de álcool e outras drogas;
2. Estresse fisiológico: reações no Sistema Nervoso Central, Sistema Nervoso Autônomo e Sistema Endócrino (Kaplan, 1995; Parsons, 1991; Ulrich et al., 1991), que incluem a excitação dos aparelhos musculoesquelético, cardiorrespiratório e glandular. Podem caracterizar-se pelo aumento da tensão muscular, frequência cardíaca, pressão sanguínea, atividade respiratória e das glândulas sudoríparas e excretoras de hormônios do estresse, como o cortisol e o corticosterona (Grahm & Stigsdotter, 2003; Parsons, 1991).

Uma vez percebidos os fatores ameaçadores, a pessoa tenta evitá-los, combatê-los e extingui-los, a partir das reações de estresse psicológico e fisiológico. O uso desses recursos pessoais, embora importante para a sobrevivência e adaptação do sujeito, pode acarretar fadiga e prejuízos à saúde (Ulrich et al., 1991). Estima-se que o potencial danoso do estresse possa atingir desde reações temporárias até danos crônicos, envolvendo perdas no desempenho cognitivo, no funcionamento do sistema cardiovascular e imunológico, por exemplo (Parsons, 1991; Ulrich et al., 1991).

Daí a importância do processo de restauração para o sujeito que enfrenta o estresse. A restauração implica a recuperação dos estados psicológicos e fisiológicos mobilizados pelo estressor e, segundo Ulrich, seria adaptativa pelo fato de trazer vantagens ao indivíduo, que

passa a conservar e recarregar energia para outros afazeres indispensáveis à vida, uma vez cessado o estressor. O autor da Teoria Psicoevolucionista acredita que os seres humanos estão biologicamente preparados para reagir positiva, rápida e imediatamente a ambientes favoráveis à restauração, como um processo de preservação da vida e manutenção das condições de subsistência.

Considerações finais

A Teoria da Restauração da Atenção e a Teoria Psicoevolucionista diferem na condição antecedente ao processo restaurador, mas também na descrição do modo pelo qual a restauração ocorre, visto que tratam do comprometimento de diferentes recursos pessoais. As duas teorias concordam, entretanto, quanto ao tipo de ambiente mais favorável à restauração. Ambas apontam os ambientes naturais como possuidores de qualidades físicas que favorecem o processo de recuperação. Mais que dois modos de explicar os motivos pelos quais os ambientes naturais exercem uma influência positiva sobre a saúde humana, a existência de *PET* e *ART* evidencia que esta influência pode ocorrer para diferentes condições antecedentes e por meio de diferentes processos. Hartig, assumindo a existência de diferentes processos restauradores, afirmou que “dependendo dos recursos que se tornaram esgotados, o processo ou os processos restauradores podem ocorrer simultaneamente, de forma independente ou influenciando uns aos outros”¹ (2011, p. 42). De fato, estresse e fadiga da atenção dirigida são fenômenos distintos que podem ocorrer isoladamente, mas também simultaneamente e, em certas condições, podem inclusive ser resultado um do outro.

Por exemplo, a fadiga do processo atencional pode dificultar ou ainda impossibilitar a execução de tarefas até mesmo simples. Assim, se um indivíduo se percebe não possuidor da necessária atenção dirigida e, portanto, não possuidor de um importante recurso para lidar com as mais diversas situações cotidianas, tais situações podem passar a representar uma ameaça, desencadeando uma resposta de estresse. Do mesmo modo, o estresse pode levar à fadiga dos recursos mobilizados, entre eles, a atenção dispensada para lidar com o evento estressor. Portanto, nesse caso, o estresse pode anteceder a fadiga atencional e ser a sua causa. Outros fatores, a sua vez, suficientemente aversivos e demandantes, podem provocar simultaneamente uma reação de estresse e o comprometimento atencional (Kaplan, 1995).

¹ “Depending on the resources that have become depleted, the restorative process or processes may run simultaneously, either independently or influencing each other” (Hartig, 2011, p. 42).

Pode-se então considerar o processo restaurador e os recursos a serem restaurados como múltiplos em sua natureza. Também os chamados ambientes restauradores podem ser diversos, ainda que essencialmente dotados de certas características, como apontam as teorias aqui discutidas. O desafio que se apresenta aos pesquisadores é compreender como as qualidades restauradoras se revelam em forma e quais as suas variações, que aspectos específicos e de conjunto são relevantes na constituição de ambientes restauradores, quais as semelhanças e especificidades quanto à restauração entre contextos culturais diferentes, entre tipologias ambientais distintas e nas diversas fases do desenvolvimento, por exemplo. Com o objetivo de dar alguma contribuição nesse sentido, é que os capítulos deste livro foram propostos.

Referências

- Altman, I., & Wohlwill, F. J. (1983). *Behavior and the natural environment*. New York: Plenum.
- Berman, M. G., Jonides, J., & Kaplan, S. (2008). The cognitive benefits of interacting with nature. *Psychological Science*, 19(12), 1207–1212. Recuperado de <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1111/j.1467-9280.2008.02225.x>. doi: 10.1111/j.1467-9280.2008.02225.x
- Cohen, S., & Williamson, G. (1988). Perceived stress in a probability sample of the United States. In S. Spacapan & S. Oskamp (Orgs.), *The social psychology of health: Claremont Symposium on applied social psychology* (pp. 31–67). Newbury Park: Sage.
- Felippe, M. L. (2015). *Ambiente físico e linguagem ambiental nel processo di rigenerazione affettiva dallo stress in camere di degenza pediatrica* (Doutorado em Arquitetura). Università degli Studi di Ferrara. Recuperado de <http://eprints.unife.it/994/>.
- Felippe, M. L., Kuhnen, A., Silveira, B. B., & Lelli, G. (2017). What is a restorative hospital environment? Environmental meaning, affective stress restoration and physical attributes in pediatric inpatient rooms. *Children, Youth and Environments*, 27(1), 17–46. Recuperado de <https://www.jstor.org/stable/10.7721/chilyoutenvi.27.1.0017>. doi: 10.7721/chilyoutenvi.27.1.0017
- Ferraz, G. C., & Kastrup, V. (2007). Movimentos da atenção: um diálogo com William James. *Memorandum*, 13, 61–72. Recuperado de <http://www.fafich.ufmg.br/~memorandum/a13/05FerrazKastrup.pdf>
- Fisher, J. D., Bell, P. A., & Baum, A. (1984). *Environmental psychology*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Fonseca, G. U. S., Lima, R. F., Ims, R. E., Coelho, D. G., & Ciasca, S. M. (2015). Diferenças de desempenho na atenção e funções executivas de escolares em função da idade. *Ciências & Cognição*, 20(2), 204–217. Recuperado de <http://www.cienciasecognicao.org/revista/index.php/cec/article/view/1004>.
- Gazzaniga, M. S., Ivry, R. B., & Mangun, G. R. (2006). *Neurociência cognitiva: a biologia da mente*. Porto Alegre: Artmed.
- Grahn, P., & Stigsdotter, U. A. (2003). Landscape planning and stress. *Urban Forestry & Urban Greening*, 2(1), 1–18. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1618866704700199>. doi: 10.1078/1618-8667-00019

- Gressler, S. C. (2014). *O descanso e a teoria dos ambientes restauradores* (Doutorado em Psicologia). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Recuperado de <http://repositorio.unb.br/handle/10482/15845>.
- Gressler, S. C., & Gunther, I. A. (2013). Ambientes restauradores: definição, histórico, abordagens e pesquisas. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 18(3), 487–495. Recuperado de <https://www.redalyc.org/html/261/26128793009/>. doi: 10.1590/S1413-294X2013000300009
- Hartig, T. (2011). Issues in restorative environment research: matters of measurement. In B. Fernández-Ramírez, C. H. Villodres, C. M. S. Ferrer, & M. J. M. Méndez (Orgs.), *Psicología ambiental 2011: entre los estudios urbanos y el análisis de la sostenibilidad* (pp. 41–66). Almería: Universidad de Almería.
- Hartig, T., & Staats, H. (2006). The need for psychological restoration as a determinant of environmental preferences. *Journal of Environmental Psychology*, 26(3), 215–226. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272494406000521>. doi: 10.1016/j.jenvp.2006.07.007
- Helene, A. F., & Xavier, G. F. (2003). A construção da atenção a partir da memória. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(2), 12–20. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbp/v25s2/a04v25s2.pdf>. doi: 10.1590/S1516-44462003000600004
- Hidalgo, M. C., Berto, R., Galindo, M. P., & Getrevi, A. (2006). Identifying attractive and unattractive urban places: categories, restorativeness and aesthetic attributes. *Medio Ambiente y Comportamiento Humano*, 7(2), 115–133. Recuperado de https://mach.webs.ull.es/PDFS/Vol7_2/Vol7_2_f.pdf
- Kaplan, R., & Kaplan, S. (1989). *The experience of nature: A psychological perspective*. New York: Cambridge University Press.
- Kaplan, S. (1995). The restorative benefits of nature: toward an integrative framework. *Journal of Environmental Psychology*, 15(3), 169–182. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0272494495900012>. doi: 10.1016/0272-4944(95)90001-2
- Kaplan, S. (2001). Meditation, restoration, and the management of mental fatigue. *Environment and Behavior*, 33(4), 480–506. Recuperado de <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/00139160121973106>. doi: 10.1177/00139160121973106
- Kaplan, S., & Berman, M. G. (2010). Directed attention as a common resource for executive functioning and self-regulation. *Perspectives on Psychological Science*, 5(1), 43–57. Recuperado de <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1745691609356784>. doi: 10.1177/1745691609356784
- Kaplan, S., & Talbot, J.F. (1983). Psychological benefits of a wilderness experience. In I. Altman & J. F. Wohlwill (Orgs.), *Behavior and the natural environment. Human behavior and environment (Advances in theory and research)* (pp. 163-203). Boston, MA: Springer.
- 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. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0169204608000224>. doi: 10.1016/j.landurbplan.2008.01.004
- Kylén, M., Schmidt, S. M., Iwarsson, S., Haak, M., & Ekström, H. (2017). Perceived home is associated with psychological well-being in a cohort aged 67–70 years. *Journal of Environmental Psychology*, 51(0), 239–

247. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272494417300567>. doi: 10.1016/j.jenvp.2017.04.006
- Lindal, P. J., & Hartig, T. (2013). Architectural variation, building height, and the restorative quality of urban residential streetscapes. *Journal of Environmental Psychology*, 33(0), 26–36. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272494412000643>. doi: 10.1016/j.jenvp.2012.09.003
- Parsons, R. (1991). The potential influences of environmental perception on human health. *Journal of Environmental Psychology*, 11(1), 1–23. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272494405800027>. doi: 10.1016/S0272-4944(05)80002-7
- Roe, J., & Aspinall, P. (2011). The restorative outcomes of forest school and conventional school in young people with good and poor behaviour. *Urban Forestry and Urban Greening*, 10(3), 205–212. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1618866711000318>. doi: 10.1016/j.ufug.2011.03.003.
- Rosemberg, D. (2008). *Atenção para tarefas simples e complexas nas perspectivas de primeira e terceira pessoa: um experimento fenomenológico* (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Recuperado de <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/16341>.
- Sbissa, P. P. M. (2009). Desenvolvimento da atenção como mecanismo restaurador da saúde. In A. Kuhnen, R. M. Cruz, & E. Takase (Orgs.), *Interações pessoa-ambiente e saúde* (pp. 261–275). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Silveira, B. B. (2017). *Estresse e restauração: aspectos físicos e psicológicos de um hospital de custódia* (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal de Santa Catarina. Recuperado de <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/176747>.
- Silveira, B. B., & Kuhnen, A. (2019). Psicologia ambiental e saúde na relação pessoa-ambiente: uma revisão sistemática. *Psi Unisc*, 3(1), 89–105. Recuperado de <https://online.unisc.br/seer/index.php/psi/article/view/12523>. doi: 10.17058/psiunisc.v3i1.12523
- Sternberg, R. J. (2013). *Psicologia cognitiva*. São Paulo: Cengage Learning.
- Ulrich, R. S. (1999). Effects of gardens on health outcomes: theory and research. In C. Cooper Marcus & M. Barnes (Orgs.), *Healing gardens: therapeutic benefits and design recommendations* (p. 27–86). New York: John Wiley & Sons.
- Ulrich, R. S. (1984). View through a window may influence recovery from surgery. *Science*, 224(4647), 420–421. Recuperado de <http://science.sciencemag.org/content/224/4647/420.short>. doi: 10.1126/science.6143402
- Ulrich, R. S., Simons, R. F., Losito, B. D., Fioritoni, E., Miles, M. A., & Zelson, M. (1991). Stress recovery during exposure to natural and urban environments. *Journal of Environmental Psychology*, 11(3), 201–230. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272494405801847>. doi: 10.1016/S0272-4944(05)80184-7
- 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. Recuperado de <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1359105310365577>. doi: 10.1177/1359105310365577

Velarde, M. D., Fry, G., & Tveit, M. (2007). Health effects of viewing landscapes: landscape types in environmental psychology. *Urban Forestry and Urban Greening*, 6(4), 199–212. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1618866707000416>. doi: 10.1016/j.ufug.2007.07.001

CAPÍTULO II

DIÁLOGOS ENTRE A PSICOLOGIA AMBIENTAL E A ARQUITETURA PARA O CUIDADO DA SAÚDE

*Maíra Longhinotti Felipe
Bettieli Barboza da Silveira*

Entendimento geral

Neste capítulo pretendemos refletir sobre os espaços físicos de instituições tais quais hospitais, unidades de pronto atendimento e postos de saúde. Partimos da compreensão de que as características arquitetônicas desses ambientes podem contribuir para a promoção de saúde, como também, serem fontes geradoras de estresse. Recorremos à Psicologia Ambiental (PA) e à Arquitetura, cuja interlocução nos permite pensar nos ambientes construídos não apenas como o pano de fundo onde se desdobram os acontecimentos da vida, mas como parte de um sistema integrado de relações, em que lugares e pessoas se tecem mutuamente, de modo indissociável.

A PA investiga as inter-relações entre pessoa e entorno e os comportamentos e processos afetivos, cognitivos e simbólicos implicados nesse ambiente que, além de físico, é social, histórico e cultural. Dedicar-se à interação entre os ambientes e os processos psicofisiológicos disparados por essa relação. A interdisciplinaridade é marca constitutiva da PA, cuja produção de conhecimento dialoga com outras disciplinas como a Arquitetura, o Urbanismo, a Sociologia, a Geografia e a Biologia, assim como seus métodos e técnicas de pesquisa inserem-na no âmbito dos estudos pessoa-ambiente.

É possível aplicar os conhecimentos da PA com vistas à qualidade ambiental e, por conseguinte, à qualidade de vida dos usuários dos ambientes (Wiesenfeld, 2005). Quando uma pessoa é submetida a um ambiente, a um acontecimento ou a uma situação que requer um esforço de adaptação maior do que se consegue disponibilizar, essa pessoa está sujeita a uma reação de estresse. Diante disso, é imprescindível pensar a prevenção de doenças e a promoção de saúde através do ambiente, principalmente em contextos de grande vulnerabilidade (Löhr, Melo, Salvo & Silves, 2014), por meio de intervenções arquitetônicas que mitiguem o estresse e potencializem o bem-estar.

No Brasil, o uso de estudos pessoa-ambiente como ferramenta de avaliação, conhecimento ambiental e atividade projetual vem sendo aplicado com cada vez maior regularidade e ênfase em alguns cursos de graduação e pós-graduação no campo da Arquitetura, especialmente na forma de Avaliações Pós-Ocupação. Destacam-se as seguintes instituições: Universidade de São Paulo, UNICAMP, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Estadual de Londrina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Universidade Federal do Rio Grande do Norte (Ornstein, 2004). A própria produção no campo dos estudos das relações pessoa-ambiente — incluindo-se aí a produção bibliográfica, teses e dissertações — tem crescido significativamente nos últimos anos, a partir do surgimento de novos grupos e linhas de pesquisa dedicada à área, especialmente em departamentos de Psicologia e Arquitetura, mas também de Educação e Engenharia (Pinheiro, 2005).

Como exemplos de crescente produção bibliográfica global destacamos, especificamente no campo da saúde, os trabalhos trazidos nas revisões de Devlin e Arneil (2003), um levantamento do estado da arte sobre ambientes de cuidado à saúde e efeitos em pacientes; de Ulrich, Zimring, Quan, Joseph e Choudhary, publicada em 2004 e ampliada em 2008 por Ulrich e colegas (2008), sobre o desenho de ambientes de saúde baseado em evidências científicas; de Hignett e Lu (2010), sobre recomendações espaciais para ambientes hospitalares; e Huisman, Morales, Hoof e Kort (2012), a respeito do impacto do ambiente físico sobre os usuários. Também podemos citar o conjunto de pesquisas sobre os benefícios da natureza, da luz do dia, do ar fresco e da quietude (Van den Berg, 2005); os efeitos da luz (Joseph, 2006); e os efeitos do conforto térmico (Khodarami & Nasrollahi, 2012) sobre a saúde das pessoas.

Assim, defendemos como funções da arquitetura o reconhecimento das necessidades humanas ao habitar o mundo e a produção de sistemas ambientais que atendem a essas necessidades. Portanto, a construção de ambientes planejados passa fundamentalmente pela compreensão das necessidades das pessoas na relação que estabelecem com o meio e entre si. Investigar as relações pessoa-ambiente permite compreender tais necessidades e identificar as formas pelas quais a arquitetura pode melhor atendê-las. Desse modo, as práticas e estudos em PA e suas interlocuções com a Arquitetura podem figurar como uma ferramenta, ou seja, como uma tecnologia voltada à concepção de espaços saudáveis. Assim, refletimos a seguir, teórica e empiricamente, sobre relações de bem-estar e estresse em ambientes de cuidado da saúde, como modo de evidenciar o papel do ambiente físico na produção de espaços de cura.

Design Baseado em Evidência

A crescente produção científica acerca dos efeitos que a relação pessoa-ambiente pode produzir sobre o estado de bem-estar ou estresse em espaços de cuidado à saúde dá suporte ao campo de conhecimento denominado Design Baseado em Evidência (*Evidence-based Design* ou *EBD*). Trata-se de uma área disciplinar que, há cerca de três décadas, defende a aplicação, na prática do Design e da Arquitetura, do conhecimento científico e das diretrizes derivadas da investigação empírica acerca da relação pessoa-ambiente — com ênfase nos ambientes dedicados ao cuidado da saúde — a fim de promover o bem-estar, a segurança, a produtividade e a sustentabilidade (Shepley, Fellows, Hintz, Johnson, & Spohn, 2012; Ulrich, Berry, Quan, & Parish, 2010). Sua estrutura conceitual no contexto da saúde, descrita por Ulrich et al. (2010), relaciona os diferentes elementos do ambiente físico construído (variáveis independentes) e os aspectos psicológicos, fisiológicos, sociais e econômicos (variáveis dependentes) sobre os quais esse ambiente físico pode exercer direta ou indiretamente alguma influência, afetando pacientes, familiares, profissionais e organizações.

Os elementos do ambiente físico construído aparecem agrupados nessa estrutura conceitual em nove categorias: ambiente sonoro (como ruído, música, superfícies acústicas), ambiente visual (como vistas a partir da janela, iluminação, artes visuais e entretenimento), segurança (como qualidade do ar, sistemas de higienização, suspensão, proteção), sistema de localização de percursos (como sinalização, informação), sustentabilidade (como eficiência energética e gestão de resíduos), quarto de internação (como número de leitos, disponibilidade de banheiros, controle da iluminação e temperatura), espaços de apoio para a família (como salas de espera, cama para acompanhante), espaços de apoio a técnicos e enfermeiros, bem como ao pessoal médico (como estações de trabalho e salas de reunião).

Já entre as variáveis dependentes estão uma série de aspectos ligados ao bem-estar físico e psicológico dos usuários (como estresse, fadiga, depressão, dor, satisfação, infecções, quedas, tempo de internação, qualidade de sono), às interações sociais (privacidade, comunicação, informação e controle); à execução de trabalho (como *performance* e eficiência) e às demandas institucionais (como custos e rotatividade de pessoal). Destacam-se também aspectos organizacionais como variáveis intervenientes nesse quadro de relações.

Para a construção desse quadro conceitual, Ulrich et al. (2010) buscaram evidências empíricas e teóricas disponíveis que relacionam direta ou indiretamente as variáveis envolvidas. E admitiram o caráter dinâmico dessa estrutura, que se modificará na medida em que novas evidências surgirem. Tal estrutura conceitual dá a dimensão do quão complexo e extenso é esse

campo de conhecimento, o que frequentemente se reflete no caráter multidisciplinar das equipes de trabalho do setor, que envolvem a participação dos diversos profissionais das áreas de planejamento e *design*, saúde e administração.

A Teoria do Design de Suporte

Em outra proposta de quadro conceitual, Ulrich (1991) propôs a Teoria do Design de Suporte, que estabelece critérios para o planejamento de espaços de modo a promover a saúde e suprimir potenciais efeitos negativos do ambiente sobre os usuários. A teoria defende que o ambiente físico das estruturas de saúde deve ser suportivo, no sentido de favorecer o enfrentamento da doença e possuir um efeito suplementar àquele proporcionado pelo tratamento médico. Para Ulrich, um ambiente é suportivo quando favorece a percepção de controle por parte das pessoas sobre o ambiente do hospital; bem como a existência de suporte social; o acesso a distrações positivas e a eliminação de fontes de distração negativa. Para o autor, esses aspectos têm recebido respaldo da comunidade científica quanto a sua influência sobre o estresse e o bem-estar para diversos tipos de cenários físicos e de grupos humanos.

Evans e McCoy (1998) definiram “controle” como um recurso de regulação e flexibilização do espaço e o elegeram como uma dimensão arquitetural potencialmente capaz de afetar a saúde humana por alteração dos níveis de estresse, estando associado inclusive ao desamparo aprendido. A falta de controle sobre um fator ambiental que não atenda às necessidades individuais do usuário pode ser estressante e afetar o bem-estar. Na outra direção, uma maior percepção de controle tem sido apontada como um elemento central do conforto emocional (Williams & Irurita, 2005). Ter poder de decisão sobre a decoração do ambiente, por exemplo, pode favorecer a percepção de controle, como sugeriu um estudo de Suter e Baylin (2007). Elas investigaram se a possibilidade de escolher painéis artísticos para o próprio quarto de internação seria benéfico a pacientes, familiares e profissionais. Por meio de entrevistas semiestruturadas com esses usuários, verificou-se que o procedimento pode melhorar o humor do paciente, evocar memórias, promover distração, interação social, senso de controle e a personalização ambiental. Personalizar um ambiente tem sido considerado um modo de regulação de estresse, especialmente importante para o bem-estar em ambientes estressores (Yan & England, 2001). A personalização seria um mecanismo mediador de controle e redução do estresse por favorecer a adaptação do espaço às características do indivíduo, fortalecendo a identidade pessoal e de lugar (Felippe, 2009).

Já o aspecto relativo ao suporte social diz respeito ao recebimento de apoio entre pacientes, amigos, familiares e profissionais, que constituem uma rede de assistência aos frequentadores do ambiente de cuidado à saúde. Quando não afeta a capacidade de controle sobre as interações sociais, o suporte social pode auxiliar no combate ao estresse e favorecer o bem-estar (Ulrich, 1991). Estruturas que favorecem a permanência dessa rede de assistência no hospital, como aquelas que oferecem camas e banheiros para acompanhantes, jardins e salas de apoio, contribuem para um ambiente de maior suporte social.

O último fator elencado na Teoria do Design de Suporte faz referência a ambientes ricos em distrações positivas e isentos de distrações negativas, ou seja, ambientes que oferecem meios através dos quais os usuários cultivam pensamentos positivos e evitam aqueles estressantes. Investigações têm demonstrado a importância desse aspecto nos ambientes de cuidado à saúde. Em um estudo com pacientes submetidos a colonoscopia, por exemplo, a dose de sedação autoadministrada e a dor reportada diminuíram significativamente quando pacientes foram expostos à distração audiovisual se comparado à situação de apenas receber estímulo visual ou não receber nenhum estímulo (Lee et al., 2004). A música também foi benéfica aos pacientes participantes da investigação de Särkämö et al. (2008), que experienciaram menos estados de ânimo negativos. Elementos naturais, como vegetação e água, inclusive quando representados em murais ou obras de arte, são igualmente importantes distrações positivas que recuperam do estresse (Ulrich et al., 1991). Segundo a Teoria Psicoevolucionista (Ulrich et al., 1991), as configurações naturais que favoreceram o bem-estar e a sobrevivência da espécie ao longo do período evolutivo desencadeariam afetos de valor positivo, suprimindo aqueles de valor negativo e os pensamentos estressantes.

Influência do ambiente de cuidado à saúde sobre o bem-estar: evidências empíricas

Ao tratar da influência do ambiente de cuidado à saúde sobre o estresse de pacientes, Ulrich et al. (2008) destacaram dois grandes grupos de variáveis físicas: relacionadas à redução de ruído e à exposição à natureza. Essas relações são apresentadas a seguir. Existem igualmente outros atributos físicos apontados pelos autores que podem afetar o estresse indiretamente: por exemplo, variáveis relacionadas à qualidade do sono e do suporte social recebido pelo paciente (Ulrich et al., 2008). Entre elas estão a qualidade e a intensidade da iluminação artificial diurna — que pode atuar sobre a indução de sono profundo noturno (Wakamura & Tokura, 2001) — e a presença de espaços dedicados à família do paciente, que pode favorecer a quantidade e a qualidade do suporte social (Happ et al., 2007).

Ruído e estresse nos ambientes de cura

Existem evidências consistentes tanto de que hospitais são ambientes ruidosos como de que o ruído é um importante estressor (Blomkvist, Eriksen, Theorell, Ulrich, & Rasmanis, 2005). A literatura tem apontado que a implementação de superfícies absorvedoras de som é eficaz para diminuir o nível de ruído em hospitais (por reverberação e propagação) e reduzir o estresse. Hagerman et al. (2005), em um estudo experimental com pacientes de uma unidade hospitalar de cardiologia, encontraram valores significativamente mais baixos para a amplitude de pulso (menor excitação do Sistema Nervoso Autônomo Simpático) durante a noite quando o revestimento do teto era constituído por material acústico absorvente se comparado à condição com material acústico refletor. Os pacientes na condição menos ruidosa também avaliaram mais positivamente a qualidade do cuidado recebido e foram re-hospitalizados menos vezes nas semanas que seguiram à primeira internação. Blomkvist et al. (2005), na mesma unidade hospitalar, reportaram que a melhoria das condições acústicas por meio da inserção dos painéis de absorção de som afetou o ambiente psicossocial em tal modo que as enfermeiras da unidade perceberam durante aquele período menores demandas de trabalho.

A literatura também indica que os níveis de ruído para o paciente são menores em quartos com um único leito, nos quais são evitados os sons produzidos por outros pacientes. Gabor et al. (2003) verificaram que não apenas os níveis de intensidade sonora são menores em quartos com um único paciente (quando comparados aos quartos múltiplos) como também os usuários percebem significativamente menos sons indesejáveis nesses ambientes. Evidentemente, além da adoção de superfícies acústicas não reverberantes e de quartos com um único leito, o nível de ruído pode ser diminuído pela eliminação, controle ou remanejamento de fontes de som indesejável, tais como equipamentos, alarmes e telefones (Ulrich et al., 2008).

Elementos naturais e estresse nos ambientes de cura

O outro grande grupo de variáveis físicas do ambiente de cuidado à saúde relacionadas ao estresse, como apontaram Ulrich et al. (2008), diz respeito à exposição à natureza. Existe um contundente corpo de investigações que demonstram empiricamente que a exposição a elementos ou ambientes naturais reais ou simulados em hospitais — tais como o contato com a natureza através de uma janela, murais, quadros de arte, vídeos ou em jardins — pode promover a melhoria de parâmetros fisiológicos e psicológicos associados a estresse.

Park e Mattson (2009), por exemplo, investigaram se a exposição de pacientes cirúrgicos a plantas localizadas no interior dos quartos de internação influenciava a redução de estresse e a recuperação da cirurgia. Eles verificaram que os pacientes na condição experimental (expostos a plantas) reportaram mais sentimentos positivos, mais alta satisfação em relação ao quarto e menos dor, ansiedade e fadiga; também apresentaram tempos mais curtos de internação e menor necessidade de analgésicos, se comparados aos pacientes em quartos onde não havia plantas. Em outro estudo, usuários de um hospital pediátrico (pacientes, visitantes e profissionais da saúde) reportaram menor estresse emocional na área de jardim que no interior da unidade hospitalar, embora a diferença não tenha sido estatisticamente significativa (Sherman, Varni, Ulrich, & Malcarne, 2005). Ainda em um hospital pediátrico, o jardim foi o ambiente mais preferido por pacientes na visão de pais e enfermeiros e promoveu, segundo a percepção destes, mais respostas afetivas positivas das crianças, como alegria e felicidade (Said, Salleh, Bakar, & Mohamad, 2005).

Para enfermeiros de dois hospitais infantis norte-americanos, a visão através da janela em direção a paisagens naturais mediou as relações estatisticamente significativas entre o tempo de visão percebido dessas paisagens e a alertividade no trabalho (relação positiva) e o tempo de visão percebido e o estresse (relação negativa), medidos por meio de instrumentos de autorreportação (Pati, Harvey, & Barach, 2008). Similarmente, em outro estudo com enfermeiros, uma maior exposição percebida à luz do dia direta esteve relacionada a um menor nível de estresse e mais alta satisfação no trabalho reportados (Alimoglu & Donmez, 2005). A maior incidência da luz solar no quarto de internação também esteve associada a um menor estresse percebido por pacientes cirúrgicos e menor dosagens de analgésicos (Walch et al., 2005).

Outras implicações ambientais sobre o bem-estar

Iluminação artificial apropriada, presença de espaços dedicados à família do paciente, redução de ruído e exposição à natureza são, como visto, aspectos não apenas relacionados direta ou indiretamente à melhoria de parâmetros psicofisiológicos ligados ao estresse em hospitais, mas também à melhoria de outros parâmetros de bem-estar. Visões da natureza, por exemplo, podem afetar diversos parâmetros da recuperação da saúde. Em um clássico estudo, Ulrich (1984) examinou o efeito do tipo de visão (se natural ou construída) através de janelas de quartos de um hospital sobre a recuperação de pacientes cirúrgicos. Comparados ao grupo de pacientes com visão para elementos construídos, os pacientes com visão para árvores

apresentaram períodos de internação mais curtos, receberam menor quantidade de comentários negativos por parte dos enfermeiros, menor quantidade de doses de analgésico de força moderada e forte e tiveram menores escores para complicações pós-cirúrgicas. Similarmente, pacientes adultos que durante broncoscopia flexível com sedação consciente foram expostos à visão de um mural com paisagem natural e a sons da natureza reportaram menos dor que pacientes privados desses elementos (Diette, Lechtzin, Haponik, Devrotes, & Rubin, 2003).

Visões da natureza atuam também sobre o nível de preferência ambiental de pacientes e familiares. Um estudo conduzido por Eisen, Ulrich, Shepley, Varni e Sherman (2008) verificou que a preferência por quadros de arte que reproduzem realisticamente cenas da natureza foi maior que por quadros abstratos de diferentes tipos (caótico, com cor intensa, com cor amena, com animais) ou impressionistas, para pacientes pediátricos de diversos grupos etários entre os 5 e os 17 anos. Em estudo com pacientes da mesma faixa de idade, Nanda, Chanaud, Brown, Hart e Hathorn (2009) também verificaram que o conteúdo natural em quadros de arte foi consistentemente bem avaliado pelos participantes. Também, pais de pacientes pediátricos avaliaram mais positivamente o ambiente físico hospitalar quando nele havia largos murais representando paisagens naturais e personagens de desenhos animados quando comparado à situação em que apenas pequenos quadros estavam presentes (Monti et al., 2012). A preferência ambiental é considerada uma reação afetiva a um ambiente que suporta a autorregulação do bem-estar, ou seja, as pessoas tendem a preferir os ambientes que lhes fornecem oportunidades de interações favoráveis (Korpela, Kyttä, & Hartig, 2002). A preferência ambiental ainda pode agir sobre os níveis de satisfação e a avaliação que o usuário faz do ambiente (Corraliza, 2000).

Do ponto de vista da satisfação com o ambiente social e físico hospitalar, também o quarto com um único leito comparece como atributo físico favorável. Janssen, Klein, Harris, Soolsma e Seymour (2000) verificaram que parturientes de quartos individuais demonstraram maior satisfação com o ambiente físico e vários aspectos da experiência hospitalar relativos à informação, comunicação, cuidado, assistência e privacidade. A satisfação na presença de quartos com um único leito também é maior para profissionais da saúde, como sugere o estudo de Shepley, Harris e White (2008). Eles encontraram que os enfermeiros de uma unidade de tratamento intensivo neonatal com quartos individuais relataram significativamente maior satisfação com o trabalho e menor estresse percebido. Para esse grupo de participantes, a satisfação com o ambiente físico e a percepção de seu impacto psicológico sobre os usuários também foram mais positivas se comparadas àquelas reportadas por enfermeiros em setores

com quartos múltiplos, embora diferenças estatisticamente significativas não tenham sido encontradas com relação a esses aspectos.

Além de afetar estresse, ruído e satisfação, quartos individuais também podem aumentar a quantidade de sono e melhorar a qualidade de sono percebida (Gabor et al., 2003). Podem ainda reduzir a incidência de infecções hospitalares, como sugere o estudo realizado por Ben-Abraham et al. (2002) com pacientes pediátricos de uma unidade de terapia intensiva. Eles investigaram a relação entre a existência de quartos isolados e a disseminação de infecções por meio da análise de registros médicos em dois momentos distintos: antes e após uma reestruturação que transformou um único *open space* em diversos quartos com um único leito. A média do número de infecções por paciente e o tempo de internação foram maiores na condição de espaço único aberto. Os autores também encontraram uma significativa redução de episódios de infecção do trato urinário e respiratório após a reestruturação.

Quartos com um único leito ainda proporcionam com maior probabilidade espaços para acomodar familiares, cuja presença favorece o suporte social, aumenta a satisfação, promove a comunicação e reduz o estresse do paciente (Ulrich et al., 2008). A presença de familiares não é benéfica apenas para o paciente, mas também para os próprios familiares. No estudo de Powers e Rubenstein (1999) em uma unidade de terapia intensiva pediátrica, a presença dos pais durante a execução de procedimentos invasivos diminuiu a ansiedade que esses sentiam em relação ao procedimento.

A Tabela 1 — construída a partir de dados fornecidos por uma extensa revisão de literatura executada por Ulrich et al. (2008) — reúne, para cada uma das características físicas acima elencadas, outros resultados a elas associados além daqueles ligados ao estresse. Tais associações foram apresentadas pelos autores da revisão com base em evidências empíricas e teóricas e podem ser de natureza direta ou indireta (relações mediadas).

Os atributos físicos elencados anteriormente — visões da natureza, quartos com um único leito, áreas dedicadas à família no quarto de internação, superfícies acústicas e iluminação apropriada — favorecem em algum modo a percepção de controle pessoal, o acesso ao suporte social ou a distrações positivas, corroborando a Teoria do Design de Suporte para o planejamento de espaços promotores do bem-estar que não ofereçam situações cujos efeitos possam ser negativos a pacientes, familiares e profissionais.

Tabela 1
Atributos físicos associados a estresse e a outros resultados

Atributos físicos	Relações
Visões da natureza	Depressão reduzida Maior satisfação entre profissionais da saúde Maior satisfação entre pacientes Menor stress para pacientes Menor stress para profissionais da saúde Menor tempo de internação Menos dor
Quartos com um único leito	Maior eficiência relacionada a trabalho Maior privacidade e confidencialidade Maior satisfação entre profissionais da saúde Maior satisfação entre pacientes Maior suporte social Melhor comunicação entre pacientes e familiares Melhor sono Menor stress para pacientes Menor stress para profissionais da saúde Redução de erros médicos Redução de infecções hospitalares Redução de quedas
Áreas dedicadas à família no quarto de internação	Depressão reduzida Maior privacidade e confidencialidade Maior satisfação entre pacientes Maior suporte social Melhor comunicação entre pacientes e familiares Menor stress para pacientes Redução de quedas
Superfícies acústicas redutoras de ruído	Maior eficiência relacionada a trabalho Maior privacidade e confidencialidade Maior satisfação entre profissionais da saúde Maior satisfação entre pacientes Melhor comunicação entre pacientes e familiares Melhor sono Menor stress para pacientes Menor stress para profissionais da saúde Menos dor Redução de erros médicos
Acesso à luz natural	Depressão reduzida Maior satisfação entre profissionais da saúde Maior satisfação entre pacientes Melhor sono Menor stress para pacientes Menor stress para profissionais da saúde Menor tempo de internação Menos dor

Luz artificial apropriada (luz brilhante de espectro total)	Depressão reduzida Maior eficiência relacionada a trabalho Maior satisfação entre profissionais da saúde Maior satisfação entre pacientes Melhor sono Menor stress para pacientes Menor stress para profissionais da saúde Menor tempo de internação Menos dor Redução de erros médicos Redução de quedas
--	---

Considerações finais

O entendimento dos mecanismos de correspondência entre as características físicas de um lugar e as reações humanas nele manifestadas é de especial importância para quem estuda e planeja os diferentes ambientes, pois possibilita antever e projetar os modos de interação entre as pessoas e seus entornos, facilitando relações desejadas. A fim de favorecer esse entendimento e a elaboração de orientações para a promoção do bem-estar, este capítulo ilustrou alguns dos aspectos envolvidos na relação entre os ambientes de cuidado à saúde e seus usuários.

O planejamento ambiental das instituições de saúde pode tomar como ponto de partida diferentes critérios, dentre eles: orçamentários, estéticos, modelos arquitetônicos que obtiveram êxito, estudos de pós-ocupação, e assim por diante. O que propomos é tomar como ponto de partida o conhecimento científico produzido pelos estudos pessoa-ambiente, a fim de planejar lugares promotores de saúde e qualidade de vida. Ao compreender esse campo disciplinar como técnica para o planejamento ambiental, sugerimos que se tem à mão uma tecnologia para o delineamento de projetos arquitetônicos cujo escopo contempla, acima de tudo, o bem-estar humano.

Referências

- Alimoglu, M. K., & Donmez, L. (2005). Daylight exposure and the other predictors of burnout among nurses in a University Hospital. *International Journal of Nursing Studies*, 42(5), 549–555. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748904001567?via%3Dihub>. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2004.09.001
- Ben-Abraham, R., Keller, N., Szold, O., Vardi, A., Weinberg, M., Barzilay, Z., & Paret, G. (2002). Do isolation rooms reduce the rate of nosocomial infections in the pediatric intensive care unit? *Journal of Critical Care*, 17(3), 176–180. Recuperado de

- <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0883944102700154?via%3Dihub>. doi: 10.1053/jcrc.2002.35809
- Blomkvist, V., Eriksen, C. A., Theorell, T., Ulrich, R., & Rasmanis, G. (2005). Acoustics and psychosocial environment in intensive coronary care. *Occupational and Environmental Medicine*, 62(3), e1 – e1. Recuperado de <https://oem.bmj.com/content/62/3/e1>. doi: 10.1136/oem.2004.017632
- Corraliza, J. A. (2000). Emoción y ambiente. In J. I. Aragonés & M. Amérigo (Orgs.), *Psicología ambiental* (p. 59–76). Madrid: Pirámide.
- Devlin, A. S., & Arneill, A. B. (2003). Health care environments and patient outcomes: a review of the literature. *Environment and Behavior*, 35(5), 665–694. Recuperado de <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0013916503255102>. doi: 10.1177/0013916503255102
- Diette, G. B., Lechtzin, N., Haponik, E., Devrotes, A., & Rubin, H. R. (2003). Distraction therapy with nature sights and sounds reduces pain during flexible bronchoscopy: a complementary approach to routine analgesia. *Chest*, 123(3), 941–948. Recuperado de [https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692\(16\)34766-3/fulltext](https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692(16)34766-3/fulltext). doi: 10.1378/chest.123.3.941
- Eisen, S. L., Ulrich, R. S., Shepley, M. M., Varni, J. W., & Sherman, S. (2008). The stress-reducing effects of art in pediatric health care: art preferences of healthy children and hospitalized children. *Journal of Child Health Care*, 12(3), 173–190. Recuperado de <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1367493508092507>. doi: 10.1177/1367493508092507
- Evans, G. W., & McCoy, J. M. (1998). When buildings don't work: the role of architecture in human health. *Journal of Environmental Psychology*, 18(1), 85–94. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272494498900895?via%3Dihub>. doi: 10.1006/jevp.1998.0089
- Felippe, M. L. (2009). Ambiente pessoal: o papel da personalização na construção de espaços saudáveis. In A. Kuhnen, E. Takase, & R. M. Cruz (Orgs.), *Interações pessoa-ambiente e saúde* (p. 117–136). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Gabor, J. Y., Cooper, A. B., Crombach, S. A., Lee, B., Kadikar, N., Bettger, H. E., & Hanly, P. J. (2003). Contribution of the intensive care unit environment to sleep disruption in mechanically ventilated patients and healthy subjects. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 167(5), 708–715. Recuperado de <https://www.atsjournals.org/doi/abs/10.1164/rccm.2201090>. doi: 10.1164/rccm.2201090
- Hagerman, I., Rasmanis, G., Blomkvist, V., Ulrich, R., Eriksen, C. A., & Theorell, T. (2005). Influence of intensive coronary care acoustics on the quality of care and physiological state of patients. *International Journal of Cardiology*, 98(2), 267–270. Recuperado de [https://www.internationaljournalofcardiology.com/article/S0167-5273\(04\)00066-X/fulltext](https://www.internationaljournalofcardiology.com/article/S0167-5273(04)00066-X/fulltext). doi: 10.1016/j.ijcard.2003.11.006
- Happ, M. B., Swigart, V. A., Tate, J. A., Arnold, R. M., Sereika, S. M., & Hoffman, L. A. (2007). Family presence and surveillance during weaning from prolonged mechanical ventilation. *Heart & Lung: The Journal of Critical Care*, 36(1), 47–57. Recuperado de [https://www.heartandlung.org/article/S0147-9563\(06\)00180-4/fulltext](https://www.heartandlung.org/article/S0147-9563(06)00180-4/fulltext). doi: 10.1016/j.hrtlng.2006.07.002

- 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. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003687009001707>. doi: 10.1016/j.apergo.2009.12.010
- Huisman, E. R. C. M., Morales, E., Hoof, J. V., & Kort, H. S. M. (2012). Healing environment: a review of the impact of physical environmental factors on users. *Building and Environment*, 58(0), 70-80. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0360132312001758>. doi: 10.1016/j.buildenv.2012.06.016
- Janssen, P. A., Klein, M. C., Harris, S. J., Soolsma, J., & Seymour, L. C. (2000). Single room maternity care and client satisfaction. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 27(4), 235–243. Recuperado de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1046/j.1523-536x.2000.00235.x>. doi: 10.1046/j.1523-536x.2000.00235.x
- Joseph, A. (2006). *The impact of light on outcomes in healthcare settings* (Relatório) (p. 1-14). Concord, CA: The Center for Health Design. Recuperado de https://www.healthdesign.org/sites/default/files/CHD_Issue_Paper2.pdf
- Khodakarami, J., & Nasrollahi, N. (2012). Thermal comfort in hospitals: a literature review. *Renewable and Sustainable Energy Reviews*, 16(6), 4071–4077. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1364032112002377?via%3Dihub>. doi: 10.1016/j.rser.2012.03.054
- Korpela, K., Kytä, M., & Hartig, T. (2002). Restorative experience, self-regulation, and children's place preferences. *Journal of Environmental Psychology*, 22(4), 387–398. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S027249440290277X?via%3Dihub>. doi: 10.1006/jevp.2002.0277
- Lee, D. W., Chan, A. C., Wong, S. K., Fung, T. M., Li, A. C., Chan, S. K., ... Chung, S. C. S. (2004). Can visual distraction decrease the dose of patient-controlled sedation required during colonoscopy? A prospective randomized controlled trial. *Endoscopy*, 36(3), 197–201. Recuperado de <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-2004-814247>. doi: 10.1055/s-2004-814247
- Löhr, S. S., Melo, M. H. S., Salvo, C. G., & Silveiras, E. F. M. (2014). Prevenção e promoção da saúde: um desafio na formação de psicólogos. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 4(2), 205-222. Recuperado de <http://revistas.lis.ulsiada.pt/index.php/rpca/article/view/433>.
- Monti, F., Agostini, F., Dellabartola, S., Neri, E., Bozicevic, L., & Pocecco, M. (2012). Pictorial intervention in a pediatric hospital environment: effects on parental affective perception of the unit. *Journal of Environmental Psychology*, 32(3), 216–224. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272494412000230?via%3Dihub>. doi: 10.1016/j.jenvp.2012.03.001
- Nanda, U., Chanaud, C. M., Brown, L., Hart, R., & Hathorn, K. (2009). Pediatric art preferences: countering the “one-size-fits-all” approach. *HERD*, 2(4), 46–61. Recuperado de <https://www.healthdesign.org/chd/knowledge-repository/pediatric-art-preferences>.
- Ornstein, S. W. (2004). Divergências metodológicas e de resultados nos estudos voltados às relações ambiente-comportamento (RAC) realizados nas escolas brasileira de arquitetura. In: Tassara, E.T.O., Rabinovich, E.P., & Guedes, M.C. (Orgs.). *Psicologia e ambiente* (pp.231-240). São Paulo: Educ.

- Park, S.-H., & Mattson, R. H. (2009). Therapeutic influences of plants in hospital rooms on surgical recovery. *HortScience*, 44(1), 102–105. Recuperado de <http://hortsci.ashspublications.org/content/44/1/102.abstract>.
- Pati, D., Harvey, T. E., & Barach, P. (2008). Relationships between exterior views and nurse stress: an exploratory examination. *Health Environments Research & Design Journal*, 1(2), 27–38. Recuperado de <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/193758670800100204>. doi: 10.1177/193758670800100204
- Pinheiro, J. Q. (2005). O lugar e o papel da Psicologia Ambiental no estudo das questões humano-ambientais, segundo grupos de pesquisa brasileiros. *Psicologia USP*, 16(1/2), 103-113. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v16n1-2/24647.pdf> . doi: 10.1590/S0103-65642005000100011
- Powers, K. S., & Rubenstein, J. S. (1999). Family presence during invasive procedures in the pediatric intensive care unit: a prospective study. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 153(9), 955–958. Recuperado de <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/347759>. doi: 10.1001/archpedi.153.9.955
- Said, I., Salleh, S. Z., Bakar, M. S. A., & Mohamad, I. (2005). Caregivers' evaluation on hospitalized children's preferences concerning garden and ward. *Journal of Asian Architecture and Building Engineering*, 4(2), 331–338. Recuperado de <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3130/jaabe.4.331>. doi: 10.3130/jaabe.4.331
- Särkämö, T., Tervaniemi, M., Laitinen, S., Forsblom, A., Soinila, S., Mikkonen, M., ... Hietanen, M. (2008). Music listening enhances cognitive recovery and mood after middle cerebral artery stroke. *Brain: A Journal of Neurology*, 131(Pt 3), 866–876. Recuperado de <https://academic.oup.com/brain/article/131/3/866/318687>. doi: 10.1093/brain/awn013
- Shepley, M. M., Fellows, C., Hintz, R., Johnson, L., & Spohn, J. (2012). Pediatric inpatient room experience. *Children, Youth and Environments*, 22(2), 47–65. Recuperado de https://www.jstor.org/stable/10.7721/chilyoutenvi.22.2.0047?seq=1#page_scan_tab_contents. doi: 10.7721/chilyoutenvi.22.2.0047
- Shepley, M. M., Harris, D. D., & White, R. (2008). Open-bay and single-family room neonatal intensive care units: caregiver satisfaction and stress. *Environment and Behavior*, 40(2), 249–268. Recuperado de <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0013916507311551>. doi: 10.1177/0013916507311551
- Sherman, S. A., Varni, J. W., Ulrich, R. S., & Malcarne, V. L. (2005). Post-occupancy evaluation of healing gardens in a pediatric cancer center. *Landscape and Urban Planning*, 73(2), 167–183. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0169204604001720?via%3Dihub>. doi: 10.1016/j.landurbplan.2004.11.013
- Suter, E., & Baylin, D. (2007). Choosing art as a complement to healing. *Applied Nursing Research*, 20(1), 32–38. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0897189706001297?via%3Dihub>. doi: 10.1016/j.apnr.2005.11.004
- Ulrich, R. S. (1984). View through a window may influence recovery from surgery. *Science (New York, N.Y.)*, 224(4647), 420–421. Recuperado de <http://science.sciencemag.org/content/224/4647/420.long>. doi: 10.1126/science.6143402
- Ulrich, R. S. (1991). Effects of interior design on wellness: theory and recent scientific research. *Journal of Health Care Interior Design*, 3(0), 97–109. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10123973>

- Ulrich, R. S., Berry, L. L., Quan, X., & Parish, J. T. (2010). A conceptual framework for the domain of evidence-based design. *Health Environments Research & Design Journal*, 4(1), 95–114. Recuperado de <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/193758671000400107>. doi: 10.1177/193758671000400107
- 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. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272494405801847?via%3Dihub>. doi: 10.1016/S0272-4944(05)80184-7
- Ulrich, R. S., Quan, X., Zimring, C., Joseph, A., & Choudhary, R. (2004). *The role of the physical environment in the hospital of the 21st century: a once-in-a-lifetime opportunity* (Designing the 21st Century Hospital Project) (p. 1–69). Concord, California: The Center for Health Design. Recuperado de <https://www.healthdesign.org/chd/knowledge-repository/role-physical-environment-hospital-21st-century-once-lifetime-opportunity-0>
- 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. *Health Environments Research & Design Journal*, 1(3), 61–125. Recuperado de <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/193758670800100306>. doi: 10.1177/193758670800100306
- Van den Berg, A. E. (2005). *Health impacts of healing environments; a review of evidence for benefits of nature, daylight, fresh air, and quiet in healthcare settings* (The Architecture of Hospitals) (p. 1–100). Groningen: Foundation 200 years University Hospital Groningen. Recuperado de <http://agris.fao.org/agris-search/search.do?recordID=NL2012017929>
- Wakamura, T., & Tokura, H. (2001). Influence of bright light during daytime on sleep parameters in hospitalized elderly patients. *Journal of Physiological Anthropology and Applied Human Science*, 20(6), 345–351. Recuperado de https://www.jstage.jst.go.jp/article/jpa/20/6/20_6_345/article. doi: 10.2114/jpa.20.345
- Walch, J. M., Rabin, B. S., Day, R., Williams, J. N., Choi, K., & Kang, J. D. (2005). The effect of sunlight on postoperative analgesic medication use: a prospective study of patients undergoing spinal surgery. *Psychosomatic Medicine*, 67(1), 156–163. Recuperado de <https://insights.ovid.com/crossref?an=00006842-200501000-00022>. doi: 10.1097/01.psy.0000149258.42508.70
- Wiesenfeld, E. A. (2005). Psicologia Ambiental e as diversas realidades humanas. *Psicologia USP*, 16(1-2), 53–69. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v16n1-2/24644.pdf>.
- Williams, A. M., & Irurita, V. F. (2005). Enhancing the therapeutic potential of hospital environments by increasing the personal control and emotional comfort of hospitalized patients. *Applied Nursing Research*, 18(1), 22–28. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0897189704000874?via%3Dihub>. doi: 10.1016/j.apnr.2004.11.001
- Yan, X. W., & England, M. E. (2001). Design evaluation of an arctic research station: from a user perspective. *Environment and Behavior*, 33(3), 449–470. Recuperado de <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/00139160121973070>. doi: 10.1177/00139160121973070

CAPÍTULO III

O HOSPITAL PEDIÁTRICO E AS POSSIBILIDADES DE RESTAURAÇÃO DO ESTRESSE

Maíra Longhinotti Felippe

Este capítulo apresenta uma investigação que trata do ambiente do hospital pediátrico e seu significado no processo de restauração afetiva do estresse. O trabalho é fruto de uma colaboração entre duas instituições - o Departamento de Arquitetura da Universidade de Ferrara, na Itália, e o Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, no Brasil - inserindo-se no campo disciplinar da Psicologia Ambiental. Mais especificamente, a pesquisa aqui relatada ocupa-se do fenômeno conhecido como restauração do estresse. Partindo-se do entendimento de que estresse é uma mobilização psicofisiológica que um indivíduo apresenta como resposta a um evento percebido como ameaçador, a restauração do estresse, por sua vez, tem sido definida como o retorno desses estados psicológicos e fisiológicos mobilizados às condições que precederam tal mobilização (Hartig, 2011). A Psicologia Ambiental se interessa por esse fenômeno porque existem certos ambientes, os assim chamados ambientes restauradores, que permitem ou até mesmo promovem esse processo.

A pesquisa sobre o tema cresceu muito rapidamente nos últimos anos, mas a análise da literatura nos permite ver que uma quantidade expressiva de estudos se dedica ao exame dos ambientes naturais, deixando de lado os ambientes construídos; ou ao exame da dicotomia ambiente natural *versus* construído, sem identificar o papel de elementos específicos desses ambientes no processo restaurador (Velarde, Fry, & Tveit, 2007). Outro déficit neste campo são os estudos com crianças e adolescentes, muito mais limitados que a pesquisa realizada com adultos (Bagot, Allen, & Toukhsati, 2015). Por essa razão, este trabalho teve como foco o ambiente construído, destinado a um público infanto-juvenil. Sobretudo, um ambiente no qual a restauração é particularmente importante. A definição do hospital como objeto de estudo deu-se assim prontamente, visto que os fatores de estresse e os efeitos danosos do estresse nesse contexto são muito bem documentados em literatura (Said, Salleh, Bakar, & Mohamad, 2005; Ulrich, 2001), especialmente quando se trata do paciente pediátrico (Bonnes, Fornara, & Bonaiuto, 2008).

Um dos fatores ligados a reações de estresse em hospitais são os chamados significados ambientais, um aspecto da relação pessoa-ambiente. Significado ambiental pode ser definido como o conjunto de aceções e valores elaborados por alguém acerca do ambiente físico (Rapoport, 1990; Shumaker & Reizenstein, 1982). Traduz-se nos termos que uma pessoa utiliza para definir um lugar: caótico, relaxante, confortável, institucional ou residencial, profissional ou pouco profissional, inclusivo ou excludente, funcional ou ineficiente. O significado ambiental pode estar vinculado ao estresse quando representado por mensagens negativas ou que não correspondem às expectativas ambientais do paciente (Shumaker & Reizenstein, 1982).

Partindo da consideração de que os significados ambientais são uma fonte de estresse nos hospitais, neste estudo se percorreu o sentido inverso, hipotetizando-se que o ambiente hospitalar pode ser restaurador se comunicar mensagens de valor positivo. A pesquisa limitou-se às mensagens comunicadas a partir de aspectos visuais do ambiente hospitalar, dado que uma das abordagens teóricas para o estudo dos ambientes restauradores - a Teoria Psicoevolucionista, de Roger Ulrich (Ulrich et al., 1991) - prevê que o processo de restauração seja ativado prontamente a partir da percepção visual de atributos ambientais. A mesma teoria também ressalta o papel central das emoções nesse processo e as considera o primeiro nível de resposta ambiental, agindo sequencialmente sobre pensamentos e comportamentos voltados ao ambiente. Visto que se ligam diretamente ao Sistema Nervoso Autônomo, as emoções também produzem um efeito direto sobre os sistemas fisiológicos, entre os quais, por exemplo, o sistema cardiorrespiratório (Ulrich et al., 1991). Por conseguinte, dada a posição central das emoções no processo, foi foco deste estudo a componente afetiva do estresse, ainda que outras componentes (cognitiva, fisiológica e comportamental) tenham sido avaliadas como uma estratégia de validação dos resultados obtidos na dimensão de interesse, ou seja, aquela afetiva.

O objetivo deste capítulo é, assim, apresentar uma síntese com os achados mais significativos de uma investigação realizada pela autora, propondo identificar os atributos físicos visuais de quartos de internação pediátrica que comunicam aos pacientes mensagens ambientais relacionadas à restauração afetiva do estresse. Especificamente, o estudo buscou examinar as características visuais dos quartos hospitalares e as mensagens ambientais comunicadas por estes em condições diversas de restauração do estresse; bem como estabeleceu uma correspondência entre mensagens ambientais e atributos físicos visuais que as geram. O conjunto completo de dados relativos à pesquisa pode ser consultado em Felipe (2015).

O percurso metodológico

A coleta de dados ocorreu ao longo de duas etapas, compreendendo: (a) observação direta do ambiente físico construído (quartos de internação) e de vestígios ambientais do comportamento; administração de questionários a pais de pacientes e pacientes, bem como consulta a registros clínicos e plantas arquitetônicas (Fase 1); (b) entrevistas semiestruturadas a pacientes a partir de fotografias de quartos de internação (Fase 2). As duas etapas objetivaram contemplar a investigação de diferentes dimensões da interação humano-ambiental, propondo técnicas centradas ora no ambiente, ora na pessoa.

O objetivo principal da Fase 1 foi investigar a restauração na dimensão afetiva do estresse em pacientes pediátricos internados, os significados atribuídos por esses pacientes ao quarto de internação e a existência de uma relação entre esses dois construtos. Complementarmente ao objetivo principal, os quartos de internação ocupados pelos participantes da pesquisa foram também caracterizados quanto aos seus atributos físicos visuais, o que permitiu o estudo das relações existentes entre tais características físicas, a restauração afetiva alcançada pelos pacientes e os significados atribuídos por estes ao quarto que ocupavam no hospital.

Realizada a primeira fase, era necessário individuar os atributos ambientais específicos que contribuem para a construção dos significados conferidos pelos pacientes aos quartos de internação. Foi necessário compreender, a partir da perspectiva do paciente, que atributos físicos visuais são relevantes na construção dos significados ambientais que emergiram durante a Fase 1. Por esse motivo, uma segunda fase de investigação foi realizada. Na Fase 2, valendo-se de entrevistas semiestruturadas a pacientes a partir de fotografias dos quartos de internação estudados durante a Fase 1, foram individuados os atributos ambientais que desempenham um papel importante no processo de significação dos quartos de hospital. Esses resultados complementaram aqueles obtidos na Fase 1. A proposta multimetodológica está sintetizada na Tabela 1.

Tabela 1
Síntese metodológica

Fase	Instrumentos	Envolvido	Variáveis examinadas
-------------	---------------------	------------------	-----------------------------

		Atributos físicos	Significado ambiental	Estresse
	Observação direta do ambiente construído	Pesquisadora	•	
	Consulta a plantas arquitetônicas	Pesquisadora	•	
	Protocolo de avaliação do estresse: questões sobre o estado físico percebido e a disposição comportamental, Lista de Estados de Ânimo (Volp, 2003) adaptada, <i>Self-Assessment Manikin Scales</i> (Bradley & Lang, 1994) e <i>Trail Making Test</i> (Reitan, 1971) – Teste A	Paciente		•
	Lista de Estados de Ânimo (Volp, 2003) adaptada para pais	Pais de pacientes		•
1	<i>PedsQL™ Healthcare Satisfaction Generic Module</i> (Varni et al., 2004)	Pais de pacientes		•
	Módulo de investigação do significado ambiental elaborado a partir da integração das técnicas ‘autobiografia ambiental’ (Elali & Pinheiro, 2008) e ‘mapas afetivos’ (Bomfim, 2008), contendo também as Escalas de Avaliação Ambiental, como em Lohr e Pearson-Mims (2000).	Paciente	•	
	Observação de vestígios ambientais do comportamento (Pinheiro, Elali, & Fernandes, 2008)	Pesquisadora	•	
	Entrevista semiestruturada	Paciente	•	•
2	Classificação de fotografias (Cavalcanti & Maciel, 2008)	Paciente	•	•
	Ordenamento de fotografias (Cavalcanti & Maciel, 2008)	Paciente	•	•

A investigação ocorreu em quartos de internação de quatro hospitais do centro-norte da Itália, um hospital pediátrico e os demais, hospitais gerais. As instituições eram de alta especialização e relevância nacional, com personalidade jurídica pública, e operavam junto a uma instituição universitária. A seleção dos hospitais garantiu a constituição de um grupo heterogêneo de ambientes de pesquisa no que se refere aos atributos físicos, o que favoreceu a execução das análises do estudo. Ao todo, 32 quartos de internação, com áreas que variaram de 13,21 m² a 172,00 m², agrupados em 10 diferentes tipologias, foram estudados ao longo da

pesquisa: quartos com 1, 2, 3, 4 ou 12 leitos, com banheiro interno ou externo, individual ou coletivo, com ou sem acesso ao ambiente exterior. Os quartos diferiram também em função das cores, materiais, móveis, complementos de decoração, aberturas para o exterior, tipo de vista a partir da janela, acesso visual à equipe de enfermagem e estado de conservação.

Ao todo, participaram do estudo 124 pacientes (69 na Fase 1, 55 na Fase 2) com idade que variou dos 8 aos 22 anos (69 meninos e 55 meninas) e 66 genitores (todos na Fase 1, 16 homens e 50 mulheres). Em cada fase do estudo, um elenco dos pacientes internados foi previamente e periodicamente fornecido pelas instituições participantes. Cada família foi abordada no quarto de internação pela pesquisadora, que forneceu oralmente e por escrito, ao paciente e aos pais, uma descrição do estudo. Genitores e pacientes que manifestaram o desejo de participar assinaram o termo de consentimento, ficando com uma cópia do documento para si.

Na Fase 1, a coleta de dados ocorreu em dois momentos distintos: após procedimento médico ao qual o paciente havia sido submetido (t_1) e em um momento posterior, antes da alta médica (t_2)¹. Ainda durante a Fase 1, em momento que sucedeu à alta do paciente, o quarto de internação ocupado por ele foi caracterizado segundo seus atributos físicos por meio de observações diretas e consulta a plantas arquitetônicas. Também foram consultados os registros clínicos do paciente para a obtenção dos seguintes dados: tipo, data e período (hora de início e hora de término) do procedimento médico sofrido, data e hora da internação e da alta.

Entre o fim da coleta de dados da Fase 1 e o início da coleta de dados da Fase 2, os dados até então recolhidos foram analisados. Foram extraídos da Fase 1 os grupos de categorias temáticas (significados ambientais) sobre os quais versaram as perguntas da entrevista semiestruturada da Fase 2. Também durante esse período, o material fotográfico a partir do qual as entrevistas foram realizadas foi confeccionado e o roteiro de perguntas foi redigido. A coleta de dados na segunda fase da pesquisa ocorreu individualmente, durante o período de internação hospitalar. As respostas às técnicas fotográficas foram registradas por meio de aparelho de áudio digital com a autorização do acompanhante e do paciente. O tratamento dos dados de toda a investigação envolveu análise estatística descritiva e relacional e análise de conteúdo temático-categorial.

Resultados significativos

¹A coleta em duas etapas na Fase 1 permitiu medir o estado afetivo de estresse em dois momentos distintos e, por conseguinte, avaliar a restauração do paciente ao longo do período de internação.

A restauração do estresse dos pacientes estudados

A partir da avaliação do estresse afetivo dos pacientes do estudo no início e ao final do período de internação, foi possível comparar esses dois momentos e examinar a existência ou não de restauração durante a estadia no hospital. Assim, identificaram-se claramente três grupos de pacientes: um grupo formado por crianças e adolescentes que apresentaram um melhoramento do estado afetivo (restauração); um segundo grupo constituído por pacientes que mantiveram o mesmo nível de estresse; e um terceiro grupo que apresentou um agravamento das condições de estresse.

Pacientes restaurados (que apresentaram melhoramento do estado afetivo) e não restaurados (que apresentaram o mesmo estado ou um agravamento do estado afetivo) partiram do mesmo patamar de estresse ao início do período de internação, visto que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de pacientes há esse tempo. Isso atesta que a condição a partir da qual teve início a investigação foi homogênea para todos os participantes da amostra.

No entanto, a evolução do estado afetivo para cada um dos três grupos ocorreu diferentemente ao longo do período de internação, resultando em diferenças significativas entre eles no momento final: enquanto pacientes restaurados na dimensão afetiva apresentaram caracteristicamente níveis de baixo estresse, aqueles cujo estado afetivo sofreu um agravamento forneceram tipicamente escores de estresse mediano, os mais altos entre os três grupos de pacientes investigados.

É significativo que esses três grupos de pacientes, partindo de um mesmo nível de estresse afetivo, tenham alcançado diferentes estados de estresse ao final do período de internação. Esse resultado vai ao encontro da concepção de que o ambiente hospitalar pode ser desenhado em modo a favorecer o enfrentamento da doença e dos aspectos psicossociais ligados a ela — como o estresse — ou, na direção contrária, pode até mesmo contribuir para efeitos negativos sobre os pacientes, constituindo-se em elemento estressor ou que oferece obstáculos para lidar com o estresse.

O significado ambiental atribuído ao quarto de internação

A primeira clara constatação ao se observar os resultados do estudo foi que os quartos de internação foram, em modo característico, positivamente valorizados pelos pacientes. Qualidades ambientais positivas foram predominantes nos discursos dos pacientes quando a

eles foi perguntado sobre seu modo de ver e sentir o quarto de internação, sobre a sua experiência naquele ambiente desde o momento da chegada, e mesmo sobre outros lugares com os quais poderiam comparar o ambiente em questão.

Além dos atributos ambientais agradáveis à criança, que atendem às suas necessidades, outro fator que pode ter influenciado essa atitude positiva em relação ao quarto de hospital — apesar deste ser um ambiente ligado a uma série de fatores estressantes — foi a noção de que o bem-estar depende da existência de um ambiente hospitalar. Ao mesmo tempo em que o hospital é um lugar que se deseja evitar, quando problemas de saúde surgem, sua presença é uma promessa de que tal condição ameaçadora deixe de existir. O paciente então se percebe grato por ter a oportunidade de se curar.

Essa dicotomia esteve presente no discurso dos pacientes participantes da investigação, quando indagados sobre seu modo de ver e sentir o quarto de hospital: “No desenho, representei um coração com uma metade escura, que representa a ansiedade, e uma parte clara, a felicidade de ser operado”² (D.C, M, 12)³; “. . . os médicos te ajudam quando tens necessidade” (D.C, M, 13); “. . . é belíssimo que a gente que tenha necessidade seja curada” (D.C, F, 10). Essa atitude se refletiu em expressões como “[sinto-me] sortudo” (D.C, M, 12); “me sinto uma flor beijada pelo sol” (D.C, F, 17); “me sinto seguro” (D.C, F, 11); expressões estas que retratam a hospitalização como “um momento de felicidade e alegria” (D.C, F, 9) e o hospital como uma representação de “vida” (D.C, F, 15). Nesse caso, a atribuição de sentidos positivos ao ambiente estaria relacionada à satisfação que esse ambiente proporciona em relação às necessidades indispensáveis à manutenção da vida.

Quando qualidades positivas estiveram presentes — e essa situação foi, como discutido previamente, a mais frequente — o quarto de internação foi percebido como: (a) alegre, vivaz, interessante e divertido; (b) calmo, tranquilo e relaxante; (c) cômodo, acolhedor, onde se está bem, à vontade, onde as pessoas se sentem livres, não oprimidas; (d) tranquilizador, onde as pessoas se sentem protegidas, amadas; e (e) belo; sendo os significados elencados como “a”, “b” e “c”, os mais recorrentes. Em contrapartida, quando qualidades negativas estiveram presentes, o quarto de internação foi percebido como: (f) desconfortável, desordenado, tedioso, que causa embaraço; e (g) associado a estados de ânimo negativos (como ansiedade, medo), dor e fraqueza. Notam-se, nesse conjunto de significados ambientais, expressões pertencentes

² Todos os depoimentos dos participantes aqui relatados foram traduzidos da língua italiana para a língua portuguesa pela autora.

³ A inscrição informa que se trata de um depoimento coletado (DP), faz o registro do sexo do paciente (M - menino; F - menina), e de sua idade em anos.

tanto a uma dimensão afetiva, ou seja, ligada à evocação de sentimentos, como a uma dimensão cognitiva, que não envolvem propriamente o fator afetivo.

Conforme defendeu Tuan (1980), o processo perceptivo se dá a partir da seleção de estímulos ambientais disponíveis — ou seja, da escolha do que é percebido — em razão dos interesses e das disposições do observador. Portanto, podemos considerar que o grupo de qualidades ambientais que surgiram como significados atribuídos ao quarto de internação reflete os interesses dos participantes do presente estudo, ou seja, os aspectos do ambiente que são importantes para eles. Esses aspectos ambientais podem diferir daqueles privilegiados por adultos (Said, 2007), especialmente se considerarmos que a percepção ambiental atende as necessidades próprias do processo evolutivo: ela tem um papel decisivo no desenvolvimento e funcionamento humanos, porque se estende em modos de interação ambiental específicos para a fase do desenvolvimento que o indivíduo atravessa. Ou seja, o modo como a criança percebe é também uma função de suas necessidades de interação com o ambiente — por exemplo, responder imediatamente às fontes de estimulação ambiental e agir em modo caracteristicamente exploratório (Said, 2007) — com impacto sobre o seu desenvolvimento.

Uma evidência de que qualidades e atributos ambientais diferem em importância em razão da faixa etária considerada foi que a avaliação global do quarto de internação piorou com o aumento da idade. Além disso, quanto mais velho era o paciente, menos ele julgou o ambiente tranquilizador, ordenado, belo, interessante, relaxante, cômodo, de bom gosto e agradável. Esse resultado sugere que, mesmo entre crianças e adolescentes existem diferenças em termos de preferências e prioridades relacionadas ao ambiente. A diferença mais evidente, também externalizada por meio dos depoimentos dos respondentes, é a de que pacientes pediátricos mais velhos não apreciam a presença de quadros, imagens ou decoração em geral que contenham símbolos emblemáticos da infância: “Sou grande, mas neste quarto me sinto uma criança” (D.C., M, 15). Esses símbolos constituem motivo de embaraço e insatisfação. A literatura tem apontado que decoração e quadros de arte não emblemáticos da infância são preferíveis para crianças mais velhas e jovens adultos (Nanda, Chanaud, Brown, Hart, & Hathorn, 2009; Ullán et al., 2012) e que espaços e decoração apropriados para cada faixa etária são atributos ambientais que suportam a experiência positiva de crianças e adolescentes em hospitais (Bishop, 2008). Essas considerações corroboram a ideia de que é necessário pensar em espaços hospitalares centrados nas necessidades dos diferentes grupos de usuários a que se destina.

No que diz respeito às preferências compartilhadas, no entanto, nota-se que, para as crianças e adolescentes participantes do estudo, aspectos funcionais do ambiente foram priorizados em detrimento de aspectos estéticos, assim como discutiu Said (2007). A questão

da beleza dos ambientes, embora presente nos discursos dos pacientes, constituiu a categoria de significados positivamente entoados menos recorrente quando os participantes foram indagados sobre o seu modo de ver e sentir o quarto de internação. Em contrapartida, aspectos ligados à diversão, alegria, conforto, liberdade, tranquilidade e proteção foram frequentes. Nota-se aí tanto a presença de significados ligados diretamente à experiência de hospitalização — na qual é importante haver a possibilidade de estar em lugares tranquilos, confortáveis e protetivos, compatíveis com a condição de repouso e a vulnerabilidade envolvida no período pós-operatório — como de significados ligados aos interesses próprios da fase de desenvolvimento de crianças e adolescentes — na qual o jogo, a diversão, o entretenimento e a liberdade de ir e vir assumem um papel importante como mecanismos autorreguladores de estimulação física e social. Na outra direção, quando o ambiente falha em promover esses aspectos, emergem significados como “chato”, “tedioso”, “triste”, “desconfortável”, “que causa embaraço”, “assustador” — como no caso dessa investigação — significados estes que, por oposição, reforçam as qualidades ambientais compatíveis com os interesses e as disposições dos participantes.

Diante dos significados ambientais que emergiram das respostas dos pacientes, não surpreendentemente a “casa de habitação” foi lugar com o qual o quarto de hospital foi mais frequentemente associado. Isso porque, tal qual a casa, o quarto do hospital foi tipicamente percebido como relaxante, acolhedor, cômodo, um lugar de socialização, que inspira belos pensamentos e sentimentos, como felicidade, alegria e amor, e no qual as pessoas se sentem à vontade. Nesse contexto, o quarto de hospital, assim como a casa, torna-se um ambiente no qual é possível se restaurar a partir das demandas que envolvem a hospitalização, como comunica esse depoimento: “eu compararia este quarto à mansarda da minha casa, porque ali, quando estou agitado, relaxo e começo a pensar em coisas belas que me tranquilizam, como neste quarto” (D.C, M, 12). A casa, como obra primeira da referência existencial, é o lugar de onde partem, por contraposição, as definições conferidas pelos indivíduos ao meio exterior (Felippe, 2010). Nessa direção, Rapoport (1990) argumentou que os significados atribuídos ao longo da vida a certas configurações ambientais são revividos cada vez que essas mesmas configurações se reapresentam ao indivíduo e, visto que esses significados são construídos em um determinado contexto social e ambiental, podem ser socialmente compartilhados — como se observou nesta investigação.

Outro aspecto que caracterizou a atribuição de sentido ao quarto de internação foi o modo dinâmico como ele ocorreu desde o primeiro momento no qual o paciente teve contato com o lugar. O conhecimento desse aspecto se deu a partir da descrição do participante acerca

de sua experiência no quarto de hospital. Assim, foram encontrados quatro tipos de situações, em que (a) a impressão do participante em relação ao ambiente foi predominantemente positiva e manteve-se inalterada ao longo do período de internação; ou (b) passou de negativa a positiva durante a estadia no hospital; ou (c) foi predominantemente negativa e assim permaneceu até o momento da alta hospitalar; ou, por fim, (d) foi inicialmente positiva, mas passou à negativa com o decorrer do tempo. Isso significa que nem sempre a impressão ambiental foi constante: houve casos em que os significados atribuídos ao ambiente se modificaram no decorrer do período de hospitalização, passando de positivamente entoados a negativamente entoados ou vice-versa. Mesmo aspectos ambientais concretos, denotativos ou espaço-perceptivos, como são as qualidades dimensionais do lugar, estiveram sujeitos a mudanças: “assim que cheguei, [o quarto] me pareceu pequeno, com os leitos não adequados a mim. Mas agora me parece espaçoso, colorido e cômodo” (D.C., M, 13).

Esse resultado sugere que a experiência vivida a cada momento ao longo da internação pode afetar o modo como os pacientes veem e sentem o ambiente no qual se encontram. Assim, experiências agradáveis, que vão ao encontro das exigências, expectativas e necessidades dos pacientes podem transformar uma primeira impressão negativa em positiva. Da mesma forma que experiências estressantes, que constituem obstáculos ao processo de recuperação, colaboram para uma avaliação negativa do lugar, mesmo que ao início a percepção tenha sido diferente. Ao encontro dessa argumentação, citam-se alguns depoimentos de pacientes a respeito da sua experiência no quarto de internação: “a minha primeira impressão em relação a esse quarto não era grande coisa, mas depois descobri que é possível se divertir muito” (D.C., M, 11); “no começo, assim que entrei, pensei que este quarto fosse mais para crianças de até 10 anos, depois me ambientei quase imediatamente, e me fez relaxar, e é muito alegre e estou bem aqui” (D.C., F, 12); “a primeira vez que entrei pensei que o quarto fosse como uma sala de espera, um pouco chata, mas passando o tempo experimentei tranquilidade, serenidade e alegria e me diverti com os meus pais e meu tio” (D.C., M, 12); “era um belo quarto, mas ao final me dei conta que é demasiadamente para crianças” (D.C., M, 15).

Bagot et al. (2015), em uma investigação com crianças em pátios escolares, encontraram que as experiências vividas naquele lugar, em termos de atividade física, interação social, afeto positivo e *affordance* percebido, explicaram grande parte da variância em restauratividade percebida. A percepção do bem-estar permitido ou mesmo promovido pelo ambiente pode colaborar para a construção de significados ambientais positivamente entoados. Por isso, a experiência vivencial do lugar é um importante fator a ser considerado no processo de significação: todo e qualquer sentido elaborado será necessariamente baseado na experiência

como um todo que o observador/usuário teve no e com o lugar e não apenas no impacto inicial que esse lugar teve para a pessoa. Essa noção concorda com os princípios mesmos do processo cognitivo ambiental: a aquisição de conhecimento é um contínuo confronto de informações ou imagens ambientais prévias com experiências ou dados ambientais novos. Esse confronto atualiza constantemente o *status* perceptivo e pode ou não gerar novas representações ambientais, diferentes das anteriores, em função da natureza e da qualidade das interações estabelecidas com o ambiente social e físico.

Tal atividade cognitiva é, por assim dizer, de particular importância nos ambientes com os quais não se está plenamente familiarizado: ela nos possibilita tecer julgamentos que vão influir ou regular nossos modos de conduta e interação com o novo ambiente em questão. É, portanto, uma função adaptativa que promove a aproximação a ambientes potencialmente benéficos ao usuário, ou mesmo o evitamento de lugares que, em alguma medida, oferecem potenciais riscos. O ambiente hospitalar pode ser considerado um lugar com o qual a maior parte das crianças, jovens e mesmo adultos não está familiarizada, pois é um ambiente que usualmente não faz parte da rotina cotidiana. Isso explica porque, nessa investigação, esse ambiente esteve sob constante escrutínio dos participantes, que modulavam os significados atribuídos ao quarto de internação à medida que o vivenciavam. Esse resultado traz implicações metodológicas no que diz respeito à investigação do significado ambiental: dados diferentes podem ser obtidos em períodos também diferentes de tempo.

A relação entre a restauração e o significado ambiental

Em acordo com a hipótese sustentada na introdução deste capítulo, foram encontradas relações estatisticamente significativas entre restauração afetiva e significado ambiental. Uma melhor avaliação global do quarto de internação esteve associada a uma maior restauração afetiva. A restauração afetiva também foi maior quanto mais o paciente julgou o ambiente tranquilizador, ordenado, alegre, relaxante, cômodo, dotado de ar fresco, espaçoso, agradável e vivaz. Agrupando esses atributos ambientais em categorias, foram formados quatro grandes grupos de significados ambientais relacionados à restauração afetiva:

1. Quarto de internação calmo, tranquilo, relaxante;
2. Quarto de internação cômodo, acolhedor, onde se está bem, à vontade, e onde as pessoas se sentem livres, não oprimidas;
3. Quarto de internação alegre, vivaz, interessante e divertido;

4. Quarto de internação tranquilizador, onde as pessoas se sentem protegidas, amadas.

Existem dois modos de considerar o papel do significado ambiental no processo restaurador: no primeiro, o significado é uma condição antecedente à restauração e, no segundo, é uma condição posterior. Esses dois papéis não seriam excludentes entre si, mas poderiam funcionar dentro de um sistema cíclico.

Como condição antecedente, o significado ambiental poderia atuar em dois modos, o primeiro direto (1) e o segundo indireto (2):

1. Sabemos que, como discutiram Ulrich (1986) e Corraliza (1998), a emoção constitui o primeiro modo de reação ao ambiente e tem a função de — por meio da preferência, medo ou interesse (emoções) — motivar, respectivamente, aproximação, evitamento ou atenção em direção à cena, bem como introduzir alterações de excitação ou desmobilização nos sistemas fisiológicos. A reação emocional, no entanto, ainda que rápida, imediata e inconsciente (Ulrich, 1986), dá-se a partir de um *background* de significados ambientais elaborados pelos indivíduos na sua relação com o meio até aquele presente momento e que formam o que conhecemos como identidade de lugar (Proshansky et al., 1983): o que é, como deve ou deveria ser e o que cada indivíduo pode esperar de um determinado tipo de lugar. É a partir desse *background* que a reação emocional aos ambientes acontece. O significado ambiental na forma de identidade de lugar estaria aí, portanto, em uma condição antecedente ao processo de restauração desencadeado com a reação emocional. Mas significados ambientais também seguem as reações emocionais. Nesse caso, eles são parte das avaliações e dos processamentos cognitivos decorrentes (Ulrich, 1986) e constituem as interpretações atualizadas acerca do novo contexto ambiental. Ulrich (1986) defendeu que o processamento cognitivo decorrente da reação emocional pode refinar os afetos produzidos, modulando-os, e até mesmo gerar novos afetos. Considerando que os significados ambientais são parte do processamento cognitivo envolvido na representação ambiental, então podemos também supor que desempenham um papel na modulação e na formação de novos afetos, ao inibir ou reforçar pensamentos positivos ou negativos. Desse modo, podem como condição anterior impulsionar sentimentos e emoções positivamente, na direção de uma sempre maior restauração

afetiva ou, negativamente, na direção de um sempre maior estresse afetivo. As relações aqui discutidas são ilustradas na Figura 1.



Figura 1. Significado ambiental como condição antecedente à restauração: caso direto.

2. O segundo modo através do qual o significado ambiental pode atuar como condição antecedente é indireto. Sabemos que valores, crenças e representações ambientais — entre as quais se encontram os significados ambientais — atuam como preditores de comportamentos (Moscovici, 1978; Rapoport, 1990). Por exemplo, podemos esperar que um observador que julgue um ambiente como sendo interessante adote com maior probabilidade o comportamento de exploração do lugar. Os comportamentos, a sua vez, criam oportunidades de maior ou menor restauração. Por exemplo, participar de atividades que funcionam como distrações positivas e fornecem suporte social (como brincar em companhia, conversar, passear em um ambiente natural) é potencialmente mais restaurador que alimentar comportamentos de evitamento que reforçam pensamentos negativos. Assim, significados ambientais poderiam, indiretamente, atuar sobre o processo restaurador, promovendo comportamentos que permitem, aceleram ou mesmo dificultam ou impedem a restauração (Figura 2).

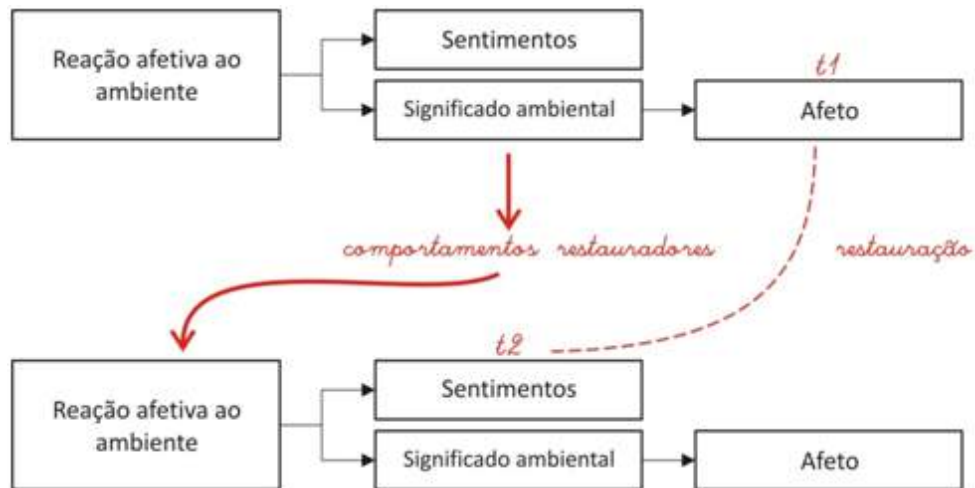


Figura 2. Significado ambiental como condição antecedente à restauração: caso indireto.

Assumindo-se um sistema cíclico, considera-se que, assim como o significado ambiental pode direta ou indiretamente atuar sobre a restauração (ou o estresse), também a restauração pode atuar sobre o processo de significação do ambiente. Assim, de um lado, o significado ambiental agiria sobre a formação e a modulação de afetos, bem como na promoção de comportamentos que oportunizam maior ou menor restauração e, de outro, a percepção dessa maior ou menor restauração ou bem-estar, a sua vez, atuaria sobre o modo como o usuário avalia o ambiente: o observador atribui significados positivamente ou negativamente entoados ao ambiente em função da restauração proporcionada (relação representada na Figura 3 por meio das setas azuis). Seguindo essa linha de pensamento, outros autores têm defendido que a restauração atua também sobre a preferência ambiental (Van den Berg, Kooles, Van der Wulp, 2003) e o apego ao lugar (Korpela & Hartig, 1996) que, como mecanismos autorregulatórios, teriam a função de incentivar a aproximação do indivíduo a contextos ambientais que satisfazem suas necessidades e exigências biopsicossociais.

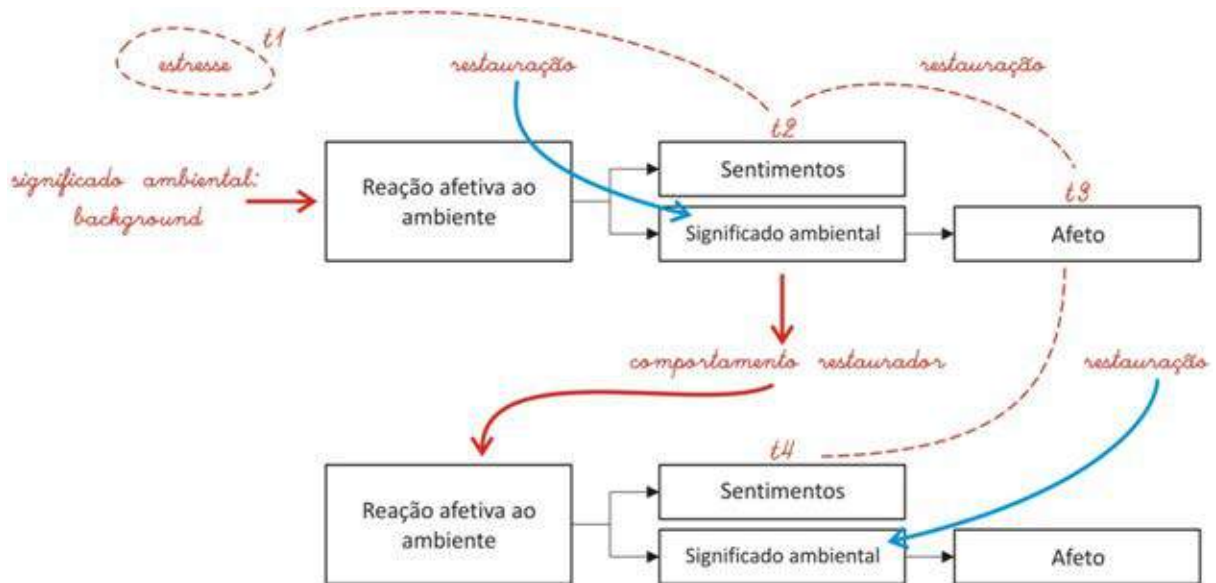


Figura 3. Significado ambiental como condição posterior à restauração.

Outro aspecto a ser considerado é que a experiência ambiental do usuário no lugar corresponde a uma sucessão de reações emocionais, cognitivas e comportamentais. Os resultados desta investigação sugeriram que a reação ambiental não é um evento único inicial, mas uma sucessão de reações que se desenvolvem ao longo da experiência do usuário no lugar. O fato de o significado atribuído pelos pacientes ao ambiente ter se alterado de positivo a negativo e vice-versa, ao longo da internação — como discutido na seção precedente — corrobora essa noção. A Figura 4 apresenta as relações entre a dimensão afetiva e o significado ambiental conforme discutido previamente, em um modelo de reações ambientais múltiplas. Cada reação ambiental formaria o *background* a partir do qual as reações seguintes se dariam e com o qual cada nova experiência seria confrontada. Cada reação ambiental subsequente atuaria modulando a reação ambiental anterior, potencializando-a ou modificando seu valor.

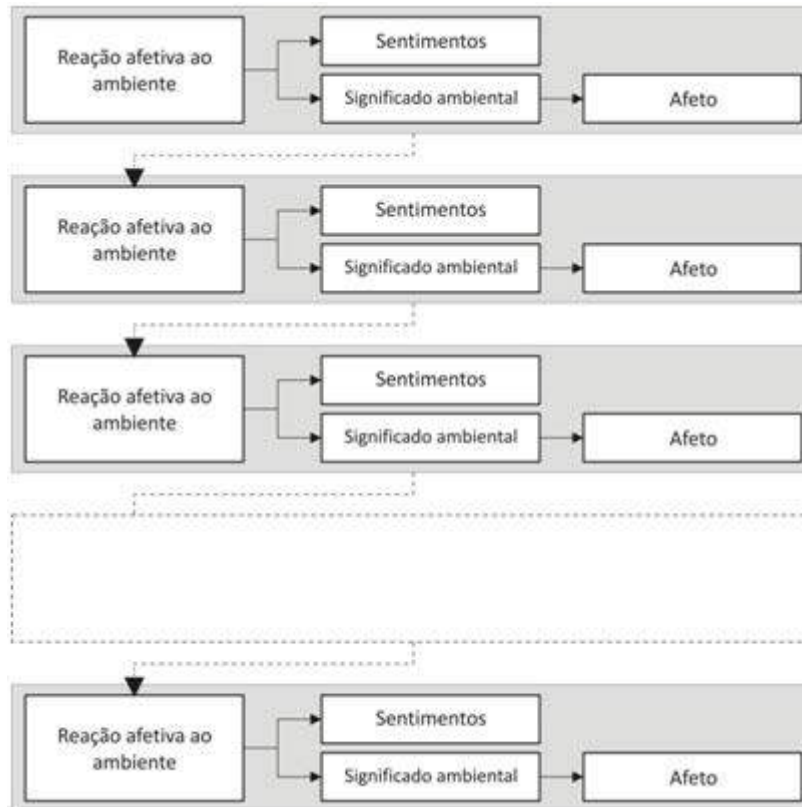


Figura 4. Modelo de reações ambientais múltiplas.

Atributos físicos, significados e restauração

Uma vez encontrados os significados ambientais relacionados à restauração afetiva do estresse, procedeu-se à identificação dos atributos físicos ambientais que eliciam tais significados. Foi possível sistematizar esses atributos nas dez qualidades ambientais listadas abaixo. O conjunto de atributos físicos identificados no estudo como características que suscitam significados relacionados à restauração afetiva do estresse vão ao encontro de qualidades ambientais relatadas na literatura como aspectos físicos que suportam a experiência positiva de crianças e adolescentes em hospitais (Bishop, 2008).

1. Aparência residencial;
2. Acesso visual e físico ao ambiente exterior natural e ar fresco;
3. Amplitude moderada;
4. Oportunidade de privacidade;
5. Oportunidade de interação social;
6. Acesso a tecnologias;

7. Quadros e ilustrações na parede;
8. Suporte às exigências do acompanhador;
9. Presença de brinquedos e áreas para jogos e atividades;
10. Conservação e ordem da estrutura hospitalar.

Aparência residencial.

“Sentir-se em casa” e “assemelha-se a uma casa ou a um quarto de casa” foram ocorrências frequentes nas justificativas dos participantes para a escolha de determinado quarto de internação como belo, relaxante, cômodo, alegre e tranquilizador. Segundo os pacientes participantes, o aspecto residencial nos quartos de internação apresentados se deu quando: o ambiente era colorido, com cores vivazes, particularmente nos tons alaranjados, amarelos e avermelhados; havia móveis com um desenho particular, como os leitos com estrutura lateral em madeira; o ambiente se apresentava como diverso do usual, diverso de um hospital; havia cortinas e suscitava a impressão de comodidade e segurança. Nas palavras dos participantes: “— Por que parece uma casa? — As cores e também essa cortina. E os leitos com a madeira dessa forma.” (D.C., M, 11). Atributos como estes contribuem para a produção de um lugar que “não parece um hospital” (D.C., M, 12), que “parece um típico quarto de dormir” (D.C., F, 13). A casa é uma imagem arquetípica de proteção, segurança, confiança, intimidade, tranquilidade e repouso (Felippe, 2010), e quando atributos físicos que resultam em uma aparência residencial são percebidos em um novo ambiente, esse sentido é evocado.

Acesso visual e físico ao ambiente exterior natural e ar fresco.

Outro aspecto associado a significados ambientais ligados à restauração foi o acesso visual e físico ao ambiente exterior, em particular ao ambiente natural. Foram frequentes, assim, elementos temáticos como “portas-janelas amplas”, “possibilidade de ver através da janela”, “possibilidade de ir a áreas externas”, “luminosidade natural”, aspectos que eliciam, segundo os participantes, beleza, calma, acolhimento, liberdade, alegria e tranquilidade.

Observou-se também que a restauração afetiva dos pacientes foi maior quanto mais ele julgou o ambiente como dotado de ar fresco e quanto maior foi a área total de aberturas voltadas para o exterior e a área de aberturas envidraçadas do quarto de internação. Ainda, a restauração covariou negativamente com o peitoril de aberturas envidraçadas, tendo sido maior quanto mais baixo foi peitoril. Além disso, pacientes que desfrutavam de vistas a partir das janelas

predominantemente naturais consideraram seus quartos mais relaxantes que os pacientes em ambientes com vistas predominantemente construídas.

Pesquisas em ambientes hospitalares e não hospitalares, com adultos e crianças, têm extensivamente demonstrado os efeitos restauradores do contato real ou virtual com a natureza ou elementos da natureza — como a luz solar ou natural — seja por meio de janelas (Pati, Harvey, & Barach, 2008; Walch et al., 2005), acesso a jardins (Said et al., 2005), parques (Grahm & Stigsdotter, 2003; Van den Berg, Maas, Verheij, & Groenewegen, 2010) e florestas (Roe & Aspinall, 2011; Tsunetsugu et al., 2013), ou na presença de plantas de interior (Park & Mattson, 2009) e fotografias (Ulrich, 1981); ou ainda através de vídeos (Ulrich et al., 1991) e estímulos sonoros (Diette, Lechtzin, Haponik, Devrotes, & Rubin, 2003). Além de atuar sobre a restauração da saúde, o contato com a natureza no ambiente hospitalar também tem sido associado à depressão reduzida, maior satisfação, menor tempo de internação, menos dor e melhor sono (Ulrich et al., 2008).

Tanto a Teoria da Restauração da Atenção (Kaplan, 1995) como a Teoria Psicoevolucionista (Ulrich, 1999; Ulrich et al., 1991) evidenciam o importante papel da natureza no processo restaurador. Cenários naturais podem com sucesso proporcionar experiências que possibilitam a restauração da capacidade atencional, um recurso essencial à efetividade humana, cuja falência pode conduzir ao estresse (Kaplan, 1995). Também, configurações naturais não ameaçadoras, por terem favorecido o bem-estar e a sobrevivência humana ao longo do período evolutivo, desencadeiam prontamente afetos positivamente entoados e desmobilizam sistemas fisiológicos sob excitação, suprimindo afetos negativos e pensamentos estressantes (Ulrich et al., 1991).

Possivelmente porque tem reconhecidos efeitos benéficos sobre o bem-estar, a natureza elicia afetos e significados positivamente entoados e constitui-se uma importante distração positiva (Ulrich, 1991), que atrai o interesse do observador e distrai de preocupações, pensamentos estressantes e mal-estar físico. Além disso, o acesso ao ambiente exterior e a jardins — áreas de escape — contribui para a percepção de livre movimentação e para a interação social, sendo importantes para a promoção de controle pessoal e suporte social, respectivamente (Ulrich, 1999). A simples existência de uma janela proporciona o sentido da liberdade: “Do ponto de vista da liberdade, tem um papel importante a janela, na minha opinião” (D.C., M, 17). Distrações positivas, controle pessoal e suporte social foram apontados pela Teoria do Design de Suporte (Ulrich, 1999) como fatores que favorecem o enfrentamento da hospitalização e possuem um efeito suplementar ao do tratamento médico.

Amplitude moderada

Na investigação, um maior pé-direito foi associado a uma maior restauração afetiva. Similarmente, o aspecto da amplitude foi associado à beleza, calma, comodidade e alegria dos quartos de internação que, quando definidos dentro de limites bem precisos e visíveis (“contidos”), eliciaram também mensagens de tranquilização e proteção. Esse resultado sugere que níveis moderados de amplitude espacial são mais bem valorizados pelo grupo de pacientes participantes. Resultados similares foram obtidos por Lindal e Hartig (2013), em um estudo sobre probabilidade de restauração percebida em ruas residenciais com diferentes configurações espaciais. Variando a altura das edificações ao longo das vias eles perceberam que um moderado nível de fechamento (nem tão alto, nem tão baixo) era preferido sobre níveis muito altos ou muito baixos de altura edificada.

Os autores também discutiram que diferentes linhas de investigação convergem para indicar que certas configurações espaciais que promovem a sensação de estar “rodeado, cercado” são preferidas e que esse atributo físico poderia provocar uma forte e positiva resposta cerebral em razão de ter se mostrado benéfico ao longo do processo evolutivo para prover proteção contra predadores. Nesse sentido, pacientes podem perceber a amplitude moderada como um fator mais positivo possivelmente porque esta permite a liberdade de movimento e a execução das mais diversas atividades —“um quarto espaçoso te faz sentir mais livre” (D.C., M, 9) — ao mesmo tempo em que promove a sensação de proteção, sem ser confinante — “. . . é contido, digamos. Te sentes protegido quando estás em um ambiente fechado” (D.C., F, 15).

Oportunidade de privacidade

Também associados aos significados “belo”, “calmo”, “cômodo” e “tranquilizador” foram os aspectos ligados a uma maior privacidade. Quando divisórias rígidas e fixas entre leitos estiveram presentes nos quartos de internação — em oposição a apenas divisórias flexíveis e móveis — os pacientes julgaram significativamente o ambiente como sendo mais relaxante e cômodo. Na mesma direção, a restauração afetiva foi significativamente superior para pacientes em quartos com divisórias, do que para pacientes em quartos sem divisórias.

Na mesma direção desses resultados, a literatura tem sistematicamente apontado os benefícios de quartos individuais sobre os quartos múltiplos. Os níveis de intensidade sonora são menores em quartos com um único paciente e, nesses ambientes, os usuários também percebem menos sons indesejáveis (Gabor et al., 2003). A esse respeito, existem evidências

contundentes de que o ruído é um importante estressor (Blomkvist, Eriksen, Theorell, Ulrich, & Rasmanis, 2005), constituindo-se em fator ambiental sob o qual frequentemente não se tem controle (Ulrich, 1999). Quartos individuais também podem aumentar a quantidade de sono e melhorar a qualidade de sono percebida (Gabor et al., 2003); reduzir a incidência de infecções hospitalares (Ben-Abraham et al., 2002); e oferecer com maior probabilidade espaços para a acomodação de familiares, cuja presença favorece o suporte social (Ulrich et al., 2008).

Os quartos individuais também têm sido associados à maior eficiência relacionada a trabalho para funcionários dos hospitais, melhor comunicação entre pacientes e familiares, menor estresse para pacientes e atendentes, redução de erros médicos e de quedas, e maior privacidade e confidencialidade (Ulrich et al., 2008). A privacidade é uma forma de controle e regulação das interações sociais a fim de adequá-las às necessidades pessoais (Valera & Vidal, 2000). Como tal, é uma dimensão ambiental que pode afetar a saúde humana por alteração dos níveis de estresse (Evans & McCoy, 1998; Ulrich, 1991). A falta de controle sobre a privacidade pode ser estressante, da mesma forma que uma maior percepção de controle sobre as interações sociais proporciona conforto emocional (Williams & Irurita, 2005).

A literatura também tem apontado uma relação clara entre a presença de quartos individuais e a satisfação tanto dos pacientes, com relação ao ambiente físico e vários aspectos da experiência hospitalar (Janssen, Klein, Harris, Soolsma, & Seymour, 2000), como dos profissionais da saúde no que diz respeito a aspectos do trabalho (Shepley, Harris, & White, 2008). Sabe-se que a satisfação com um determinado ambiente relaciona-se com as preferências ambientais dos usuários (Corraliza, 1998) e que a preferência ambiental, a sua vez, pode ser considerada uma reação afetiva positiva a um ambiente que suporta a autorregulação percebida do bem-estar (Van den Berg et al., 2003). Isso explica o porquê de quartos individuais terem suscitado, nas entrevistas dessa investigação, significados ambientais positivamente entoados. Eles foram percebidos como uma oportunidade para interações pessoa-ambiente favoráveis: “Gosto que os quartos sejam individuais, porque é necessário estar relaxado” (D.C., M, 22).

Oportunidade de interação social.

Se, por um lado, as oportunidades de privacidade são relevantes para os participantes, também as oportunidades para a interação social o são. Aspectos ambientais que favorecem a interação social foram associados aos mesmos significados ambientais que favorecem a privacidade, exceto pela qualidade “relaxante”. Ao invés de “relaxantes”, quartos que promovem o contato social foram percebidos como alegres, divertidos e interessantes.

Ao menos duas funções positivas da interação social nesse contexto podem ser consideradas: seu papel como distração positiva e como suporte social. Quando o ambiente físico oferece aos pacientes pediátricos a oportunidade para a integração a grupos de mesma faixa etária, esse contato frequentemente se desdobra em jogos, brincadeiras e entretenimento, que são estratégias autorregulatórias do desenvolvimento físico, cognitivo, emocional, social e cultural (Piaget & Inhelder, 1997). “Com as crianças podemos brincar” (D.C., F, 12), “Existem mais leitos e há a possibilidade de conversar” (D.C., M, 12), “. . . porque a gente se diverte, se encontra, faz amizade” (D.C., F, 13). Esses jogos acabam assumindo o papel de distrações positivas dentro do hospital: são passatempos que promovem afetos positivos e restringem pensamentos estressantes, tornando o período de hospitalização mais prazeroso.

Outra função da interação com pacientes, familiares, amigos e profissionais é o suporte ou o apoio que deriva desse contato, o chamado suporte social que, para os participantes desse estudo, foi percebido como tranquilizador: “Existem muitos leitos, então, te tranquilizas, enfim, se existe algum problema” (D.C., M, 9), “Tem muita gente, se acontece alguma coisa tem sempre alguém para ajudar” (D.C., M, 13), “Estamos juntos e se sentes medo, tem companhia” (D.C., F, 12). O convívio com outros pacientes que enfrentam situações semelhantes pode ser reconfortante para a criança e o adolescente. A associação entre tranquilização e os quartos de internação se deu também quando o participante percebeu que existiam “médicos próximos” (D.C., M, 11) ou quando existiam “sempre os funcionários por perto” (D.C., M, 17). A distração positiva e o suporte social são ambos, como já apresentado precedentemente, mecanismos redutores de estresse apontados pela Teoria do Design de Suporte (Ulrich, 1991).

A interação social tem sido considerada um aspecto importante de experiências de lazer restauradoras (Scopelliti & Giuliani, 2004), tendo já explicado, para crianças em pátios escolares, mais variância em restauratividade percebida que as próprias características físicas do lugar (Bagot et al., 2015). Em determinados contextos ambientais, o contato social também pode permitir a restauração através de seu efeito sobre a sensação de segurança (Staats & Hartig, 2004). As considerações aqui discutidas podem explicar a relação positiva e estatisticamente significativa entre o número de leitos no quarto de internação e a restauração afetiva observada na investigação. Esse resultado aponta para a necessidade de uma análise molar do processo restaurador, no qual as características do ambiente físico, da pessoa e das relações sociais atuam conjuntamente.

Importante considerar a esse ponto que tanto a privacidade como a interação social são fatores relevantes para o grupo de pacientes participantes do estudo. Para que eles não sejam conflitantes a ponto de produzir estresse, é necessário oferecer aos pacientes oportunidades de

controle sobre cada um desses aspectos, a fim de que seus efeitos de suporte possam ser sentidos.

Acesso a tecnologias.

A presença da televisão foi uma característica do ambiente físico que contribuiu para a alegria, a comodidade e a beleza percebidas no quarto de internação. Para os participantes, “com a TV as pessoas se divertem” (D.C., M, 12), é possível “passar o tempo” (D.C., M, 12) e “ligar-se ao mundo exterior” (D.C., M, 13). Assim, constitui uma forma de distração desejada e, portanto, positiva ao paciente.

A televisão também foi percebida como um aspecto agradável do quarto de internação em um *survey* realizado por telefone com pacientes que já haviam recebido alta (Harris, McBride, Ross, & Curtis, 2002). Naturalmente, o conteúdo da programação televisiva desempenha um papel no bem-estar do telespectador, como demonstrou um estudo em salas de espera com doadores de sangue (Ulrich, Simons, & Miles, 2003). Nesse estudo, os participantes apresentaram menor excitação fisiológica (pressão sanguínea e pulso) quando a televisão exibiu um vídeo com imagens da natureza, resultado comparado ao obtido quando havia apenas a programação cotidiana da rede televisiva ou vídeos de áreas urbanas. Outro aspecto a ser considerado é a possibilidade de controlar e gerenciar o funcionamento da TV. Quando esse tipo de controle não existe ou é falho, a TV pode passar de distração positiva à negativa, constituindo um estímulo indesejável e estressante. Por essas considerações, Ulrich e colegas (Ulrich, Quan, Zimring, Joseph, & Choudhary, 2004) defenderam a necessidade de estudos sobre as condições nas quais a TV se revela um estímulo positivo ou negativo.

Quadros e ilustrações sobre a parede.

Outro atributo ambiental que suscitou os significados associados à restauração afetiva foi a presença de desenhos e quadros nas paredes. Esse aspecto físico colaborou para a percepção de um ambiente hospitalar alegre, vivaz, divertido e interessante. Pacientes hospitalizados em quartos com quadros e desenhos sobre as paredes também julgaram o ambiente mais vivaz que os pacientes em quartos sem esses elementos.

Dois aspectos que dizem respeito à natureza desses desenhos, no entanto, precisam aqui ser considerados. Desenhos e quadros com motivos emblemáticos da infância são, como já discutido anteriormente, razões evidentes de descontentamento e embaraço para pacientes

pediátricos mais velhos, que percebem o ambiente como não adequado a eles. Essa situação pode ser claramente percebida no discurso dos pacientes e pode explicar o porquê de a avaliação ambiental ter piorado com o aumento da idade. Existem evidências na literatura de que os usuários do ambiente hospitalar concordam que determinados tipos de quadros e desenhos são mais apropriados a determinadas faixas etárias e não a outras (Nanda et al., 2009; Ullán et al., 2012).

O outro aspecto se refere aos efeitos negativos que certas imagens podem causar, independentemente da idade. Existem evidências de que imagens abstratas, desordenadas e caóticas, por exemplo, que não têm um significado claro e explícito, podem suscitar interpretações estressantes, muitas vezes influenciadas pela condição de doença e hospitalização do paciente (Ulrich, 1999). Imagens figurativas ou representativas da natureza, em contrapartida, têm sido bem avaliadas e preferidas por pacientes pediátricos de diversas faixas de idade, a despeito de quadros abstratos ou impressionistas (Eisen, Ulrich, Shepley, Varni, & Sherman, 2008). A literatura também evidencia que efeitos restauradores podem ser percebidos pelo uso de imagens da natureza, mas não de imagens geométricas (Berto, 2005).

Um modo de garantir que quadros e ilustrações satisfaçam as preferências e necessidades dos pacientes é dar ao usuário a possibilidade de escolher as imagens que decoram o próprio quarto de internação. Experiências como esta têm sido relatadas como bem sucedidas (Suter & Baylin, 2007). Além de promover a percepção de controle pessoal, um dos aspectos redutores de estresse em hospitais (Ulrich, 1991), participar da escolha de elementos decorativos do próprio quarto é um meio de personalização: uma ação deliberada de modificar as características de um ambiente, para melhor adequá-las às próprias necessidades e refletir a própria identidade (Wells, Thelen, & Ruark, 2007). Através desse mecanismo, as pessoas organizam o espaço ao seu redor para favorecer aspirações, relações de afetividade, expressar personalidade, originalidade e individualidade (Felippe, 2009). Ao projetar características particulares no espaço, indivíduos fortalecem o sentido de pertencimento a um lugar (Wells, 2000), regulam as interações sociais e ratificam a identidade pessoal e de grupo (Felippe, 2009). As pesquisas apontam que proporcionar maior controle ambiental às pessoas, por meio da personalização, melhora os níveis de satisfação, bem-estar, favorece avaliações ambientais positivas (Wells, 2000; Wells et al., 2007), eleva a autoestima (Maxwell & Chmielewski, 2008) e auxilia no controle do estresse, por favorecer a adaptação do espaço às características do indivíduo (Huang, Robertson, & Chang, 2004; Wells, 2000; Wells et al., 2007).

Suporte às exigências do acompanhador.

Outro aspecto ambiental frequentemente citado pelos participantes do estudo foi a atenção às necessidades do acompanhador por meio da presença do leito que possibilita ao pai ou à mãe estarem próximos ao paciente e confortavelmente alojados. De fato, esse atributo físico colaborou para a percepção de conforto, acolhimento, de um lugar que faz sentir bem, à vontade:

A comodidade não deve ser somente do paciente, mas deve também ser de quem está junto ao paciente. Porque obviamente também quem está junto ao paciente, parentes, pode se sentir, digamos, à vontade. . . a situação pode se tornar mais fácil do ponto de vista do doente (D. C., M, 17).

Nesse contexto, a presença do acompanhador é uma importante forma de suporte social voltada à redução dos níveis de estresse (Ulrich, 1991). Também tem sido relacionada a menores níveis de depressão em pacientes, maior satisfação, melhor comunicação e redução de quedas (Ulrich, Berry, Quan, & Parish, 2010). O apoio à permanência dos acompanhadores pode, naturalmente, ser promovido também pela presença de mobiliário como mesas, cadeiras e armários, bem como de espaços destinados a eles (salas de espera), equipamentos de apoio convenientes, jardins, banheiros e estacionamentos facilmente acessíveis que atendam às suas necessidades.

Presença de brinquedos e áreas para jogos e atividades.

Possivelmente porque as fotografias apresentadas aos pacientes durante as entrevistas não retratavam esses elementos, a presença de brinquedos no quarto de internação não foi um aspecto citado pelos participantes. Apenas os espaços e mobiliário destinados a jogos e atividades diversas, como mesas de apoio, foram referidos pelos participantes, ainda que com frequência inferior àquela que poderia ser estatisticamente esperada. No entanto, a presença de brinquedos esteve significativamente relacionada à agradabilidade do quarto de internação durante a primeira fase do estudo. Pacientes em quartos que ofereciam acesso a brinquedos consideraram o ambiente mais agradável que os pacientes internados em quartos sem esses elementos.

Da mesma forma que a presença da televisão e de quadros e desenhos sobre as paredes, brinquedos e espaços para jogos podem funcionar como distrações positivas, afastando pensamentos estressantes. Atenção também deveria ser prestada no sentido de adequar o

fornecimento de jogos à faixa etária a que se destinam, sob pena de provocar embaraço e insatisfação, como precedentemente discutido.

Conservação e ordem da estrutura hospitalar.

O estado de conservação dos quartos de internação também não foi citado pelos participantes durante as entrevistas. Todas as fotografias apresentadas aos pacientes retratavam quartos igualmente bem conservados. No entanto, assim como a presença de brinquedos, esse aspecto esteve significativamente relacionado à agradabilidade do quarto de internação durante a primeira fase do estudo. Quanto melhor foi o estado de conservação do quarto (plano envoltório), mais o ambiente foi considerado agradável na opinião dos participantes. Similarmente, observou-se que a restauração afetiva foi maior quanto mais o paciente considerou o quarto “ordenado”.

Além da questão da agradabilidade, um estado de conservação e ordem precário tem sido relacionado à percepção de vulnerabilidade do ambiente construído. Ambientes e equipamentos desfigurados, desgastados ou destruídos transmitem a imagem de que os responsáveis pelo lugar não o protegem ou não podem protegê-lo (Brown, Perkins, & Brown, 2004). É possível que tal impressão de descaso ou incapacidade estenda-se, na visão do usuário, a outros domínios da prestação sanitária, comprometendo a própria percepção de eficiência e excelência do serviço médico e hospitalar oferecido como um todo. Essa condição pode colaborar para um estado de ânimo de ansiedade.

Considerações finais

O estudo de ambientes restauradores e do processo restaurador a partir da condição de estresse por meio da análise dos significados ambientais mostrou-se pertinente. Primeiramente, é pertinente porque o modo como um indivíduo reage ao ambiente é regulado, entre outros, pelos significados ambientais elaborados por esse indivíduo em sua relação com o meio, ao longo do ciclo de vida. Então, um mesmo cenário natural, por exemplo, que supostamente desencadeia reações emocionais positivas em um expressivo número de observadores, pode também suscitar respostas afetivas diametralmente opostas em um sujeito cuja história tenha sido marcada por algum evento traumático em um contexto natural semelhante. Ou ainda, uma mesma configuração física pode provocar reações diferentes em dois indivíduos provenientes de contextos geográficos e culturais diversos, a partir dos quais igualmente distintas identidades

de lugar foram formadas. A reação emocional a um ambiente se dá, entre outros, em função do significado histórico desse ambiente para o observador, assumindo o significado um papel de mediador entre o atributo físico em si e a resposta afetiva ambiental.

Em segundo lugar, a consideração do significado ambiental no estudo de ambientes que promovem ou permitem a restauração do estresse é pertinente porque se constitui em uma abordagem ampla, capaz de identificar aspectos não considerados em discussões teóricas vigentes. Por exemplo, a presente investigação identificou que atributos físicos de caráter residencial podem assumir um papel no processo restaurador. Esse aspecto, no entanto, não é contemplado na Teoria do Design de Suporte. Tal teoria, apoiando-se na literatura acerca do estresse e da restauração do estresse, prevê que um ambiente será de suporte se favorecer a percepção de controle pessoal, o acesso ao suporte social e a distrações positivas.

Desse modo, esse estudo pretendeu oferecer contribuições ao campo do Design Baseado em Evidência, relacionando restauração afetiva do estresse e significados ambientais, e identificando atributos do ambiente hospitalar promotores de tais significados. A construção de uma relação entre os dois construtos pode ser feita, no âmbito teórico, a partir da literatura sobre ambientes restauradores, percepção, cognição e significado ambientais. O estudo apresentado neste capítulo, fazendo uso dessa construção teórica, estabeleceu empiricamente tal relacionamento e investigou atributos físicos hospitalares que podem atuar nesse processo. Ainda, desenvolveu-se no âmbito da hospitalização pediátrica, um setor com reconhecidos *deficits* no campo de investigação da restauração do estresse.

Encontrou-se que uma melhor avaliação ambiental esteve associada a uma maior restauração afetiva do estresse e que a restauração foi também maior quanto mais os pacientes consideraram o quarto de internação tranquilizador, ordenado, alegre, relaxante, cômodo, dotado de ar fresco, espaçoso, agradável e vivaz. A atribuição de sentido ao quarto de internação se deu em modo dinâmico e modificou-se no decorrer do tempo, sugerindo que a experiência vivida a cada momento ao longo da hospitalização pode afetar continuamente o modo como os pacientes veem e sentem o ambiente no qual se encontram. Ao final do procedimento investigativo, pode-se concluir que os seguintes atributos físicos do quarto de internação desempenham um papel na construção desses significados: aparência residencial; acesso visual e físico a ambiente exterior natural e ar fresco; amplitude moderada; oportunidades para a privacidade; oportunidades para a interação social; acesso a tecnologias; quadros e ilustrações nas paredes; suporte às necessidades do acompanhador; presença de brinquedos e áreas para jogos/atividades; conservação e ordem das instalações.

Esses resultados foram o produto da convergência entre dados fornecidos por instrumentos diversos. A abordagem multimetodológica ofereceu a oportunidade de confrontar e complementar os dados obtidos ao longo das duas fases de investigação, contribuindo para a construção de evidências de validade dos resultados obtidos. Tal validade, no entanto, aplica-se às condições que caracterizam o contexto de investigação e a amostra de participantes do presente estudo. Dado que o significado atribuído a um lugar é influenciado, entre outros, pelo ambiente social, físico e cultural do usuário, sua fase desenvolvimental e trajetória pessoal, outras características de contexto e amostra podem resultar em dados diversos. É também uma limitação o fato de as relações estabelecidas nessa investigação não poderem ser interpretadas em termos de relações de causa e efeito, por terem sido derivadas de delineamento correlacional e qualitativo. Embora existam evidências teóricas de que entre significado ambiental e restauração afetiva do estresse existam relações do tipo causal, o desenho metodológico adotado aqui oferece suporte apenas para o entendimento de que as alterações de uma variável são acompanhadas pela variação da outra. Em razão disso, outras investigações empíricas se fazem necessárias para compreender o modo como essas variáveis se relacionam e, especificamente, qual é o papel do significado ambiental no processo de restauração afetiva do estresse.

A pesquisa aqui ilustrada lançou luz sobre alguns dos aspectos que podem estar envolvidos na promoção do bem-estar de pacientes pediátricos hospitalizados por curtos períodos. Essa compreensão pode dar suporte à Arquitetura Hospitalar e às políticas de saúde, com vistas à produção de estruturas sanitárias capazes de curar também em razão de seu ambiente.

Referências

- Bagot, K. L., Allen, F. C. L., & Toukhsati, S. (2015). Perceived restorativeness of children's school playground environments: nature, playground features and play period experiences. *Journal of Environmental Psychology, 41*(0), 1–9. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272494414001029?via%3Dihub>. doi: 10.1016/j.jenvp.2014.11.005
- Ben-Abraham, R., Keller, N., Szold, O., Vardi, A., Weinberg, M., Barzilay, Z., & Paret, G. (2002). Do isolation rooms reduce the rate of nosocomial infections in the pediatric intensive care unit? *Journal of Critical Care, 17*(3), 176–180. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0883944102700154?via%3Dihub>. doi: 10.1053/jcrc.2002.35809
- Berto, R. (2005). Exposure to restorative environments helps restore attentional capacity. *Journal of Environmental Psychology, 25*(3), 249–259. Recuperado de

- <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272494405000381?via%3Dihub>. doi: 10.1016/j.jenvp.2005.07.001
- Bishop, K. G. (2008). *From their perspectives: children and young people's experience of a paediatric hospital environment and its relationship to their feeling of well-being* (Doutorado em Arquitetura). University of Sydney, Sydney. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/41232261.pdf>
- Blomkvist, V., Eriksen, C. A., Theorell, T., Ulrich, R., & Rasmanis, G. (2005). Acoustics and psychosocial environment in intensive coronary care. *Occupational and Environmental Medicine*, 62(3), e1–e1. Recuperado de <https://oem.bmj.com/content/62/3/e1>. doi: 10.1136/oem.2004.017632
- Bonfim, Z. A. C. (2008). Afetividade e ambiente urbano: uma proposta metodológica pelos mapas afetivos. In J. Q. Pinheiro & H. Günther (Orgs.), *Métodos de pesquisa nos estudos pessoa-ambiente* (p. 253-280). Casa do Psicólogo: São Paulo.
- Bonnes, M., Fornara, F., & Bonaiuto, M. (2008). Psicologia ambientale e architettura per la progettazione dei luoghi di cura. In R. Del Nord (Org.), *L'ospedale del futuro: modelli per una nuova sanità* (p. 52–61). Padova: Il Prato.
- Bradley, M. M., & Lang, P. J. (1994). Measuring emotion: the self-assessment manikin and the semantic differential. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 25(1), 49–59. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0005791694900639?via%3Dihub>. doi: 10.1016/0005-7916(94)90063-9
- Brown, B. B., Perkins, D. D., & Brown, G. (2004). Incivilities, place attachment and crime: block and individual effects. *Journal of Environmental Psychology*, 24(3), 359–371. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272494404000192?via%3Dihub>. doi: 10.1016/j.jenvp.2004.01.001
- Cavalcante, S., & Maciel, R. H. (2008). Métodos de avaliação da percepção ambiental. In J. Q. Pinheiro & H. Günther (Orgs.), *Métodos de pesquisa nos estudos pessoa-ambiente* (p. 149–180). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Corraliza, J. A. (1998). Emoción y ambiente. In J. I. Aragonés & M. Américo (Orgs.), *Psicología ambiental* (p. 59–76). Madrid: Pirámide.
- Diette, G. B., Lechtzin, N., Haponik, E., Devrotes, A., & Rubin, H. R. (2003). Distraction therapy with nature sights and sounds reduces pain during flexible bronchoscopy: a complementary approach to routine analgesia. *Chest*, 123(3), 941–948. Recuperado de [https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692\(16\)34766-3/fulltext](https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692(16)34766-3/fulltext). doi: 10.1378/chest.123.3.941
- Eisen, S. L., Ulrich, R. S., Shepley, M. M., Varni, J. W., & Sherman, S. (2008). The stress-reducing effects of art in pediatric health care: art preferences of healthy children and hospitalized children. *Journal of Child Health Care*, 12(3), 173–190. Recuperado de <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1367493508092507>. doi: 10.1177/1367493508092507
- Elali, G. A., & Pinheiro, J. Q. (2008). Autobiografia ambiental: buscando afetos e cognições da experiência com ambientes. In J. Q. Pinheiro & H. Günther (Orgs.), *Métodos de pesquisa nos estudos pessoa-ambiente* (p. 217-251). Casa do Psicólogo: São Paulo.
- Evans, G. W., & McCoy, J. M. (1998). When buildings don't work: the role of architecture in human health. *Journal of Environmental Psychology*, 18(1), 85–94. Recuperado de

- <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272494498900895?via%3Dihub>. doi: 10.1006/jevp.1998.0089
- Felippe, M. L. (2009). Ambiente pessoal: o papel da personalização na construção de espaços saudáveis. In A. Kuhnen, E. Takase, & R. M. Cruz (Orgs.), *Interações pessoa-ambiente e saúde* (p. 117–136). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Felippe, M. L. (2010). Casa: uma poética da terceira pele. *Psicologia e Sociedade*, 22(2), 299–308. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822010000200010&lng=pt&tlng=pt. doi: 10.1590/S0102-71822010000200010
- Felippe, M. L. (2015). *Ambiente fisico e linguaggio ambientale nel processo di rigenerazione affettiva dallo stress in camere di degenza pediatrica* (Doutorado em Tecnologia da Arquitetura). Università degli Studi di Ferrara, Ferrara, Itália. Recuperado de <http://eprints.unife.it/994/>
- Gabor, J. Y., Cooper, A. B., Crombach, S. A., Lee, B., Kadikar, N., Bettger, H. E., & Hanly, P. J. (2003). Contribution of the intensive care unit environment to sleep disruption in mechanically ventilated patients and healthy subjects. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 167(5), 708–715. Recuperado de <https://www.atsjournals.org/doi/abs/10.1164/rccm.2201090>. doi: 10.1164/rccm.2201090
- Grahn, P., & Stigsdotter, U. A. (2003). Landscape planning and stress. *Urban Forestry & Urban Greening*, 2(1), 1–18. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1618866704700199?via%3Dihub>. doi: 10.1078/1618-8667-00019
- Harris, P. B., McBride, G., Ross, C., & Curtis, L. (2002). A place to heal: environmental sources of satisfaction among hospital patients. *Journal of Applied Social Psychology*, 32(6), 1276–1299. Recuperado de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1559-1816.2002.tb01436.x>. doi: 10.1111/j.1559-1816.2002.tb01436.x
- Hartig, T. (2011). Issues in restorative environment research: matters of measurement. In B. Fernández-Ramírez, C. H. Villodres, C. M. S. Ferrer, & M. J. M. Méndez (Orgs.), *Psicología ambiental 2011: entre los estudios urbanos y el análisis de la sostenibilidad* (pp. 41–66). Almería: Universidad de Almería.
- Huang, Y., Robertson, M. M., & Chang, K. (2004). The role of environmental control on environmental satisfaction, communication, and psychological stress: effects of office ergonomics training. *Environment and Behavior*, 36(5), 617–637. Recuperado de <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0013916503262543>. doi: 10.1177/0013916503262543
- Janssen, P. A., Klein, M. C., Harris, S. J., Soolsma, J., & Seymour, L. C. (2000). Single room maternity care and client satisfaction. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 27(4), 235–243. Recuperado de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1046/j.1523-536x.2000.00235.x>. doi: 10.1046/j.1523-536x.2000.00235.x
- Kaplan, S. (1995). The restorative benefits of nature: toward an integrative framework. *Journal of Environmental Psychology*, 15(3), 169–182. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0272494495900012?via%3Dihub>. doi: 10.1016/0272-4944(95)90001-2
- Korpela, K., & Hartig, T. (1996). Restorative qualities of favorite places. *Journal of Environmental Psychology*, 16(3), 221–233. Recuperado de

- <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272494496900183?via%3Dihub>. doi: 10.1006/jevp.1996.0018
- Lindal, P. J., & Hartig, T. (2013). Architectural variation, building height, and the restorative quality of urban residential streetscapes. *Journal of Environmental Psychology*, 33(0), 26–36. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272494412000643?via%3Dihub>. doi: 10.1016/j.jenvp.2012.09.003
- Lohr, V. I., & Pearson-Mims, C. H. (2000). Physical discomfort may be reduced in the presence of interior plants. *International Human Issues in Horticulture*, 10(1), 53-58. Recuperado de <https://journals.ashs.org/horttech/view/journals/horttech/10/1/article-p53.xml?sid=553d99cf-40d5-459b-aba6-f8ee3e816296>. doi: 10.21273/HORTTECH.10.1.53
- Maxwell, L. E., & Chmielewski, E. J. (2008). Environmental personalization and elementary school children's self-esteem. *Journal of Environmental Psychology*, 28(2), 143-153. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272494407000941>. doi: 10.1016/j.jenvp.2007.10.009
- Moscovici, S. (1978). *A representação social da psicanálise*. Zahar: Rio de Janeiro.
- Nanda, U., Chanaud, C. M., Brown, L., Hart, R., & Hathorn, K. (2009). Pediatric art preferences: countering the “one-size-fits-all” approach. *HERD*, 2(4), 46–61. Recuperado de <https://www.healthdesign.org/chd/knowledge-repository/pediatric-art-preferences>.
- Park, S.-H., & Mattson, R. H. (2009). Therapeutic influences of plants in hospital rooms on surgical recovery. *HortScience*, 44(1), 102–105. Recuperado de <http://hortsci.ashspublications.org/content/44/1/102.abstract>.
- Pati, D., Harvey, T. E., & Barach, P. (2008). Relationships between exterior views and nurse stress: an exploratory examination. *Health Environments Research & Design Journal*, 1(2), 27–38. Recuperado de <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/193758670800100204>. doi: 10.1177/193758670800100204
- Piaget, J., & Inhelder, B. (1997). *The child's conception of space*. Psychology Press.
- Pinheiro, J. Q., Elali, G. A., & Fernandes, O. S. (2008). Observando a interação pessoa-ambiente: vestígios ambientais e mapeamento comportamental. In J. Q. Pinheiro & H. Günther (Orgs.), *Métodos de pesquisa nos estudos pessoa-ambiente* (pp. 75-104). Casa do Psicólogo: São Paulo.
- Proshansky, H. M., Fabian, A. K., & Kaminoff, R. (1983). Place-identity: physical world socialization of the self. *Journal of Environmental Psychology*, 3(1), 57–83. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272494483800218?via%3Dihub>. doi: 10.1016/S0272-4944(83)80021-8
- Rapoport, A. (1990). *The meaning of the built environment: a nonverbal communication approach*. Tucson: University of Arizona.
- Reitan, R. M. (1971). Trail Making Test results for normal and brain-damaged children. *Perceptual and Motor Skills*, 33(2), 575–581. Recuperado de <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.2466/pms.1971.33.2.575>. doi: 10.2466/pms.1971.33.2.575
- 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. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1618866711000318?via%3Dihub>. doi: 10.1016/j.ufug.2011.03.003

- Said, I. (2007). Architecture for children: understanding children perception towards built environment. In *Proceedings of the International Conference of Challenges and Experiences in Developing Architectural Education in Asia* (p. 1–6). Indonesia: Islamic University of Indonesia. Recuperado de http://eprints.utm.my/3575/1/Architectural_EDU2.pdf
- Said, I., Salleh, S. Z., Bakar, M. S. A., & Mohamad, I. (2005). Caregivers' evaluation on hospitalized children's preferences concerning garden and ward. *Journal of Asian Architecture and Building Engineering*, 4(2), 331–338. Recuperado de <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3130/jaabe.4.331>. doi: 10.3130/jaabe.4.331
- Scopelliti, M., & Giuliani, M. V. (2004). Choosing restorative environments across the lifespan: a matter of place experience. *Journal of Environmental Psychology*, 24(4), 423–437. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272494404000647?via%3Dihub>. doi: 10.1016/j.jenvp.2004.11.002
- Shepley, M. M., Harris, D. D., & White, R. (2008). Open-bay and single-family room neonatal intensive care units: caregiver satisfaction and stress. *Environment and Behavior*, 40(2), 249–268. Recuperado de <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0013916507311551>. doi: 10.1177/0013916507311551
- Shumaker, S. A., & Reizenstein, J. E. (1982). Environmental factors affecting inpatient stress in acute care hospitals. In G. W. Evans, *Environmental stress* (p. 179–223). New York: Cambridge University Press.
- Staats, H., & Hartig, T. (2004). Alone or with a friend: a social context for psychological restoration and environmental preferences. *Journal of Environmental Psychology*, 24(2), 199–211. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272494404000064?via%3Dihub>. doi: 10.1016/j.jenvp.2003.12.005
- Suter, E., & Baylin, D. (2007). Choosing art as a complement to healing. *Applied Nursing Research*, 20(1), 32–38. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0897189706001297?via%3Dihub>. doi: 10.1016/j.apnr.2005.11.004
- Tsunetsugu, Y., Lee, J., Park, B.-J., Tyrväinen, L., Kagawa, T., & Miyazaki, Y. (2013). Physiological and psychological effects of viewing urban forest landscapes assessed by multiple measurements. *Landscape and Urban Planning*, 113(0), 90–93. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0169204613000212?via%3Dihub>. doi: 10.1016/j.landurbplan.2013.01.014
- Tuan, Y.-F. (1980). *Topofilia: um estudo de percepção, atitudes e valores do meio ambiente*. São Paulo: Difel.
- Ullán, A. M., Belver, M. H., Fernández, E., Serrano, I., Delgado, J., & Herrero, C. (2012). Hospital designs for patients of different ages: preferences of hospitalized adolescents, nonhospitalized adolescents, parents, and clinical staff. *Environment and Behavior*, 44(5), 668–694. Recuperado de <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0013916511403802>. doi: 10.1177/0013916511403802
- Ulrich, R. S., Berry, L. L., Quan, X., & Parish, J. T. (2010). A conceptual framework for the domain of evidence-based design. *Health Environments Research & Design Journal*, 4(1), 95–114. Recuperado de <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/193758671000400107>. doi: 10.1177/193758671000400107
- Ulrich, R. S., Quan, X., Zimring, C., Joseph, A., & Choudhary, R. (2004). *The role of the physical environment in the hospital of the 21st century: a once-in-a-lifetime opportunity* (Designing the 21st Century Hospital Project) (p. 1–69). Concord, California: The Center for Health Design. Recuperado de

<https://www.healthdesign.org/chd/knowledge-repository/role-physical-environment-hospital-21st-century-once-lifetime-opportunity-0>

- 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. *Health Environments Research & Design Journal*, 1(3), 61–125. Recuperado de <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/193758670800100306>. doi: 10.1177/193758670800100306
- Ulrich, R. S. (1981). Natural versus urban scenes: some psychophysiological effects. *Environment and Behavior*, 13(5), 523–556. Recuperado de <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0013916581135001>. doi: 10.1177/0013916581135001
- Ulrich, R. S. (1986). Human responses to vegetation and landscapes. *Landscape and Urban Planning*, 13(0), 29–44. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0169204686900058?via%3Dihub>. doi: 10.1016/0169-2046(86)90005-8
- Ulrich, R. S. (1991). Effects of interior design on wellness: theory and recent scientific research. *Journal of Health Care Interior Design*, 3(0), 97–109. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10123973>
- Ulrich, R. S. (1999). Effects of gardens on health outcomes: theory and research. In C. Cooper Marcus & M. Barnes (Orgs.), *Healing gardens: therapeutic benefits and design recommendations* (p. 27–86). New York: John Wiley & Sons.
- Ulrich, R. S. (2001). Effects of healthcare environmental design on medical outcomes. In *Design & Health World Congress & Exhibition Proceedings* (p. 49–59). Stockholm: The International Academy for Design and Health. Recuperado de <http://www.capch.org/wp-content/uploads/2012/10/Roger-Ulrich-WCDH2000.pdf>
- 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. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272494405801847?via%3Dihub>. doi: 10.1016/S0272-4944(05)80184-7
- Ulrich, R. S., Simons, R. F., & Miles, M. A. (2003). Effects of environmental simulations and television on blood donor stress. *Journal of Architectural and Planning Research*, 20(1), 38–47. Recuperado de https://www.jstor.org/stable/43030641?seq=1#page_scan_tab_contents
- Valera, S., & Vidal, T. (2000). Privacidad y territorialidad. In J. I. Aragonés & M. Américo (Orgs.), *Psicología ambiental* (p. 123–147). Madrid: Pirámide.
- Van den Berg, A. E., Kooles, L., & Van der Wulp, N. Y. (2003). Environmental preference and restoration: (how) are they related? *Journal of Environmental Psychology*, 23(2), 135–146. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272494402001111>. doi: 10.1016/S0272-4944(02)00111-1
- Van den Berg, A. E., Maas, J., Verheij, R. A., & Groenewegen, P. P. (2010). Green space as a buffer between stressful life events and health. *Social Science & Medicine*, 70(8), 1203–1210. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953610000675?via%3Dihub>. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.01.002

- Varni, J. W., Burwinkle, T. M., Dickinson, P., Sherman, S. A., Dixon, P., Ervice, J. A., Leyden, P. A., & Sadler, B. L. (2004). Evaluation of the built environment at a children's convalescent hospital: development of the Pediatric Quality of Life Inventory parent and staff satisfaction measures for pediatric health care facilities. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 25(1), 10-20. Recuperado de <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=14767351>.
- 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. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1618866707000416?via%3Dihub>. doi: 10.1016/j.ufug.2007.07.001
- Volp, C. M. (2000). *LEA para populações diversas* (Relatório Trienal apresentado a CPRT). Rio Claro: UNESP.
- Walch, J. M., Rabin, B. S., Day, R., Williams, J. N., Choi, K., & Kang, J. D. (2005). The effect of sunlight on postoperative analgesic medication use: a prospective study of patients undergoing spinal surgery. *Psychosomatic Medicine*, 67(1), 156-163. Recuperado de <https://insights.ovid.com/crossref?an=00006842-200501000-00022>. doi: 10.1097/01.psy.0000149258.42508.70
- Wells, M. (2000). Office clutter or meaningful personal displays: the role of office personalization in employee and organizational well-being. *Journal of Environmental Psychology*, 20(3), 239-255. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272494499901664>. doi: 10.1006/jevp.1999.0166
- Wells, M., Thelen, L., & Ruark, J. (2007). Workspace personalization and organizational culture: does your workspace reflect you or your company? *Environment and Behavior*, 39(5), 616-634. Recuperado de <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0013916506295602>. doi: 10.1177/0013916506295602
- Williams, A. M., & Irurita, V. F. (2005). Enhancing the therapeutic potential of hospital environments by increasing the personal control and emotional comfort of hospitalized patients. *Applied Nursing Research*, 18(1), 22-28. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0897189704000874?via%3Dihub>. doi: 10.1016/j.apnr.2004.11.001

CAPÍTULO IV

RESTAURAÇÃO PSICOFISIOLÓGICA DO ESTRESSE EM HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO

Bettieli Barboza da Silveira

Quando residimos por muito tempo em determinado lugar, podemos conhecê-lo intimamente, porém sua imagem pode não ser nítida, a menos que possamos também vê-lo de fora e pensemos em nossa experiência (Tuan, 1993, p. 03).

Ao assumir que a Psicologia Ambiental tem grande potencial para melhorar as condições de vida da sociedade, especialmente no que condiz aos possíveis efeitos sobre a cognição, ação e bem-estar humano, o conceito de ambiente restaurador se incorpora ao propósito de melhorar a qualidade de vida das pessoas, particularmente aplicado em determinados lugares. Isto é, balizado pela estrutura teórica de Ulrich (1984), os aspectos do ambiente físico e social se relacionam com as pessoas com vistas a diminuir os fatores estressores percebidos.

Uma vez que a pessoa mobiliza mais recursos do que dispõe no momento, seus níveis de estresse se elevam, juntamente. Nesse processo, alterações psicofisiológicas são percebidas e se desalinham dos parâmetros normotípicos. Além disso, as sensações de prazer ou desprazer experimentadas em determinados ambientes também são examinadas, tendo papel fundamental na restauração percebida.

Na intenção de enfatizar o cuidado com o bem-estar humano, a diminuição do estresse e o aumento das sensações de prazer vivenciadas na relação pessoa-ambiente, tem-se o exemplo de um estudo realizado num hospital de custódia e tratamento psiquiátrico - HCTP (Silveira, 2017) a fim de verificar a conexão entre aspectos físicos e psicológicos percebidos na relação dos usuários do lugar para com ele. Sabe-se que as primeiras pesquisas envolvendo a investigação de atributos ambientais advêm de contextos manicomiais e prisionais da França e Inglaterra, além de investimentos científicos em hospitais e conjuntos habitacionais dos Estados Unidos da América (Markus, 1993). Em consideração à realidade dualística do hospital de custódia, que conserva em sua estrutura um misto de prisão e asilo (Carrara, 2010), Ulrich

(1984) destaca como ação essencial para o bem-estar e a sobrevivência humana cercar-se de fatores que estimulem a aproximação e desencorajem certos comportamentos ligados à vigilância.

Entender que o HCTP possa se tornar um ambiente restaurador pode não parecer tarefa fácil ou atingível. Entretanto, é válido salientar movimentos possíveis a serem aplicados em características ambientais semifixas ou, inclusive, em modificações na rotina e uso dos espaços. Ao compreender que ambientes restauradores são aqueles que permitem ou promovem a restauração, Hartig (2011) reforça que eles podem atuar sobre uma variedade de processos de recuperação, pois se entende que esse processo se aplica a quaisquer recursos pessoais alterados por exigências cotidianas. Desse modo, embora não seja factível a ressignificação drástica de muitos espaços do hospital de custódia, algumas modificações físicas e nos modos de uso podem suscitar em diminuição de sensações de desprazer a fim de potencializar aspectos de bem-estar e qualidade de vida na instituição.

Ainda que a diversidade de experiências interacionais das pessoas com diferentes ambientes, sobretudo, os naturais seja notoriamente benéfica às pessoas (Biedenweg, Scott & Scott, 2017), é preciso recordar algumas limitações inerentes a contexto de custódia hospitalar. O HCTP é uma instituição que abriga pessoas com doença ou deficiência mental que foram concebidas como inimputáveis e que, portanto, foram designadas a cumprir medida de segurança por conta do crime cometido. Por não sofrer sanção penal comum, os internos do hospital de custódia não recebem um prazo determinado para sua internação, tendo sua permanência mediada por avaliações médicas e autorização judicial que versam sobre a cessação da periculosidade a possibilidade de retorno ao convívio em sociedade.

Além dos internos, o hospital de custódia enquanto espaço acolhe também profissionais de distintas áreas de atuação profissional e de formação. Selecionados por meio de concurso público, os funcionários são destacados pelo Estado para trabalhar no setor de custódia hospitalar. Dentre as funções presentes na instituição, tem-se metade atuante na área de segurança, além do corpo técnico da enfermagem, psicologia, psiquiatria e técnicos de enfermagem. Faz-se, portanto, esse adendo aos perfis profissionais por ser uma definição que entoa o caminhar institucional enquanto dispositivo de atenção à saúde, ao mesmo tempo em que destoa de um modelo tradicional ligado à saúde.

A pesquisa que embasa este texto considerou a escuta formal dos profissionais e informal dos pacientes, que espontânea e costumeiramente abordaram a pesquisadora para verbalizar suas percepções, sentimentos e visões sobre o todo. Nesse processo diferentes falas foram manifestadas e majoritariamente refletiram, com singularidade às palavras utilizadas,

sobre a importância de se investir na aplicação e investigação acerca da relação pessoa-ambiente, com ênfase no cuidado da saúde, no bem-estar, na segurança e em práticas sustentáveis.

O encarceramento da saúde mental reduz as pessoas a uma rotina de perdas objetivas e funcionais ao paciente (Santana, Chianca & Cardoso, 2009), com reflexo estendido aos profissionais que cotidianamente se desdobram em habilidades diversas para realização do seu trabalho. Contrastam-se às demandas laborais cotidianas a afetividade implicada nas relações e a representação social da instituição perante uma sociedade que praticamente desconhece sua existência, o que torna o processo, novamente, alheio à comunidade geral. Descortinadas as nuances em torno do hospital de custódia, tem-se um reforço acerca da avaliação de aspectos essenciais ao tratamento para o processo de ressignificação e aprimoramento da instituição. Sobre tal questão, torna-se particularmente importante promover o enlace da Psicologia Ambiental, enquanto ciência aplicada, com a saúde mental em HCTP's. Esse caminho conjunto visa, prioritariamente, a melhoria do bem-estar dos usuários do lugar assim como permite tecer considerações sobre o planejamento de ações e estruturas mais adequadas às necessidades humanas neste lugar.

Na medida em que as ambições científicas são traçadas, os percursos orientadores para atingir tais objetivos se tornam alicerces fundamentais ao êxito esperado. Desse modo, os procedimentos metodológicos aplicados transitaram entre a técnica *fotografando ambientes* (Higuchi & Kuhnen, 2008) e a entrevista semiestruturada, especialmente. Ainda que, o registro fotográfico, a confecção de planta arquitetônica e o diário de campo tenham sido precisos aliados ao processo de captura de informações e de observação a toda a complexidade do lugar. Compilados os resultados de tal investigação científica, os mesmos serão expostos de modo a congregarem, em tópicos, os principais recursos e as ressalvas percebidas, bem como seus direcionamentos em prol de um ambiente restaurador.

Importante reforçar que para elencar os tópicos, a seguir descritos, parte-se 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 podem ser fontes geradoras de estresse. Assim sendo e respeitando a ambiência, cultura e identidade do lugar, aplicam-se as seguintes recomendações:

1. **Implementação de espaços verdes/elementos naturais:** A configuração natural de espaços verdes tende a favorecer a restauração do estresse, assim como permite rápida resposta afetiva frente ao estímulo visualizado (Ulrich, 1999). Ainda que a

natureza, propriamente dita, seja inviabilizada em determinados espaços do hospital de custódia, estudos já demonstraram resultados significativos com a visualização de imagens da natureza e outros recursos que simulam tais ambientes para que as pessoas possam acessar o potencial conteúdo restaurador (Felsten, 2009; Nejati, Rodiek & Shepley, 2016);

2. **Promoção de atividades com a natureza e ao ar livre:** O contato com a natureza estimula os sentidos sensoriais da pessoa, além dos benefícios já conhecidos pela conexão das pessoas com espaços abertos, particularmente importantes em ambientes característicos pela clausura e pelo isolamento. Na literatura, Marcus e Sachs (2013) denominam, para tais ações, o conceito de imersão e emersão revigorada.
3. **Inclusão social na comunidade e entorno:** Ao compreender a lógica excludente que a saúde mental carrega consigo ao longo dos anos, promover meios de inclusão se torna missão em prol do retorno da dignidade humana. Além disso, as limitações físicas e restrição de possibilidades de circulação restringem os contatos sociais tanto dos pacientes quanto dos profissionais com a comunidade. Interação social auxilia na distração positiva, no suporte social, na promoção de afeto positivo e na diminuição de distrações negativas e estressantes (Felippe, 2015);
4. **Ressignificar o perfil profissional da equipe de segurança:** Tendo como principal balizadora deste tópico a dualidade do lugar, faz-se necessário ratificar a importância de se conhecer o modo como o profissional visualiza e define seu fazer frente à pessoa internada no HCTP (Santos, Souza & Santos, 2006). A percepção sobre “louco-infrator” aliada à defasagem profissional, tipicamente presente na instituição, enaltecem os receios de falha, a tensão e o estresse intrínseco ao processo de “custodiar o imprevisível” (Dantas & Chaves, 2007);
5. **Estabelecer parâmetros para o tratamento de custódia hospitalar:** A essência ambivalente e ambígua que caracteriza a instituição tende a gerar tensão e estresse entre internos e profissionais. O planejamento do design arquitetônico do ambiente se afirma na estruturação de espaços de contenção física e reafirmação do cárcere ao mesmo tempo em que se propõe ao tratamento psíquico. A dualidade percebida infere na estruturação física e nos modos de agir, prejudicando a relação entre trabalho e o processo saúde-doença (Santos et al., 2010);
6. **Ressignificação estética:** Os estímulos visuais têm suas características próprias e são percebidos de modos distintos por seus observadores. Promover melhoria

estética através da implementação de cores claras e coloridas, renovação de mobiliário e de recursos tecnológicos no ambiente hospitalar deve ser considerado um grande avanço, pois os investimentos em modernização favorecem, inclusive, na motivação para habitar o lugar (Cunha, 2004);

7. **Inclusão na comunidade:** A Reforma Psiquiátrica pouco discorre em específico sobre a situação dos hospitais de custódia. Espera-se mais atenção a este público e os profissionais da instituição, especialmente em políticas públicas direcionadas (Dantas & Chaves, 2007). Estar imerso no espaço do complexo prisional é um fator que, além de impossibilitar a recriação do ambiente, dificulta o contato e a interação social com o mundo externo. É de suma importância promover meio de possibilitar a inclusão social para que, paulatinamente, a desinstitucionalização ocorra de modo saudável e planejado;
8. **Modernização dos banheiros, enfermarias e leitos:** As altas e gradeadas janelas dispostas na instituição impedem a visualização do exterior, dificultam a iluminação natural e não dão suporte para a plena circulação de ar, suscitando mofo e aspectos que prejudicam a higiene do local. 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 de enfermeiros e menores complicações de saúde;
9. **Implementação de espaços para atividades culturais e de integração em ambiente construído:** Um dos principais dificultadores do hospital de custódia é o ócio em dias de chuva ou com muito frio, haja vista a carência de espaços físicos construídos adequados para realização de atividades. Comumente, o pátio externo e os pátios internos são as válvulas de escape para o gasto de energia e a realização de atividades físicas. 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. Uma sala multiuso e com recursos diversos poderia facilitar não apenas a problemática do ócio, mas também oportunizar distrações e estímulos positivos;

10. **Planejar intervenções arquitetônicas a curto, médio e longo prazo:** As adaptações na estrutura do hospital são frequentes e, geralmente, realizadas de forma improvisada, sem planejamento prévio. O espaço arquitetônico no reduto carcerário é restrito, com rara 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). Desse modo, destacam-se possibilidades de realização de parcerias público-privadas para viabilização de reformas, assim como conexões a grupos de extensões universitárias (com cursos como: Design, Arquitetura, Psicologia e Engenharias) para repensar os modos de uso do espaço.

Com base na pretensão de compreender os aspectos físicos e psicológicos inerentes à relação pessoa-ambiente de um hospital de custódia que interferem nas condições de bem-estar de seus usuários os tópicos acima descritos foram pensados e estruturados. Precede a tais considerações, entretanto, uma profunda avaliação do lugar investigado e das interações nele desenvolvidas. Na medida em que a Psicologia Ambiental atua como ciência aplicada em consonância com a esfera social, podem-se desenvolver estratégias e diretrizes que subsidiem políticas públicas direcionadas à melhor condição de saúde e qualidade de vida nos ambientes.

Ao considerar que o estresse e os fatores psicossociais associados ao processo de hospitalização e à doença propriamente dita podem afetar significativamente a saúde dos pacientes internados (Ulrich, 2001). Desse modo, reforça-se a importância de promover o uso de tecnologias e instalações na área da saúde a fim de se investir em elementos terapêuticos em ambientes e unidades de internação, como: jardins e hortas (Marcus & Sachs, 2013). 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.

Referências

- Biedenweg, K., Scott, R. P., & Scott, T. A. (2017). How does engaging with nature relate to life satisfaction? Demonstrating the link between environment-specific social experiences and life satisfaction. *Journal of Environmental Psychology*, 50(0), 112–124. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S027249441730018X>. doi: 10.1016/j.jenvp.2017.02.002
- Carrara, S. L. (2010). A história esquecida: os manicômios judiciais no Brasil. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 20(1), 16–29. Recuperado

- de <http://www.journals.usp.br/jhgd/article/view/19939>.
- Cunha, L. C. R. (2004). A cor no ambiente hospitalar. In *Anais do Congresso Nacional da ABDEH-IV Seminário de Engenharia Clínica*. Recuperado de http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cor_ambiente_hospitalar.pdf.
- 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. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S141498932007000200014&script=sci_abstract&tlng=es. doi: 10.1590/S1414-98932007000200014
- Felippe, M. L. (2015). *Ambiente fisico e linguaggio ambientale nel processo di rigenerazione affettiva dallo stress in camere di degenza pediatrica* (Doutorado em Arquitetura). Università degli Studi di Ferrara. Recuperado de <http://eprints.unife.it/994/>.
- 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. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272494408000996>. doi: 10.1016/j.jenvp.2008.11.006
- Hartig, T. (2011). Issues in restorative environment research: matters of measurement. In B. Fernández-Ramírez, C. H. Villodres, C. M. S. Ferrer, & M. J. M. Méndez (Orgs.), *Psicología ambiental 2011: entre los estudios urbanos y el análisis de la sostenibilidad* (pp. 41–66). Almería: Universidad de Almería.
- 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. Gunther (Orgs.), *Métodos de pesquisa nos estudos pessoa-ambiente* (pp. 181–215). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lima, S. F. C. D. (2005). *A função social do espaço penitenciário* (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo). Universidade Federal de Alagoas. Recuperado de <http://www.repositorio.ufal.br/handle/riufal/685>.
- Marcus, C. C., & Sachs, N. A. (2013). *Therapeutic landscapes: an evidence-based approach to designing healing gardens and restorative outdoor spaces*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Markus, T. A. (1993). *Buildings & power: freedom and control in the origin of modern building types*. London: Routledge.
- Nejati, A., Rodiek, S., & Shepley, M. (2016). Using visual simulation to evaluate restorative qualities of access to nature in hospital staff break areas. *Landscape and Urban Planning*, 148(0), 132–138. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0169204615002546>. doi: 10.1016/j.landurbplan.2015.12.012
- Santana, A. F. F. D. A., Chianca, T. C. M., & Cardoso, C. S. (2009). Qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia internados em hospital de custódia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58(3), 187–194. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v58n3/08>. doi: 10.1590/S0047-20852009000300008
- 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 Brasileira de Medicina do Trabalho*, 8(1), 33–38. Recuperado de http://www.anamt.org.br/site/arquivos/meus_arquivos/arquivos/meu_arquivo/m4cbf4e46b00e6.pdf.
- 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(0), 79–87. Recuperado

- de <https://www.redalyc.org/html/714/71414366009/>. doi: 10.1590/S0104-07072006000500009
- Silveira, B. B. (2017). *Estresse e restauração: aspectos físicos e psicológicos de um hospital de custódia* (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal de Santa Catarina. Recuperado de <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/176747>.
- Tuan, Y.-F. (1983). *Espaço e lugar*. São Paulo: Difel.
- Ulrich, R. S. (1999). Effects of gardens on health outcomes: theory and research. In C. Cooper Marcus & M. Barnes (Orgs.), *Healing gardens: therapeutic benefits and design recommendations* (p. 27–86). New York: John Wiley & Sons.
- Ulrich, R. S. (1984). View through a window may influence recovery from surgery. *Science*, 224(4647), 420–421. Recuperado de <http://science.sciencemag.org/content/224/4647/420.short>. doi: 10.1126/science.6143402
- 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* (pp. 49–59). Stockholm, Sweden: Svensk Byggtjänst. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/6d4d/cb6d3f8d55a9eac8a109799f61d37a570e4e.pdf>.

CAPÍTULO V

CUIDAR DE QUEM CUIDA: AMBIENTES RESTAURADORES EM HOSPITAIS E BEM-ESTAR DE ACOMPANHANTES*Maísa Hodecker**Maíra Longhinotti Felipe*

Porque quando alguém que a gente ama fica doente... causa estresse (Franklin, Jakes, Roth, & Rikken, 2016).

Todos os indivíduos estão sujeitos ao adoecimento, mas isso não significa necessariamente que se está preparado para isso ou para ver quem se ama adoecer. O estresse então surge como uma resposta automática do organismo frente a situações como estas, que ameaçam o bem-estar. Quando se é acompanhante de alguém em instituições de assistência à saúde, o que permanece além da experiência são os sentimentos e as responsabilidades das quais esse indivíduo é incumbido (Kruse, 2005). Não apenas existe o sofrimento perante a dor do adoecido, como existem emoções, sentimentos e pensamentos que também adoecem o acompanhante. Em geral, quando se está no papel de acompanhante em instituições de assistência à saúde com regime de internação, o indivíduo auxilia no cuidado de um ente próximo, sendo este possivelmente seu filho, neto, enteado, afilhado, pai, mãe etc. O acompanhante é de suma importância para garantir segurança, confiança e afeto ao paciente, possibilitando-lhe melhores condições de internação (Lino & Nogueira, 2015).

O acompanhante ou cuidador, como também é chamado, vê-se imerso em um ambiente repleto de sentidos e significados, e muitos deles podem lhe ser nocivos. O motivo da internação é, em grande parte, o que mais acarreta medo e preocupação. O cuidador que está arduamente ajudando na recuperação do paciente é amedrontado por seus próprios pensamentos, pelo diagnóstico médico, questões familiares e profissionais. Tudo isso em frente ao ininterrupto vislumbre do paciente em sofrimento. Assim, pode-se dizer que não somente o paciente necessita de cuidados, mas também o cuidador. 'Cuidar de quem cuida': esse é ainda um objetivo a ser alcançado em ambientes hospitalares, algo que tem carecido de atenção, embora seja de evidente importância. A assistência à saúde tem atuado a partir de uma perspectiva curativista, enquanto que podemos pensar em ações pautadas na promoção e prevenção da

saúde, olhando para todos aqueles que experienciam as instituições de atendimento (Kuhnen, Felipe, Luft, & Faria, 2010; Moser, 1998).

Este capítulo pretende, assim, problematizar estes contextos, levando em consideração que não apenas o paciente está mobilizado e em sofrimento. Apoiar-se no pressuposto de que os acompanhantes são indispensáveis, principalmente quando o paciente é pediátrico, de modo que o indivíduo hospitalizado se sinta mais confiante e seguro enquanto submetido a tratamentos médicos (Neves, Gondim, Soares, Coelho, & Pinheiro, 2018). Mais do que buscar entender os fatores estressantes do ambiente de atendimento à saúde, este texto procura evidenciar aspectos que podem ser percebidos como restauradores, ou seja, capazes de permitir ou promover um processo de recuperação de recursos psicológicos e fisiológicos mobilizados ou afetados pela situação.

De acordo com os estatutos da criança, adolescente (Brasil, 1990) e idoso (Brasil, 2003), as instituições de assistência à saúde com regime de internação devem possibilitar a permanência de um acompanhante para esses grupos de pacientes, devendo também responder adequadamente aos aspectos ambientais necessários para acolhê-los (Santos, Oliveira, Barbosa, Siqueira, & Peixoto, 2013). Diante disso, hospitais e demais instituições de assistência devem adaptar seu mobiliário, estrutura e funcionamento para também receber indivíduos em pleno gozo da saúde com o intuito de acompanhar familiares adoecidos (Ronchi & Avellar, 2015). Na prática, entretanto, por vezes a realidade é outra: mobiliários inadequados ou insuficientes; falta de coparticipação assistencial do cuidador; precariedade nas condições para o acompanhante manter o autocuidado, tal qual quando encontra dificuldades em pernoitar no quarto hospitalar etc. Estes são apenas alguns exemplos de problemas recorrentes em hospitais (Shan, 2015).

Somando-se as dificuldades inerentes às relações pessoa-ambiente no hospital aos sentimentos e pensamentos que acompanhantes nutrem na condição de hospitalização, pode-se esperar que esses indivíduos estejam sujeitos a uma elevada carga de estresse. O estresse pode ser gerado já a partir do momento em que se recebe a notícia de que um familiar se encontra adoecido. A partir daí, eleva-se a proporções que irão depender de variáveis ambientais, familiares, sociais, psicológicas e econômicas. Por exemplo, condições ambientais adequadas a uma estadia confortável do acompanhante, boa resposta aos tratamentos médicos por parte do paciente, existência de uma rede de apoio familiar, resiliência emocional, condições para custear eventuais despesas com a saúde do paciente são fatores que podem favorecer o enfrentamento da condição de estresse. Em contrapartida, grave estado de saúde do paciente, precariedade das condições ambientais hospitalares, ausência de uma rede social de apoio,

dificuldades ligadas ao custeio de eventuais despesas podem, por exemplo, potencializar níveis mais altos de estresse. Acredita-se que um número maior de variáveis em situação desfavorável ou de risco esteja ligado à experiência de maior estresse por parte do acompanhante (Vieira, Alvarez, & Gironi, 2011).

O estresse pode ser compreendido como uma resposta do organismo perante a perda iminente da homeostase, isto é, do equilíbrio característico de quando se está na chamada 'zona de conforto'. As respostas de estresse são reações fisiológicas, psicológicas e comportamentais interconectadas, podendo corresponder à sudorese, tremores, dores de cabeça e musculares, elevação de batimentos cardíacos, assim como nervosismo, preocupação constante, pensamentos negativos sobre o futuro, insegurança e agressividade. Quando o indivíduo experimenta alguma situação diferente ou que põe à prova certas habilidades suas, o estresse pode aparecer como uma tentativa de restabelecimento de uma condição anterior de equilíbrio. Ao longo desse processo, recursos fisiológicos e psicológicos são utilizados e podem vir a se desgastar caso a reação seja vivenciada de modo intenso e durante um período considerável de tempo. O ambiente poderá ajudar para que o estresse diminua e os recursos mobilizados sejam recuperados (Ulrich, Simons, Losito, Fiorito, Miles, & Zelson, 1991).

Compreende-se que o processo de hospitalização demanda o emprego constante de habilidades e recursos pessoais de adaptação à nova realidade, que envolve o adoecimento, o regime de internação, novo ambiente e rotina. No caso dos acompanhantes, como por exemplo, pais de crianças hospitalizadas, há o vislumbrar de um filho em condições de adoecimento, a percepção de falta de controle, a impossibilidade de realização de atividades rotineiras de autocuidado da forma habitual. Somado a isso, o foco de atenção dos hospitais está naquele indivíduo que possui alguma enfermidade de ordem orgânica. Observa-se que os acompanhantes muitas vezes são considerados coadjuvantes no processo de hospitalização, isto é, permanecem em segundo plano quando o assunto é conforto no hospital (Hartig & Staats, 2006).

Dito isso, o estresse e a fadiga mental são ocasionados a partir do uso frequente de recursos para atender demandas cotidianas. Ambientes institucionais são considerados os mais suscetíveis a demandar elevados níveis de estresse e insatisfação entre seus usuários (Albuquerque, Silva, & Kuhnen, 2016). Particularmente no caso de indivíduos em situação de internação, seja ele o paciente ou acompanhante, Ulrich et al. (1991) considera que há mobilização de diversos recursos (afetivos, cognitivos, afetivos e comportamentais), todos em prol de adaptar-se a uma nova situação e realidade. Esse investimento de recursos no hospital é gradativo, porém deve ser instantâneo, o que gera alta ansiedade e estresse nos indivíduos

envolvidos (Ulrich et al., 1991;1983). Nesse sentido, a restauração acontece quando o estímulo que gera estresse é cessado ou quando deixa de ser percebido como uma ameaça ao bem-estar (Ulrich, 1983).

Ao destacar o papel do acompanhante no processo de hospitalização do paciente, principalmente o pediátrico, faz-se necessário retomar algumas transformações históricas que perpassam a temática. Segundo Neves et al. (2018), somente a partir do século XX houve o fortalecimento da noção de integralidade e humanização nos serviços e políticas públicas na área da saúde oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Diante desse novo movimento, os acompanhantes de pacientes hospitalizados passaram a ser reconhecidos como facilitadores na recuperação do bem-estar dos pacientes e catalisadores do processo de reabilitação (Neves et al., 2018).

O acompanhante, dotado de responsabilidades que demandam esforço físico, psicológico, emocional e, por vezes, financeiro é sobrecarregado por questões advindas do processo de hospitalização. Dessa forma, aquele que deveria ser um espaço de promoção e prevenção de problemas nocivos ao bem-estar, passa a representar condições que adoecem até mesmo os cuidadores em pleno gozo da saúde. O acompanhante introduz-se no hospital encarregado da função de fornecer suporte, além de manter os vínculos afetivos após a recuperação do paciente (Santos et al., 2013). Neves et al. (2018) e Santos et al. (2013) concordam que ele viabiliza a redução de sintomas psicológicos, promove suporte emocional e confiança, facilita a adesão ao tratamento e, conseqüentemente, contribui para o fazer técnico dos profissionais dentro das instituições.

O contexto hospitalar e algumas estratégias de humanização

No âmbito hospitalar são várias as problemáticas envolvidas que podem acarretar prejuízos aos acompanhantes. Os prejuízos físicos e psicológicos de acompanhantes estão associados ao estresse, originado das diversas mudanças no estilo de vida da família e na necessária adaptação que isso exige de seus membros. O hospital, ao adotar transformações internas ambientais que propiciem bem-estar aos acompanhantes, está simultaneamente proporcionando uma estadia qualificada ao paciente (Vieira et al., 2011). De acordo com Correa (2006), o ambiente produz efeitos sobre os indivíduos, sendo possível utilizá-lo como recurso promotor de saúde e bem-estar em espaços hospitalares. A referida autora destaca que ambientes hospitalares com presença de elementos naturais e acesso visual à natureza por meio de janelas são percebidos pelos usuários como promotores de bem-estar. Ressalta ainda que

fatores funcionais e estéticos desses ambientes, tais quais luminosidade, temperatura e tom das cores, devem ser considerados de acordo com a percepção das pessoas que vivenciam o lugar.

Projetar ambientes hospitalares requer atenção voltada a todos os grupos de pessoas que utilizam esses espaços. Nos hospitais pediátricos, por exemplo, elementos de *design*, cores, decoração e objetos são pensados particularmente para as crianças e os adolescentes, embora adultos se façam presentes, sejam estes profissionais ou acompanhantes. Espera-se que os hospitais possuam uma estrutura congruente às necessidades de todos, com móveis para acolher e proporcionar estadia confortável. Todavia, a realidade vivenciada na prática por vezes é discordante (Correa, 2006).

Para modificar tal realidade, Clemesha (2003) considera que, no âmbito da arquitetura hospitalar, profissionais estejam buscando subsídios teóricos e empíricos da Psicologia Ambiental, a fim de estruturar e planejar ambientes que sejam terapêuticos e humanizados, como forma de contribuir para a promoção de saúde e redução do estresse. Matarazzo (2010) aponta que o estresse hospitalar é um dificultador da recuperação da saúde do paciente e igualmente problemático para os demais indivíduos presentes nesses espaços, sendo o ambiente físico um dos responsáveis pelo surgimento dos sintomas. Ulrich (1984) corrobora tal afirmativa, sustentando que o estresse gerado pelo ambiente físico do hospital impacta negativamente a recuperação do paciente e seu processo terapêutico de modo geral, interferindo no tratamento, na estadia dos acompanhantes e no trabalho dos profissionais da saúde.

Uma das práticas que têm sido utilizadas na Arquitetura para humanizar ambientes hospitalares é o chamado *Evidence Based Design* (EBD) ou Design Baseado em Evidências (Ballard & Rybkowski, 2007; Hamed, El-Bassiouny, & Ternès, 2017). O EBD consiste em um conjunto de ações de planejamento em Arquitetura e Design referenciado em achados científicos, de modo a contribuir efetivamente para o bem-estar das pessoas. A prática do EBD pode auxiliar nas escolhas e definições a respeito de aspectos variados do ambiente físico, como a qualidade da luz, os sons, a cor das paredes, o tipo de objetos, as distrações, as texturas e o conforto higrotérmico (ausência de desconforto térmico), por exemplo, com base nos resultados de investigações sobre os efeitos que estas variáveis ambientais produzem sobre as pessoas que utilizam o lugar. A humanização de ambientes hospitalares ganha, assim, factibilidade, tendo em vista o potencial de contribuição que a prática do EBD oferece para o bem-estar dos indivíduos envolvidos.

Um significativo corpo de evidências empíricas relacionando variáveis ambientais físicas e resultados para o bem-estar das pessoas em hospitais envolve a adoção de jardins terapêuticos no interior de instituições de assistência à saúde como ferramentas para promover

qualidade de vida a profissionais e usuários. Paisagens naturais são reconhecidas como instrumento terapêutico há aproximadamente dois mil anos. Um dos primeiros povos a utilizá-las foram os chineses taoístas, por acreditarem em seus benefícios à saúde. A partir dos séculos XVII e XVIII, observou-se uma valorização dos jardins terapêuticos como ambientes que favorecem a restauração física e psicológica, decorrente do contato com áreas verdes, ar, luz solar e ventilação natural; de tal modo que, entre o final do século XVIII e o início do século XIX, áreas verdes foram implementadas nos projetos de hospitais psiquiátricos. A partir disso, o próprio conceito da arquitetura hospitalar sofreu ampliação, pela incorporação de ambientes verdes à estrutura do hospital a fim de propiciar bem-estar aos seus usuários (Dobbert, 2010).

Entretanto, apenas a partir da década de 1990, houve maior reconhecimento das necessidades emocionais dos usuários com ênfase na redução do estresse e no aumento do bem-estar em hospitais. A adoção de jardins terapêuticos tem sido uma tendência principalmente nos Estados Unidos e na Europa, onde se busca modificar a estrutura habitual das edificações hospitalares, transformando-as em ambientes mais acolhedores, semelhantes a residências, hotéis e, até mesmo, *shopping centers* (Shan, 2015).

A adoção de jardins terapêuticos atualmente não é regra e sequer há normalização a respeito. Contudo, quando esses espaços estão presentes, são comumente construídos ao ar livre ou em átrios e solários, sendo acessíveis a toda comunidade de usuários. Possuem flores, árvores, plantas de variadas espécies, acessos para caminhar e sentar. O bem-estar que a utilização desses locais traz deriva, entre outros, da melhoria da qualidade do ar, das oportunidades de distração e interação social, assim como pelo efeito que um passeio desse tipo causa ao nosso organismo, podendo reduzir a pressão sanguínea, normalizar os batimentos cardíacos, relaxar os músculos e ativar o cérebro (Shan, 2015).

Outra estratégia na construção de espaços de saúde diz respeito à substituição da imagem institucional e curativista por aquela de um ambiente acolhedor, semelhante à imagem de residências e hotéis. Essa prática tem sido associada, especialmente em países estrangeiros, à melhoria da qualidade da ambiência hospitalar (Ribeiro, Gomes, & Thofehrn, 2014). Segundo Ribeiro et al. (2014), a ambiência envolve o tratamento dado ao espaço sociofísico que perpassa o ambiente e atua na assistência ao bem-estar. A ambiência, portanto, oferta atenção acolhedora, ao mesmo tempo em que resolutiva e humanizada. De acordo com Harris, McBride, Ross e Curtis (2002), embora exista o reconhecimento da necessidade de modificar a imagem institucional dos hospitais, transformando-os em ambientes acolhedores e atentos às exigências dos pacientes, faltam ainda estudos empíricos sobre os atributos físicos desses ambientes e sua relação com os significados ambientais percebidos pelas pessoas que os utilizam.

Sobre a inter-relação pessoa-ambiente

A imagem que os indivíduos formam em relação a um ambiente é orientada, entre outros, por expectativas, valores sociais e individuais dos usuários. A percepção ambiental é tida como um *a priori*, que influencia cognições e ações posteriores, como a atitude e comportamentos frente ao ambiente. Enquanto percebe, o indivíduo projeta sobre o ambiente sentimentos e significados internalizados, o que resulta em certo nível de satisfação ou insatisfação para com o lugar. Aos ambientes, assim, estão associados valores sociais, simbólicos e culturais, significados e comportamentos de seus usuários. Carregadas de simbolismos, as edificações hospitalares se expressam através de valores e condensam significados que lhe são atribuídos. Assim, o hospital deixa de ser somente um serviço de saúde ofertado à população, e passa a ser um ‘lugar’, ou seja, um espaço ao qual se atribui um sentido. O caráter do significado é essencial para as funções de orientação e identificação do usuário, bem como apropriação e sentido de pertencimento ao ambiente (Felippe, Kuhnen, Silveira, & Klein, 2017; Günther, Pinheiro, & Guzzo, 2004; Tassara & Rabinovich, 2003).

O conjunto de significações e representações atribuídas a um ambiente constitui o que chamamos de sua identidade de lugar (Jerônimo & Gonçalves, 2013; Proshansky, Fabian, & Kaminoff, 1983). Assim, Jerônimo e Gonçalves (2013) indicam que a identidade de lugar do hospital é um aspecto da própria identidade pessoal de seus usuários. De acordo com Rivlin (2003), todo lugar possui uma identidade que lhe sugere determinados tipos de comportamentos e percepções. A identidade de lugar do hospital costuma ser relacionada a dor, sofrimento, mudanças, enfermidade e adoecimento. O comportamento das pessoas no âmbito desses espaços costuma ser regrado, silencioso e respeitoso uns com os outros, o que atribui um caráter ao ambiente hospitalar (Jerônimo & Gonçalves, 2013; Mourão & Cavalcante, 2006).

Oscilações de níveis de restauração de acordo com o ambiente: natural, urbano, construído ou simulado

Os benefícios do uso de ambientes naturais para a restauração da atenção (Kaplan, 1995) e do estresse (Ulrich, 1983) são amplos. A partir dos resultados destacados acima, foi possível identificar que ambientes restauradores podem propiciar restauração física, psicológica (Greenwood & Gatersleben, 2016; Hartmann & Apaolaza-Ibáñez, 2008; Irvine & Warber, 2002), emocional (Marselle, Irvine, & Warber, 2013), mental (Depledge, Stone, & Bird, 2011)

e afetiva (Van Den Berg, Koole, & Van Der Wulp, 2003), reduzir os efeitos psicológicos e fisiológicos provocados pelo estresse (Greenwood & Gatersleben, 2016; Kort, Meijnders, Sponselee, & IJsselsteijn, 2006), minimizar a fadiga mental e restaurar a atenção (Kort et al., 2006; Wilkie & Stavridou, 2013), auxiliar no autocontrole (Newman & Brucks, 2016), melhorar o humor e a concentração (Van Den Berg et al., 2003; Greenwood & Gatersleben, 2016), diminuir a ansiedade (Newman & Brucks, 2016) e a agressividade (Irvine & Warber, 2002), causar sensações de relaxamento (Korpela, Hartig, Kaiser, & Fuhrer, 2001; Laumann, Gärling, & Stormark, 2001), favorecer a autorregulação das emoções (Korpela et al., 2001), além de propiciar meditação e reflexão (Herzog, Ouellette, Rolens, & Koenigs, 2010). Irvine e Warber (2002) ampliam os benefícios dos ambientes restauradores, afirmando que, por proporcionar uma interconectividade com a natureza, usuários desses ambientes podem experimentar sensações de bem-estar biopsicossocial-espiritual.

Além disso, estudos demonstram que ambientes simulados podem ser restauradores. Porém, garantem que quanto mais imerso em um ambiente natural realístico, mais restaurador o ambiente será, inserindo o ambiente natural em um nível mais elevado de restauração. De modo geral, percebeu-se que ambientes simulados com a presença de elementos naturais como água, áreas verdes, assim como características ambientais como complexidade (riqueza de informações), abertura (amplitude do ambiente) e relaxamento são evidenciados fortemente como restauradores da atenção e estresse (Depledge et al., 2011; Felipe et al., 2017; Han, 2010; Hartmann & Apaolaza, 2008; Kjellgren & Buhrkall, 2010; Kort et al., 2006; Pals, Steg, Dontje, Siero, & Van Der Zee, 2014).

De acordo com os estudos que evidenciaram a natureza e suas qualidades restaurativas, percebe-se um consenso entre os autores de que ambientes naturais possuem maior capacidade de restaurar funções cognitivas desgastadas pelo consumo fatigado da atenção (Atchley, Strayer, & Atchley, 2012; Berto, 2014; Hartig, Kaiser, & Bowler, 2001; Kaplan, 1995; Morton, Van Der Bles, & Haslam, 2017), assim como podem melhorar física e psicologicamente os efeitos do estresse (Berto, 2014; Irvine & Warber, 2002; Joye & Van Den Berg, 2011; Kaplan, 1995). Irvine e Warber (2002) ressaltam que o mundo natural reduz significativamente os efeitos fisiológicos do estresse no sistema nervoso autônomo. De modo similar, Atchley et al. (2012) sugerem que a exposição de indivíduos a ambientes naturais compostos por natureza pode restaurar processos executivos mediados pelo córtex pré-frontal. Paisagens com elementos naturais, compostas por água e árvores são normalmente considerados os lugares favoritos e com maior capacidade de restauração, segundo a percepção dos usuários (Hipp & Ogunseitán, 2011). Morton et al. (2017) contribui e acrescenta a essa discussão a premissa de que o potencial

restaurador dos ambientes é determinado ou influenciado por processos sociais e psicológicos ligados a identidade do indivíduo. Dessa forma, os autores sugerem que aspectos intrínsecos, como a identidade e a percepção, são fenômenos que atravessam os ambientes e seu potencial restaurador (Morton et al., 2017).

Segundo Beute, Kort e Ijsselsteijn (2016), ambientes naturais influenciam positivamente seus usuários no que tange à saúde e bem-estar. Irvine e Warber (2002) concordam que ambientes naturais propiciam bem-estar, mas ampliam esse conceito para além da dimensão pessoal. Segundo as autoras, ambientes naturais também proporcionam bem-estar social e espiritual, pois incentivam a interação social positiva e diminuem a frequência de comportamentos agressivos, assim como espiritual pela maior conexão do indivíduo com o mundo natural. Para Kaplan (1995), ambientes naturais são particularmente ricos em características fundamentais à restauração da atenção e do estresse.

A capacidade de restauração de ambientes está estritamente relacionada à imersão que o indivíduo faz nesse ambiente, isto é, o quanto esse ambiente é utilizado e experimentado de forma integral (Fracaroli, 2006). Segundo Collado e Corraliza (2015), as crianças estão mais propensas a se beneficiarem de ambientes naturais, pois o utilizam por tempo prolongado se comparado com o tempo de utilização de adulto. Assim, a restauração propicia maior motivação em crianças na adoção de comportamentos pró-ambientais (Collado et al., 2015; Collado & Staats, 2016). Em relação a comportamentos pró-ambientais, Hartig et al. (2001) consideram que para que indivíduos adotem comportamentos de conservação e valorização ambiental, é necessário que percebam a importância daquele ambiente e seus elementos restauradores. Além disso, os benefícios particularmente às crianças em ambientes naturais também acarretam melhorias no estado de humor, funcionamento cognitivo, aumentam as interações com outras crianças e reduzem sintomas do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Irvine e Warber (2002) corroboram ao afirmar que indivíduos com déficits de atenção podem utilizar ambientes naturais para restaurar ou minimizar seus sintomas. A melhoria de emoções e humor foi uma das conclusões de Berto (2014) em sua pesquisa experimental sobre os benefícios à exposição de ambientes naturais. De acordo com essa autora, ambientes naturais possuem efeitos relaxantes e calmantes, melhoram estados de humor e reduzem os sintomas fisiológicos do estresse.

No estudo de Bengtsson e Carlsson (2013) foram investigados os efeitos de ambientes naturais externos em casas asilares. Os resultados deste estudo indicam que os ambientes naturais externos foram classificados pelos idosos como fator de restauração e desenvolvimento saudável no fim do ciclo vital. Contudo, os autores salientam que não somente ambientes

externos naturais devam ser projetados pensando em fornecer maior qualidade de vida e bem-estar para idosos, como também o design das casas asilares deve ser confortável e proporcionar sensações de pertencimento e familiaridade. Ampliando a sugestão anterior, Cleary, Fielding, Bell, Murray e Roiko (2017) indicam que contextos naturais deveriam ser implantados em ambientes construídos e urbanos para aumentar o bem-estar psicológico e saúde global.

O contato com a natureza em meios urbanos é evidenciado por Joye, Pals, Steg e Evans (2013) e Grahn e Stigsdotter (2010) como um potencial restaurador do estresse e recursos da atenção que se encontram esgotados. A natureza, neste meio, possui o papel de reabastecer, revigorar e revitalizar capacidades cognitivas, afetivas, psicológicas e fisiológicas prejudicadas pelo constante emprego da atenção e estresse contínuo (Joye et al., 2013). Em meio urbano, Monte, Passig, Takase e Kuhnen (2011) revelam que o trânsito é considerado um dos maiores estressores ambientais, causando acidentes por distração, imprudência e cansaço. Entretanto, cenários naturais espalhados em contextos urbanos auxiliam os motoristas a minimizar o estresse e aumentar a atenção durante viagens (Monte et al., 2011). Portanto, os estudos demonstram que uma alternativa para que ambientes urbanos aumentem seu potencial de restauração da atenção e do estresse é ampliar a vegetação, árvores e plantas nos entornos de estradas, rodovias e ruas (Grahn & Stigsdotter, 2010; Joye et al., 2013; Monte et al., 2011). Alternativa viável com vistas à restauração da atenção e estresse, segundo Carrus et al. (2017), são jardins botânicos. Os referidos autores realizaram sua pesquisa em jardins botânicos entrevistando 127 visitantes. A visitação a jardins botânicos demonstrou propiciar significativas sensações de bem-estar psicológico, físico e social. Além disso, Tyrväinen, Ojala, Korpela, Lanki, Tsunetsugu e Kagawa (2014) ampliam as alternativas, tratando de ambientes restauradores urbanos mistos com elementos naturais. Eles afirmam que visitar parques ou bosque urbanos influencia positivamente as emoções e causa efeitos psicológicos e fisiológicos de restauração. Percebeu-se que, no estudo de Tyrväinen et al. (2014), espaços verdes urbanos são ambientes restauradores e importantes elementos para a saúde mental dos indivíduos.

No caso do ambiente hospitalar, tendo em vista que geralmente o acompanhante lida com uma rotina que lhe exige habilidades de adaptação, atenção e empatia, é comum que apresentem sintomas de fadiga mental, física e psicológica, assim como estresse, principalmente em casos de acompanhantes que permanecem nesta condição por tempo indeterminado. Nesse sentido, entende-se que quanto maior o tempo na condição de acompanhante, maiores as sensações de fadiga e estresse vivenciados. Outra hipótese é que quanto mais o ambiente físico satisfaz as necessidades básicas dos acompanhantes, menores serão os sintomas de fadiga e estresse apresentados.

Considerando todos os fatos expostos e refletindo sobre os benefícios de ambientes restauradores, constata-se que hospitais, sejam eles infantis ou de atendimento clínico em geral, deveriam investir na construção de espaços para que fosse possível o contato de acompanhantes com elementos naturais, como plantas, árvores, iluminação e ventilação naturais, por exemplo. Existem acompanhantes que passam horas, dias, meses e até mesmo anos no hospital. Eles podem ter seu estresse diminuído e sua atenção revigorada se possuírem contato com ambientes restauradores, mesmo no âmbito hospitalar. Nesse sentido, a Psicologia Ambiental aliada aos ambientes restauradores considera que o acompanhante pode usufruir de ambientes que se contrapõe ao estresse e a fadiga de atenção, ambientes que ofertam uma permanência mais saudável e significativa junto ao indivíduo hospitalizado. Assim, compreende-se que o hospital, um ambiente construído, poderá conter (tanto em seu interior quanto exterior) espaços com elementos naturais, como jardins terapêuticos, parques e hortas, por exemplo. Tais ambientes possibilitam a saída do ócio do acompanhante, a socialização com outros indivíduos, assim como, mudar o foco da atenção para elementos naturais e que sejam restauradores.

Além disso, como visto, qualquer ambiente – seja natural, construído e urbano, simulado ou real – possui qualidades que podem ser restaurativas. Um dos aspectos fundamentais para que o ambiente seja restaurador diz respeito à preferência de cada usuário, a qualidade de imersão e a maneira como este usuário usufrui de todas as qualidades que o ambiente dispõe a seu benefício. Portanto, outra sugestão que este capítulo oferece é utilizar dos espaços já implementados nos hospitais e, para além disso, reconhecer como desfrutar de todos os elementos presentes nestes espaços em prol do conforto e bem-estar.

Considerações finais

Considera-se que permanecer em um hospital, em si, já causa efeitos psicológicos, fisiológicos e/ou emocionais provenientes do estresse. Estar na condição de acompanhante traz consigo a responsabilidade de auxiliar no cuidado e proteção do paciente adoecido. Estar na condição de acompanhante torna-o encarregado de permanecer ao lado do paciente, ser um sujeito ativo no processo de sua recuperação da saúde. A presença do acompanhante é direito do paciente menor de 18 anos e do idoso, e oportuniza confiança e proteção para além daqueles oferecidos pela equipe de profissionais da saúde. Além disso, existe o constante vislumbre de situações dolorosas em relação ao paciente, que em sua maioria, é um indivíduo que possui estreitos laços de afeto com o acompanhante. Estar na condição de paciente abarca a dualidade saúde-doença, assim como sentimentos e emoções decorrentes do medo, estresse e dor. Ambos

os sujeitos no processo de hospitalização distanciam-se de seu cotidiano habitual, amigos, familiares, o que reduz a autonomia e a privacidade e, particularmente no caso dos acompanhantes, os distancia temporária ou permanentemente do trabalho.

Como já mencionado, sugere-se a arquitetos hospitalares a presença de jardins terapêuticos em projetos institucionais, pois podem promover saúde aos usuários, assim como modificar o aspecto puramente institucional, fazendo-os aproximar de ambientes residenciais, comerciais e/ou hoteleiros. Acredita-se que tais ambientes, além de proporcionar o contato com elementos da natureza, também oportunizam o convívio social, descanso e distração positiva. Portanto, projetar ambientes amplos, que sejam atrativos visualmente e agradem seu público-alvo é uma estratégia para proporcionar ambiência positiva.

Destacou-se ainda que, embora ambientes naturais sejam considerados os principais restauradores da capacidade de atenção e do estresse, outras variáveis estão implicadas, como o tipo de ambiente (urbano, construído, natural, real, virtual ou simulado), tipo de usuário (criança, adolescente, adulto), assim como a identidade de lugar. Ambientes construídos urbanos possuem capacidade de restauração se a arquitetura, desenho, vegetação, ventilação, cores forem agradáveis aos seus usuários. Além disso, foi possível analisar que a qualidade da imersão do usuário no ambiente também interfere no nível de restauração da atenção e estresse. Indivíduos podem estar completamente imersos em ambientes virtuais, por exemplo, e se beneficiarem de seu poder restaurador tanto quanto aqueles que utilizam ambientes reais. Outra variável encontrada nos estudos diz respeito ao tipo de usuário. Crianças possuem a propensão à imersão nos ambientes em níveis maiores se comparadas aos adultos. Portanto, as crianças normalmente podem se beneficiar mais de ambientes restauradores do que adultos. Em relação à identidade de lugar, verificou-se que quanto mais o usuário se identifica com o ambiente, quanto mais os elementos disponíveis no ambiente coincidem com as suas preferências, mais aquele ambiente será restaurador ao usuário.

Contribuir para o resgate da humanização na arquitetura hospitalar através da Psicologia Ambiental permite proporcionar bem-estar aos seus usuários, e desconstruir uma visão coletiva criada a respeito dos hospitais como um ambiente que comporta apenas sofrimento. Portanto, sugere-se a instituições de saúde repensar no ambiente hospitalar, de modo a refletir o objetivo primordial de ofertar saúde. Tendo isso em vista, implementar ambientes construídos com elementos naturais, como jardins terapêuticos; modificar o mobiliário dos quartos para proporcionar conforto; alterar os sistemas de ventilação e iluminação; atentar à pintura de paredes e cor dos móveis pode aumentar o potencial de restauração dos recursos psicológicos

desgastados e atuar como estratégia de promoção e prevenção de saúde em contextos institucionais.

Referências

- Albuquerque, D. S., Silva, D. S., & Kuhnen, A. (2016). Preferências ambientais e possibilidades de restauro psicológico em campi universitários. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36(4), 893–906. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932016000400893&script=sci_abstract&tlng=pt. doi: 10.1590/1982-3703002972015
- Atchley, R. A., Strayer, D. L., & Atchley, P. (2012). Creativity in the wild: improving creative reasoning through immersion in natural settings. *PLoS ONE*, 7(12), 2–5. Recuperado de <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0051474>. doi: 10.1371/journal.pone.0051474
- Ballard, G., & Rybkowski, Z. (2007). The evidence-based design literature review and its potential implications for capital budgeting of healthcare facilities. *Health Research and Education Trust*, 2-35. Recuperado de <http://www.hret.org/chmr/resources/pls20ballard.pdf>
- Bengtsson, A., & Carlsson, G. (2013). Outdoor environments at three nursing homes-qualitative interviews with residents and next of kin. *Urban Forestry and Urban Greening*, 12(3), 393–400. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1618866713000344?via%3Dihub>. doi: 10.1016/j.ufug.2013.03.008
- Berto, R. (2014). The role of nature in coping with psycho-physiological stress: a literature review on restorativeness. *Behavioral Sciences*, 4(4), 394–409. Recuperado de <https://www.mdpi.com/2076-328X/4/4/394>. doi: 10.3390/bs4040394
- Beute, F., de Kort, Y., & Ijsselsteijn, W. (2016). Restoration in its natural context: how ecological momentary assessment can advance restoration research. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(4), 1–21. Recuperado de <https://www.mdpi.com/1660-4601/13/4/420>. doi: 10.3390/ijerph13040420
- Brasil. (1990). Estatuto da Criança e do Adolescente, Câmara dos Deputados, Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. DOU de 16/07/1990 – ECA. Brasília, DF. Recuperado de <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8069-13-julho-1990-372211-publicacaooriginal-1-pl.html>
- Brasil. (2003). Estatuto do idoso: lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm
- Carrus, G., Scopelliti, M., Panno, A., Laforzezza, R., Colangelo, G., Pirchio, S., Ferrini, F., Salbitano, F., Agrimi, M., Portoghesi, L., Semenzato, P., Sanesi, G. (2017). A different way to stay in touch with “Urban Nature”: the perceived restorative qualities of botanical gardens. *Frontiers in Psychology*, 8(914), 1–9. Recuperado de <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2017.00914/full>. doi: 10.3389/fpsyg.2017.00914

- Cleary, A., Fielding, K. S., Bell, S. L., Murray, Z., & Roiko, A. (2017). Exploring potential mechanisms involved in the relationship between eudaimonic wellbeing and nature connection. *Landscape and Urban Planning*, 158(0), 119–128. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0169204616302237?via%3Dihub>. doi: 10.1016/j.landurbplan.2016.10.003
- Clemesha, M. R. (2003). *A nova imagem do hospital: subsídios e diretrizes para o projeto arquitetônico* (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo). Universidade de São Paulo.
- Collado, S., & Corraliza, J. A. (2015). Children's restorative experiences and self-reported environmental behaviors. *Environment and Behavior*, 47(1), 38–56. Recuperado de <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0013916513492417>. doi: 10.1177/0013916513492417
- Collado, S., & Staats, H. (2016). Contact with nature and children's restorative experiences: an eye to the future. *Frontiers in Psychology*, 7(NOV), 1–9. Recuperado de <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2016.01885/full>. doi: 10.3389/fpsyg.2016.01885
- Corrêa, M. L. T. (2006). *Psicologia ambiental em um hospital infantil: uma análise comportamental enfatizando qualidade de vida e bem-estar* (Mestrado em Psicologia). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Recuperado de <https://sapientia.pucsp.br/bitstream/handle/15482/1/MarciaCorrea.pdf>
- Depledge, M. H., Stone, R. J., & Bird, W. J. (2011). Can natural and virtual environments be used to promote improved human health and wellbeing? *Environmental Science and Technology*, 45(11), 4660–4665. Recuperado de <https://pubs.acs.org/doi/pdf/10.1021/es103907m>. doi: 10.1021/es103907m
- Dobbert, L. Y. (2010). *Áreas verdes hospitalares: percepção e conforto* (Mestrado em Ciências). Universidade de São Paulo, Piracicaba. Recuperado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/11/11150/tde-10022011-144702/pt-br.php>
- Felippe, M. L., Kuhnen, A., Silveira, B. B. da, & Klein, C. (2017). Realidade mediada: compreendendo qualidades restauradoras de ambientes através da fotografia. *Psicologia e Saber Social*, 6(1), 26–41. Recuperado de <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/psi-sabersocial/article/view/25083>. doi: 10.12957/psi.saber.soc.2017.25083
- Fracaroli, F. N. (2006). *Um estudo de percepção em ambiente simulado com realidade virtual exploratória* (Mestrado em Engenharia Civil). Universidade Estadual de Campinas, São Paulo. Recuperado de http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/258561/1/Fracaroli_Fernando_M.pdf
- Franklin, D., Jakes, T. D., & Roth, J. (Produtores) & Riggen, P. (Diretor). (2016). *Milagres do Paraíso* [DVD]. Estados Unidos da América: Sony Pictures Entertainment.
- Grahn, P., & Stigsdotter, U. K. (2010). The relation between perceived sensory dimensions of urban green space and stress restoration. *Landscape and Urban Planning*, 94(3–4), 264–275. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016920460900231X?via%3Dihub>. doi: 10.1016/j.landurbplan.2009.10.012
- Greenwood, A., & Gatersleben, B. (2016). Let's go outside! Environmental restoration amongst adolescents and the impact of friends and phones. *Journal of Environmental Psychology*, 48(0), 131–139. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272494416300871?via%3Dihub>. doi: 10.1016/j.jenvp.2016.09.007

- Günther, H., Pinheiro, J. Q., & Guzzo, R. S. L. (2004). *Psicologia Ambiental: entendendo as relações do homem com seu ambiente*. Campinas: Alínea.
- Hamed, S., El-Bassiouny, N., & Ternès, A. (2017). Evidence-based design and transformative service research application for achieving sustainable healthcare services: a developing country perspective. *Journal of Cleaner Production*, 140(3), 1885–1892. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0959652616315025?via%3Dihub>. doi: 10.1016/J.JCLEPRO.2016.09.161
- Han, K. T. (2010). An exploration of relationships among the responses to natural scenes: scenic beauty, preference, and restoration. *Environment and Behavior*, 42(2), 243–270. Recuperado de <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0013916509333875>. doi: 10.1177/0013916509333875
- Harris, P. B., McBride, G., Ross, C., & Curtis, L. (2002). A place to heal: environmental sources of satisfaction among hospital patients. *Journal of Applied Social Psychology*, 32(6), 1276–1299. Recuperado de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1559-1816.2002.tb01436.x>. doi: 10.1111/j.1559-1816.2002.tb01436.x
- Hartig, T., Kaiser, F. G., & Bowler, P. A. (2001). Psychological restoration in nature as a positive motivation. *Environment and Behavior*, 33(4), 590–607. Recuperado de <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/00139160121973142>. doi: 10.1177/00139160121973142
- Hartig, T., & Staats, H. (2006). The need for psychological restoration as a determinant of environmental preferences. *Journal of Environmental Psychology*, 26(3), 215–226. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272494406000521>. doi: 10.1016/j.jenvp.2006.07.007
- Hartmann, P., & Apaolaza-Ibáñez, V. (2008). Virtual nature experiences as emotional benefits in green product consumption. *Environment and Behavior*, 40(6), 818–842. Recuperado de <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0013916507309870>. doi: 10.1177/0013916507309870
- Herzog, T. R., Ouellette, P., Rolens, J. R., & Koenigs, A. M. (2010). Houses of worship as restorative environments. *Environment and Behavior*, 42(4), 395–419. Recuperado de <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0013916508328610>. doi: 10.1177/0013916508328610
- Hipp, J. A., & Ogunseitán, O. A. (2011). Effect of environmental conditions on perceived psychological restorativeness of coastal parks. *Journal of Environmental Psychology*, 31(4), 421–429. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272494411000612?via%3Dihub>. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2011.08.008>
- Irvine, K. N., & Warber, S. L. (2002). Greening healthcare: practicing as if the natural environment really mattered. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 8(5), 76–83. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Sara_Warber/publication/11156361_Greening_Healthcare_Practicing_as_if_the_natural_environment_really_mattered/links/09e41509514793952e000000/Greening-Healthcare-Practicing-as-if-the-natural-environment-really-mattered.pdf
- Jerônimo, R., & Gonçalves, T. (2013). Identidade e personificação do lugar na apropriação do espaço pelos nativos de Ibiraquera, SC. *Revista de Ciências HUMANAS*, 47(1), 117–132. Recuperado de <https://periodicos.ufsc.br/index.php/revistacf/article/view/2178-4582.2013v47n1p117>. doi: 10.5007/2178-4582.2013v47n1p117

- Joye, Y., Pals, R., Steg, L., & Evans, B. L. (2013). New methods for assessing the fascinating nature of nature experiences. *PLoS ONE*, 8(7), 1-14 Recuperado de <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0065332>. doi: 10.1371/journal.pone.0065332
- Joye, Y., & Van den Berg, A. (2011). Is love for green in our genes? A critical analysis of evolutionary assumptions in restorative environments research. *Urban Forestry and Urban Greening*, 10(4), 261–268. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1618866711000628?via%3Dihub>. doi: 10.1016/j.ufug.2011.07.004
- Kaplan, S. (1995). The restorative benefits of nature: toward an integrative framework. *Journal of Environmental Psychology*, 15(3), 169–182. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0272494495900012?via%3Dihub>. doi: 10.1016/0272-4944(95)90001-2
- Kjellgren, A., & Buhrkall, H. (2010). A comparison of the restorative effect of a natural environment with that of a simulated natural environment. *Journal of Environmental Psychology*, 30(4), 464–472. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272494410000204?via%3Dihub>. doi: 10.1016/j.jenvp.2010.01.011
- Korpela, K. M., Hartig, T., Kaiser, F. G., & Fuhrer, U. (2001). Restorative experience and self-regulation in favorite places. *Environment and Behavior*, 33(4), 572–589. Recuperado de <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/00139160121973133>. doi: 10.1177/00139160121973133
- Kort, Y. A. W., Meijnders, A. L., Sponselee, A. A. G., & IJsselsteijn, W. A. (2006). What's wrong with virtual trees? Restoring from stress in a mediated environment. *Journal of Environmental Psychology*, 26(4), 309–320. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272494406000570?via%3Dihub>. doi: 10.1016/j.jenvp.2006.09.001
- Kruse, L. (2005). *Compreendendo o ambiente em psicologia ambiental*. *Psicologia USP*, 16(1/2), 41-46. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicousp/v16n1-2/24642.pdf>. doi: 10.1590/S0103-65642005000100006.
- Kuhnen, A., Felipe, M. L., Luft, C. D. B., & Faria, J. G. de. (2010). A importância da organização dos ambientes para a saúde humana. *Psicologia & Sociedade*, 22(3), 538–547. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822010000300014&lng=pt&tlng=pt. doi:10.1590/S0102-71822010000300014
- Laumann, K., Gärling, T., & Stormark, K. M. (2001). Rating scale measures of restorative components of environments. *Journal of Environmental Psychology*, 21(1), 31–44. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272494400901798?via%3Dihub>. doi: 10.1006/jevp.2000.0179
- Lino, I., & Nogueira, S. (2015). A importância do ambiente físico hospitalar no tratamento terapêutico do paciente hospitalizado. *Revista Online IPOG*, 1(10), 1–15. Recuperado de <https://www.ipog.edu.br/download-arquivo-site.sp?arquivo=a-importancia-do-ambiente-fisico-hospitalar-no-tratamento-terapeutico-do-paciente-hospitalizado-998157.pdf>

- Marselle, M. R., Irvine, K. N., & Warber, S. L. (2013). Walking for well-being: are group walks in certain types of natural environments better for well-being than group walks in urban environments? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(11), 5603–5628. Recuperado de <https://www.mdpi.com/1660-4601/10/11/5603/htm>. doi: 10.3390/ijerph10115603
- Matarazzo, A. K. Z. (2010). *Composições cromáticas no ambiente hospitalar: estudo de novas abordagens* (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo). Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil. Recuperado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/16/16132/tde-09112010-111907/pt-br.php>
- Monte, A. A. M., Passig, J., Takase, E., & Kuhnen, A. (2011). Ambientes restauradores no trânsito: variabilidade da frequência cardíaca e tempo de reação. *Revista de Ciências Humanas*, 45(1), 101–116. Recuperado de <https://periodicos.ufsc.br/index.php/revistacf/article/view/23131>. doi: 10.5007/2178-4582.2011v45n1p101
- Morton, T. A., Van der Bles, A. M., & Haslam, S. A. (2017). Seeing our self reflected in the world around us: the role of identity in making (natural) environments restorative. *Journal of Environmental Psychology*, 49(0), 65–77. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272494416300950?via%3Dihub>. doi: 10.1016/j.jenvp.2016.11.002
- Mourão, A. R. T., & Cavalcante, S. (2006). O processo de construção do lugar e da identidade dos moradores de uma cidade reinventada. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 11(2), 143–151. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2006000200003&lng=pt&tlng=pt. doi: 10.1590/S1413-294X2006000200003
- Moser, G. (1998). Psicologia Ambiental. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 3(1), 121–130. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X1998000100008&lng=pt&tlng=pt. doi: 10.1590/S1413-294X1998000100008
- Neves, L., Gondim, A. A., Soares, S. C. M. R., Coelho, D. P., Pinheiro, J. A. M. (2018). The impact of the hospitalization process on the caregiver of a chronic critical patient hospitalized in a Semi-Intensive Care Unit. *Escola Anna Nery*, 22(2), 1-8. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000200202&lng=en&tlng=en. doi: 10.1590/2177-9465-ean-2017-0304
- Newman, K. P., & Brucks, M. (2016). When are natural and urban environments restorative? The impact of environmental compatibility on self-control restoration. *Journal of Consumer Psychology*, 26(4), 535–541. Recuperado de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1016/j.jcps.2016.02.005>. doi: 10.1016/j.jcps.2016.02.005
- Pals, R., Steg, L., Dontje, J., Siero, F. W., & Van der Zee, K. I. (2014). Physical features, coherence and positive outcomes of person-environment interactions: a virtual reality study. *Journal of Environmental Psychology*, 40(0), 108–116. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272494414000462?via%3Dihub>. doi: 10.1016/j.jenvp.2014.05.004
- Proshansky, H. M., Fabian, A. K., & Kaminoff, R. (1983). Place-identity: physical world socialization of the self. *Journal of Environmental Psychology*, 3(1), 57–83. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272494483800218>. doi: 10.1016/S0272-4944(83)80021-8

- Ribeiro, J. P., Gomes, G. C., & Thofehrn, M. B. (2014). Ambiência como estratégia de humanização da assistência na unidade de pediatria: revisão sistemática. *Rev Esc Enferm USP*, 48(3), 530–539. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000300530&lng=en&tlng=en. doi: 10.1590/S0080-62342014000300020
- Rivlin, L. G. (2003). Olhando o passado e o futuro: revendo pressupostos sobre as inter-relações pessoa-ambiente. *Estudos de Psicologia*, 8(2), 215–220. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2003000200003&lng=pt&tlng=pt. doi: 10.1590/S1413-294X2003000200003
- Ronchi, J. P., & Avellar, L. Z. (2015). Ambiência no atendimento de crianças e adolescentes em um CAPSi. *Psicologia em Revista*, 21(2), 379–396. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682015000200010. doi: 10.5752/P.1678-9523.2015V21N2P378
- Santos, L. F., Oliveira, L. M. A. C., Barbosa, M. A., Siqueira, K. M., & Peixoto, M. K. A. V. (2013). Reflexos da hospitalização da criança na vida do familiar acompanhante. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(4), 473–478. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000400002&lng=pt&tlng=pt. doi: 10.1590/S0034-71672013000400002
- Shan, V. L. X. (2015). *Naturação em jardins terapêuticos no contexto socioambiental de unidades hospitalares* (Monografia de Graduação). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. Recuperado de <http://monografias.poli.ufrj.br/monografias/monopoli10013458.pdf>
- Tassara, E. T. O., & Rabinovich, E. P. (2003). Perspectivas da psicologia ambiental. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 8(2), 339–340. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2003000200018&lng=pt&tlng=pt. doi: 10.1590/S1413-294X2003000200018
- Tyrväinen, L., Ojala, A., Korpela, K., Lanki, T., Tsunetsugu, Y., & Kagawa, T. (2014). The influence of urban green environments on stress relief measures: A field experiment. *Journal of Environmental Psychology*, 38(0), 1–9. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272494413000959?via%3Dihub>. doi: 10.1016/j.jenvp.2013.12.005
- Ulrich, R.S. (1983). Aesthetic and affective response to natural environment. In I. Altman & J. F. Wohlwill (Orgs.). *Behavior and the natural environment: human behavior and environment* (pp 85-125). Boston, MA: Springer.
- Ulrich, R. S. (1984). View through a window may influence recovery from surgery. *Science*, 224(4647), 420–421. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/17043718_View_Through_a_Window_May_Influence_Recovery_from_Surgery. doi: 10.1126/science.6143402
- 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. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272494405801847?via%3Dihub>. doi: 10.1016/S0272-4944(05)80184-7

- 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. Recuperado de <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1359105310365577>. doi: 10.1177/1359105310365577
- Van den Berg, A. E., Koole, S. L., & Van der Wulp, N. Y. (2003). Environmental preference and restoration: (how) are they related? *Journal of Environmental Psychology, 23*(2), 135–146. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272494402001111?via%3Dihub>. doi: 10.1016/S0272-4944(02)00111-1
- Vieira, G. D. B., Alvarez, A. M., & Gironi, J. B. R. (2011). O estresse do familiar acompanhante de idosos dependentes no processo de hospitalização. *Revista Eletrônica de Enfermagem, 13*(1). Recuperado de <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n1/v13n1a09.htm>. doi: 10.5216/ree.v13i1.8719
- Wilkie, S., & Stavridou, A. (2013). Influence of environmental preference and environment type congruence on judgments of restoration potential. *Urban Forestry & Urban Greening, 12*(2), 163–170. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S161886671300006X?via%3Dihub>. doi: 10.1016/j.ufug.2013.01.004

CAPÍTULO VI

COMO EU VEJO, SINTO E PERCEBO: REFLEXÕES DE PROFISSIONAIS DE UM HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO SOBRE BEM-ESTAR*Bianca Tribéss**Bettieli Barboza da Silveira*

O corpo, esse aqui absoluto, é o ponto de referência do acolá, do próximo ou distante, do incluído e do excluído (Ricoeur, 2007, p.158).

Introdução

Enquanto campo da ciência dedicada à compreensão dos aspectos psicológicos das inter-relações entre as pessoas e os ambientes, a psicologia ambiental (PA) se insere, como uma das áreas dos Estudos Pessoa-Ambiente (EPA). Entende que cada lugar é único, capaz de limitar ou encorajar certos tipos de manifestações psíquicas, podendo atuar como coprodutor de comportamentos e constituidor de subjetividades (Ittelson, Proshansky, Rivlin, & Winkel, 2005). Tendo em vista tal visão, esse capítulo se propõe a refletir sobre as características e transformações ambientais que inferem nas condições de bem-estar e qualidade de vida das pessoas, bem como suas influências na saúde humana através de alterações nos níveis de estresse (Gressler & Gunther, 2013; Jacobi, 2003). Será explorado, então, o conceito de ambiente restaurador em um hospital de custódia e tratamento psiquiátrico com vistas à compreensão dos fatores intervenientes nas sensações de prazer ou desprazer experimentadas em determinados ambientes por profissionais que lá atuam.

Baseado na Teoria Psicoevolucionista de Roger Ulrich (1984) se buscou examinar as propriedades percebidas na relação pessoa-ambiente que influenciam no estresse subjetivo. Isto é, na medida em que um ambiente contribui para a recuperação do estresse de pessoas mentalmente exaustas e permite o restabelecimento do bem-estar, esse se trata de um ambiente restaurador (Bornioli, Parkhurst, & Morgan, 2018). Apesar de Ulrich não ter detalhado especificamente sobre as configurações espaciais de um ambiente restaurador, o autor reforça

a importância da exposição a ambientes naturais tendo em vista a inclinação humana inata para tais (Ulrich et al., 1991).

Um importante fator modelador das interações em ambientes restauradores é o afeto, sendo o primeiro nível de resposta aos estímulos ambientais, enfatizado por Ulrich (1984) por meio do impacto da percepção visual e estética de certos ambientes, bem como a resposta afetiva a eles associada (Felippe, 2015). Estima-se que as experiências em ambientes físicos visualmente prazerosos contribuam com o processo de restauração a partir da visão de parâmetros positivos em determinado ambiente (Van den Berg, Joye, & Koole, 2016). Nesse viés, pesquisadores reforçam os benefícios das experiências em espaços naturais, tais como a caminhada e a percepção de bem-estar (Bornioli et al., 2018; Tilley, Neale, Patuano, & Cinderby, 2017). Corroborando isso, Cox, Hudson, Shanahan, Fuller e Gaston (2017) atentam para o fato de que, com as constantes demandas e transformações cotidianas, tornou-se “raridade” experimentar espaços verdes diariamente. Assim, engrandece a necessidade de se pensar em explorar quais características de ambientes construídos suportam o bem-estar psicológico em situações cotidianas, sobretudo em espaços de restrita possibilidade de locomoção, como os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico.

Motivadas por observações em lugares de clausura da França e Inglaterra, como manicômios, sanatórios e prisões, as primeiras pesquisas sobre ambientes restauradores já carregavam consigo a avaliação sobre o estresse e o ambiente com vistas à compreensão dos fatores que influenciavam as sensações de prazer e desprazer experimentadas (Gressler, 2014; Markus, 1993). Espaços de confinamento, de isolamento e com escassa interação social reduzem a autonomia do ser humano, como no caso de hospitais e espaços prisionais (Borine, Assis, Lopes, & Santini, 2012; Carrara, 2010). Os hospitais de custódia, por sua vez, são caracterizados como instituições complexas que acolhem a figura ambígua do inimputável, que é absolvido por supostamente não entender a ilicitude do ato, mas que também é culpabilizado e, portanto internado compulsoriamente para tratamento (Emerim & Souza, 2016). Em locais como esse, o planejamento arquitetônico é elaborado com base nas especificidades e normas impostas pelo Estado, desconsiderando as necessidades das pessoas que irão ocupá-lo (profissionais e internos), o que, por conseguinte, transparece com o uso, as inadequações e as apropriações dos espaços (Lima, 2009).

Transformar a imagem dos hospitais, através da criação e/ou reestruturação de ambientes verificando significados que potencialmente desempenham um papel importante no processo de restauração a fim de torná-los mais benéficos às necessidades dos pacientes e profissionais é um processo que vem sendo explorado cientificamente (Felippe, Kuhnen,

Silveira, & Lelli, 2017; Velarde, Fry, & Tveit, 2007). Estima-se que o ambiente físico pode ser uma fonte de estresse por conta das mensagens que comunica, sendo que os fatores ambientais ou situacionais atuam como um conjunto de reações psicofisiológicas inter-relacionadas, de ordem tanto psicológica e fisiológica (Silveira, 2017). Por outro lado, ao suscitar cognições de valência positiva o ambiente é capaz de consentir ou até mesmo promover a restauração por despertar interesse, aprazibilidade e calma (Felippe, 2015; Ulrich et al., 1991). Como o foco desse estudo é o estresse psicológico, vale ressaltar as reações afetivas, cognitivas e comportamentais a ele associadas, bem como seu caráter percebido como ameaçador ao bem-estar humano, que pode provocar danos reais ou iminentes (Kaplan, 1995; Ulrich et al., 1991).

Modificar um espaço na intenção de torná-lo mais agradável e acolhedor é uma ideia própria de estudos acerca do que se intitulou por “ambiência”. De acordo com a cartilha nacional sobre o termo, trata-se de um conceito pautado em três eixos que atribuem funções aos espaços, tais como: visar o conforto, privacidade e individualidade das pessoas; ferramenta facilitadora do processo de trabalho; espaço de encontros (Brasil, 2010). O aspecto visual em um ambiente hospitalar pode ser incorporado à ambiência, por exemplo. Desse modo, uma vez que os aspectos supracitados estão organizados e bem dispostos no ambiente, seus elementos podem auxiliar no tratamento de saúde, permitindo ao usuário a sensação de habitar um lugar acolhedor e humanizado (Nascimento, Silva, Souza, Souza, & Germer Netto, 2015). Ademais, ao explorar os aspectos benéficos dos espaços físicos e identificar os aspectos relacionados à capacidade restauradora desses ambientes, volta-se a atenção para a possibilidade de fornecer base científica que colabore com a aplicação das políticas públicas direcionadas à orientação e planejamento do ambiente de internação psiquiátrica atentando-se às possibilidades de restauração possíveis. Pretende-se discorrer, portanto, sobre elementos expressos por profissionais de um hospital de custódia acerca da relação pessoa-ambiente, dialogada a partir da visão sobre o trabalho, de si e de outrem.

Método

Caracterizada como uma pesquisa exploratória e descritiva, de abordagem qualitativa e de cunho multimetodológico, esse estudo se dedicou a investigar sobre questões relativas aos elementos que manifestam a visão dos profissionais entrevistados sobre o processo de internação, a imagem do paciente e a imagem de si. Para tanto, amparada na Teoria Psicoevolucionista e nas respostas obtidas pelos participantes, foram criadas três categorias temáticas para análise do conteúdo de modo temático categorial (Bardin, 2010).

Os participantes (n = 12) do estudo eram profissionais da instituição, caracterizados como informantes-chave e selecionados por amostra intencional por meio da técnica bola de neve (Patton, 2002). Quanto aos procedimentos da pesquisa, tem-se uma divisão em duas fases, sendo: a) levantamento de características e alterações do ambiente físico - incluindo a realização de medições e elaboração de plantas-baixas do local; registro fotográfico; análise de documentos referentes às modificações ambientais; b) aplicação da técnica de fotografia do ambiente (Higuchi & Kuhnen, 2008) aliada à entrevista semiestruturada, conferindo a possibilidade de obtenção de dados subjetivos e singulares de cada participante a respeito do assunto pesquisado.

O material obtido compôs o *corpus* da pesquisa, recebeu tratamento dos dados amparado na análise de conteúdo temática categorial, desenvolvida por Bardin (2010). Os dados foram codificados e organizados em função de seu conteúdo, derivados teórica e empiricamente, suscitando a criação de três categorias: imagem de si, imagem do paciente, processo de internação. Salienta-se que as três subdivisões dizem respeito à percepção dos profissionais entrevistados sobre tais aspectos (descritos nas categorias).

O hospital onde ocorreu a pesquisa foi fundado na década de 1970, sediado ainda no mesmo local um grande complexo penitenciário localizado no sul do Brasil. No seu espaço físico há um pátio externo, dois pátios internos, uma horta, quadra de basquete adaptado, 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.

Resultados e discussão

Subdivididas em três partes, as categorias criadas dizem respeito às percepções dos profissionais sobre: a) o processo de internação; b) a visão que têm dos pacientes internados; c) imagem que têm de si, enquanto profissionais do hospital de custódia. Com nomenclaturas abreviadas para facilitar a leitura, as categorias passaram por um processo de estruturação posterior à obtenção dos dados. As categorias pensadas a partir da literatura relacionada aos fenômenos e dos pressupostos da psicologia ambiental dialogam sobre elementos carregados de reflexões acerca da relação pessoa-ambiente, refletidos a partir da visão sobre o trabalho, de si e de outrem.

Dentre os doze profissionais entrevistados, destaca-se a heterogeneidade dentre as áreas de atuação, tempo de serviço na instituição e formação, como pode ser observado na Tabela 1.

Os dados dispostos abaixo trazem interfaces entre as estratégias metodológicas adotadas em um estudo maior (Silveira, 2017), propondo um recorte que enfatiza os registros encontrados, enaltecendo sua importância no diálogo científico e social.

Tabela 1
Caracterização dos participantes

Id.	Sexo	Sector de trabalho	Formação	Tempo de trabalho (anos)
P1	M	Segurança	Sistemas de Informação, Esp. em Seg. Pública	9
P2	F	Psicologia	Psicologia, Esp. em 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

Nota. Tabela elaborada pelas autoras.

Fonte: pesquisadoras, arquivos de pesquisa (Silveira, 2017).

Categoria 1: Processo de internação

Pensada enquanto categoria que congrega elementos que expressem a percepção dos funcionários sobre o processo de internação, carrega elementos como: “sofrimento da internação” e “impotência”. No hospital de custódia as internações ocorrem a partir de sentença judicial que determina o cumprimento de medida de segurança, tornando a permanência na instituição variável de caso a caso, resguardando singularidades como o quadro patológico, o ato infracional cometido, os indícios de melhora, os comportamentos assertivos, dentre outros.

O processo de internação é de difícil compreensão não apenas para os pacientes como também para os 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” (P1). Além do impacto do afastamento da família, vivenciado de forma singular por cada um, o novo lugar também assusta, como traz P3: “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, desnorteados, a maioria não quer ficar aqui, ficam dias até se conscientizar que precisam cuidar da saúde” (P9). A necessidade do cuidado da saúde para as pessoas que chegam até o hospital de custódia é visível, mas também os profissionais que auxiliarão nesse processo precisam atentar para a saúde, como no caso de P11: “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!”. Além dessa transição de métodos de tratamento, há uma mudança clara de ambientes todos os dias para quem entra e sai do hospital, expressa P5: “transição de mundos, aqui é outra realidade, que você deve abstrair todo dia que encerra o expediente”. Diferente dos que saem, os ditos “loucos” infratores permanecem no local, sendo inevitável um distanciamento físico e psicológico da sua comunidade, rotina e da família. O elo com esta é essencial para o paciente, sendo importante, portanto, uma assistência e acompanhamento também aos familiares, potencializando o vínculo entre eles e o paciente (Prado & Schindler, 2017).

O que se sente em relação à internação psiquiátrica é singular para cada participante, sendo um misto de sensações e frustrações. Um dos participantes, P4, diz que sente “tristeza, às vezes raiva, porque eu não consigo mudar (a realidade). Mas eu tenho muita tristeza de ver, um sentimento de incapacidade, de impotência, por não poder fazer o tratamento do jeito que eu gostaria que fosse”. Além de tristeza, aparece também insegurança e medo: “me sinto aliviado quando *fecha a casa*, 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 arpeio todo” (P1).

Uma visão de responsabilização para além do sujeito manifesta-se na fala do participante 12: “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”. Nesse lugar isolado, contribui-se para o processo de exclusão social, visto que o paciente carrega os estigmas de louco e criminoso. 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). Esse processo deixa uma marca no sujeito, mudando sua identidade e imagem tanto dentro do espaço quanto fora, estendendo o sofrimento para a família que sente os efeitos desses preconceitos e estereótipos. É nesse espaço esquecido que se tenta ensinar a viver em liberdade alguém que está longe dela, sujeitado a desadaptar-se das condições de viver em liberdade (Goffman, 1974).

Além dos muitos que ignoram ou desconhecem a existência do hospital de custódia, o participante 5 traz o mau entendimento das pessoas em relação ao que é a instituição: “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 mau juízo do hospital de custódia, acham que aqui é só internamento para loucos”. Em relação à imagem do hospital e as percepções das pessoas acerca dele, P3 diz que “seria bacana se as famílias não visualizassem as grades, acho que isso traz um constrangimento principalmente para quem não é preso”. As grades incomodam também o participante 6: “essa questão das grades, esse confinamento me incomoda. Dá a sensação de estar presa”, colocando em questão a internação isolada com barreiras físicas nítidas entre os pacientes e a outra realidade.

A internação em instituição psiquiátrica de custódia não exime a família de sua corresponsabilidade, sobretudo no que condiz aos aspectos fraternais e afetivos. Pereira e Giacóia Junior (2013) argumentam que o afeto que media as relações familiares é o mesmo que sustenta as visitas ao parente internado e que o ampara para que não haja abandono. Para os autores, os cuidados com saúde e educação do doente mental são componentes primordiais que versam sobre responsabilidade, ou seja, os direitos e os deveres da família.

Categoria 2: Imagem do paciente

Dedicada a compreender a percepção do funcionário sobre o paciente, termos como: “excluídos da sociedade” e “preso paciente” são ecoados, demarcando desde processos perceptivos sobre a alienação historicamente notada em doentes mentais até verbalizações que exprimem dificuldade de manejo e temor frente aos internos. Na medida em que descortina visões e observações sobre o outro, essa categoria permite, ademais, o aparecimento de detalhes acerca do próprio profissional, atual detentor da vez e da voz. Tomam espaço ainda elementos importantes da descrição dos pacientes por parte dos participantes, com um eixo entre a própria imagem e a do outro.

A inserção dos funcionários do hospital de custódia se dá por concursos públicos, direcionados à atuação na Secretaria de Justiça e Cidadania e não necessariamente ao hospital

de custódia. Nesse sentido da escolha profissional e perfil para agente prisional, um dos participantes, P1, diz que “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”. Percebe-se um cuidado por parte dos profissionais em relação aos crimes que levaram o interno ao hospital, considerando que o crime é atravessado por outras questões como os transtornos, conforme P8 reforça: “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?!”.

O participante 7 traz que “nesse trabalho com ‘preso-psicopata’, 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”. Esse apontamento sobre a imprevisibilidade aparece também na fala de 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: 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, 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, desejos esses marcados pelo medo da exclusão e da perda dos papéis construídos. Porém, segundo Oliveira e Mendonça (2013), 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). “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!”, diz o participante 7, mostrando que tentam apostar nos internos e oportunizar possibilidades. 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).

Categoria 3: Imagem de si

Recheada de observações individuais que denotam grandes diferenças de percepções sobre o próprio trabalho no lugar. Responsável por conservar noções sobre si mesmo, essa categoria contempla reflexões singularmente pensadas, mensuradas e expressas. O olhar para si se mostrou tão mais complexo e de difícil execução do que o olhar para o outro, quicá esse fato deriva do incomum hábito humano de refletir sobre suas próprias ações, sentimentos e emoções. De todo modo, a realidade aqui analisada é a verbalizada, entoada por profissionais que antes de tudo são pessoas, que conviveram e convivem com as constantes transformações e ressignificações do reduto de custódia psiquiátrica.

“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, às vezes eles não entendem que o medicamento é bom (...) eles tem que sair daqui, melhorar e sair logo. Ali não é bom” (P7). Para Lopes (2002),

quando há um atendimento humanizado, tem-se, na medida do possível, uma realidade mais observável, atenta e digna perante as necessidades e os conflitos humanos.

Dentre as diferentes funções exercidas no cotidiano de trabalho, destacam-se de um lado as ações de sensibilidade e de outro as de truculência dos funcionários para com os pacientes. Com o diário de campo 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 colocações, 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). Como profissionais de um espaço enquanto um remanejamento do poder de punir, agora dentro de um sistema de proteção estabelecido pela justiça (Santana, Pereira, & Alves, 2017), têm de driblar o medo, o preconceito e a aversão para que dentro de uma instituição total, na medida do possível, possam oferecer um tratamento humanizado.

Ao descrever sua experiência de atuação no hospital de custódia, P1 destaca altos e baixos: “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”. O participante 12 ressalta, contudo, outras variáveis de suma importância, como 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, 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” (sic).

Por trás do trabalho específico que fazem os profissionais do hospital de custódia permeia um universo de tensão, que P1 descreve como um ambiente em que “rola muita ansiedade, muita angústia, muito estresse”. P10 expõe: “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 uma possibilidade de lidar com estressores como esse que aparecem no contexto de trabalho, traz-se a organização da equipe em uma prática interdisciplinar em que se articula e coparticipa na construção de propostas (Valente & Santos, 2014).

Como mencionado anteriormente, o hospital recebe 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 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 chega conduzida 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 à

explicação de discursos com ‘senso de justiça’, bem como expressões de sensibilidade e comoção com sofrimento humano (Dantas & Chaves, 2007; Diuana et al., 2008).

A partir das três categorias discutidas, pode-se pensar em um todo que diz algo: o trabalho dos profissionais do hospital de custódia entrevistados lida com incertezas e dilemas em relação ao próprio fazer e à instituição para a qual ofertam seus serviços. Ao mesmo tempo em que se tenta proporcionar um bem-estar e uma diminuição do sofrimento psíquico das pessoas em custódia, os participantes enfrentam limitações. Essas limitações são de espaço (ilustradas pelas grades), sociais (todo o preconceito, conforto e distanciamento da sociedade que ignora e teme) e as próprias limitações físicas e psíquicas dos profissionais, considerando como se afetam, como deles é demandado e o quanto se é impotente em relação a mudanças a nível macro.

Considerações finais

Diante da pretensão de compreender a percepção de profissionais de um hospital de custódia acerca da relação pessoa-ambiente, dialogada a partir da visão sobre o trabalho, de si e de outrem, pode-se afirmar que os objetivos foram alcançados. Ao analisar aspectos e elementos físicos que interagem com o estresse dos usuários do lugar, interferindo em suas condições de bem-estar subjetivo, observaram-se as mais diversas correspondências entre pessoas e ambientes. Atravessado por questões externas ao hospital e pelo histórico de experiências, cada participante traz para as relações de trabalho modos de ver o outro e de agir específicos, de forma a contornar as dificuldades e limitações e de tentar oferecer o possível para que o tratamento dos pacientes seja menos desgastante.

Ao se propor investir na melhoria e ou criação de elementos terapêuticos em hospitais e unidades de internação, Marcus e Sachs (2013) corroboram as ideias suscitadas por Ulrich (2001) que reiteram relevância da presença de investimentos em tecnologias e instalações na área da saúde. A fim de melhor entender tais norteadores, faz-se de fundamental importância esmiuçar o conceito de ambiente restaurador, principal mediador das ações refletidas nesse estudo. A pesquisa e aplicação do conceito de ambientes restauradores já é uma realidade no meio científico e aplicado, ao compreender que se trata de um fator que redimensiona a ênfase funcional dos lugares.

Enaltecidas as percepções dos profissionais do hospital de custódia sobre os fatores inerentes às relações pessoas-ambientes estabelecidas na instituição, Ulrich (2001) reforça que o estresse e os fatores psicossociais associados ao processo de hospitalização e à doença

propriamente dita podem afetar significativamente a saúde, não apenas dos pacientes como também dos profissionais. Uma vez envolvido no difícil processo de internação psiquiátrica, profissionais de diferentes formações se deparam não apenas com suas visões sobre si e sobre o todo, mas também com as imagens dos outros sobre eles. Nesses casos, o que se observou foi a ausência dos costumeiros bloqueadores sociais que tantas vezes impedem verbalizações de veras sinceras, como afirmou P11: “o louco não é louco 24 horas por dia, em seus momentos de lucidez ele te diz coisas que ninguém mais ousaria dizer”.

Referências

- Bardin, L. (2010). *Análise de conteúdo (1977)*. Lisboa: Edições 70.
- Borine, B., Assis, C. L., Lopes, M. S., & Santini, T. O. (2012). Estresse hospitalar em equipe multidisciplinar de hospital público do interior de Rondônia. *Revista Da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 15(1), 22–40. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582012000100003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- Bornioli, A., Parkhurst, G., & Morgan, P. L. (2018). Psychological wellbeing benefits of simulated exposure to five urban settings: an experimental study from the pedestrian's perspective. *Journal of Transport and Health*, 9(0), 105-116. Recuperado de <http://eprints.uwe.ac.uk/34906>. doi:10.1016/j.jth.2018.02.003
- Brasil, Ministério da Saúde. (2010). *Ambiência (2ª ed.)*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambiencia_2ed.pdf
- Carrara, S. L. (2010). A história esquecida: os manicômios judiciais no Brasil. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 20(1), 16–29. Recuperado de <http://www.journals.usp.br/jhgd/article/view/19939>. doi: 10.7322/jhgd.19939
- Cox, D. T. C., Hudson, H. L., Shanahan, D. F., Fuller, R. A., & Gaston, K. J. (2017). The rarity of direct experiences of nature in an urban population. *Landscape and Urban Planning*, 160(0), 79–84. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0169204616302729>. doi: 10.1016/j.landurbplan.2016.12.006
- 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. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v27n2/v27n2a14.pdf>.
- Diuana, V., Lhuillier, D., Sánchez, A. R., Amado, G., Araújo, L., Duarte, A. M., & Larouzé, B. (2008). Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro. *Caderno de Saúde Pública*, 24(8), 1887–1896. Recuperado de https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000800017.
- Emerim, M. F., & Souza, M. (2016). “Ninguém esquece uma coisa dessas”: problematizações sobre parricídio e hospitais de custódia. *Psicologia & Sociedade*, 28(1), 171–180. Recuperado de <http://submission.scielo.br/index.php/psoc/article/view/145038/9457>. doi: 10.1590/1807-03102015v28n1p171

- Felippe, M. L. (2015). *Ambiente físico e linguagem ambiental nel processo di rigenerazione affettiva dallo stress in camere di degenza pediátrica* (Doutorado em Arquitetura). Università degli Studi di Ferrara, Itália. Recuperado de <http://eprints.unife.it/994/>.
- Felippe, M. L., Kuhnen, A., Silveira, B. B., & Lelli, G. (2017). What is a restorative hospital environment? Environmental meaning, affective stress restoration and physical attributes in pediatric inpatient rooms. *Children, Youth and Environments*, 27(1), 17–46. Recuperado de <https://www.jstor.org/stable/10.7721/chilyoutenvi.27.1.0017>. doi: 10.7721/chilyoutenvi.27.1.0017
- Goffman, E. (1974). *Frame analysis: an essay on the organization of experience*. Cambridge, MA, US: Harvard University Press.
- Goffman, E. (2005). *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva.
- Gressler, S. C. (2014). *O descanso e a teoria dos ambientes restauradores* (Doutorado em Psicologia). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal. Recuperado de <http://repositorio.unb.br/handle/10482/15845>.
- Gressler, S. C., & Gunther, I. A. (2013). Ambientes restauradores: definição, histórico, abordagens e pesquisas. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 18(3), 487–495. Recuperado de <https://www.redalyc.org/html/261/26128793009/>. doi: 10.1590/S1413-294X2013000300009
- 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. Gunther (Orgs.), *Métodos de pesquisa nos estudos pessoa-ambiente* (pp. 181-215). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ittelson, W. H., Proshansky, H. M., Rivlin, L. G., & Winkel, G. H. (2005). Homem ambiental. *Série: Textos de Psicologia Ambiental*, 14, 1–9. Recuperado de <http://www.psi-ambiental.net/pdf/14HomemAmbiente.pdf>
- Jacobi, P. (2003). Educação ambiental, cidadania e sustentabilidade. *Caderno de Pesquisa*, 118(0), 189–205. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742003000100008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. doi: 10.1590/S0100-15742003000100008
- Kaplan, S. (1995). The restorative benefits of nature: toward an integrative framework. *Journal of Environmental Psychology*, 15(0), 169–182. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0272494495900012>. doi: 10.1016/0272-4944(95)90001-2
- Lima, S. C. (2009). *Até quando faremos relicários? A função social do espaço penitenciário*. Alagoas: UFAL.
- Lopes, R. (2002). Psicologia jurídica o cotidiano da violência: o trabalho do agente de segurança penitenciária nas instituições prisionais. *Revista Psicologia para América Latina*, (0), 1-8, Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psilat/n0/n0a04.pdf>.
- Marcus, C. C., & Sachs, N. A. (2013). *Therapeutic landscapes: an evidence-based approach to designing healing gardens and restorative outdoor spaces*. New jersey: John Wiley & Sons.
- Markus, T. A. (1993). *Buildings & power: freedom and control in the origin of modern building types*. London: Routledge.
- Nascimento, E. R. P., Silva, S. G., Souza, B. C., Souza, D. D., & Germer Netto, A. (2015). Environment of a hospital emergency unit for the elderly care: perception of nursing professionals. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, 19(2), 338-342. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n2/1414-8145-ean-19-02-0338.pdf>. doi: 10.5935/1414-8145.20150046

- Oliveira, E. B., & Mendonça, J. L. S. (2013). Visão de familiares de usuários de um hospital psiquiátrico sobre a visita domiciliar. *Revista Pesquisa Cuidados Fundamentais*, 5(1), 3531–3538. Recuperado de <https://www.redalyc.org/html/5057/505750897034/>. doi: 10.9789/2175-5361.2013v5n1p3531
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods* (3ª 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. *Revista brasileira de direito das famílias e sucessões*, 15(34), 21-33. Recuperado de http://www.cidp.pt/revistas/ridb/2013/07/2013_07_07421_07441.pdf
- Prado, A. M., & Schindler, D. (2017). A medida de segurança na contramão da Lei de Reforma Psiquiátrica: sobre a dificuldade de garantia do direito à liberdade a pacientes judiciários. *Revista Direito GV*, 13(2), 628–652. Recuperado de <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/revdireitogv/article/view/70852/68275>. <https://doi.org/10.1590/2317-6172201725>
- Ricoeur, P. (2007). *A memória, a história, o esquecimento*. Campinas: Editora da Unicamp.
- 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. Recuperado de <https://www.redalyc.org/html/3070/307026616003/>. doi: 10.1590/S0103-21002009000100002
- Santana, A. F. F. A., Pereira, M. O., & Alves, M. (2017). The (un)preparation of the judiciary hospital for resocialization: violation of human rights. *Escola Anna Nery*, 21(3), 1–8. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n3/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0022.pdf. doi: 10.1590/2177-9465-ean-2017-0022
- Silveira, B. B. (2017). *Estresse e restauração: aspectos físicos e psicológicos de um hospital de custódia* (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal de Santa Catarina. Recuperado de <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/176747>.
- Tilley, S., Neale, C., Patuano, A., & Cinderby, S. (2017). Older people's experiences of mobility and mood in an urban environment: a mixed methods approach using electroencephalography (EEG) and interviews. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(2), 1-20. Recuperado de <https://www.mdpi.com/1660-4601/14/2/151>. doi: 10.3390/ijerph14020151
- Ulrich, R. S. (1984). View through a window may influence recovery from surgery. *Science*, 224(4647), 420–421. Recuperado de <http://science.sciencemag.org/content/224/4647/420>. doi: 10.1126/science.6143402
- 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* (pp. 49–59). Stockholm, Sweden: Svensk Byggtjänst. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/6d4d/cb6d3f8d55a9eac8a109799f61d37a570e4e.pdf>.
- Ulrich, R. S., Simons, R. F., Losito, B. D., Fioritoni, E., Miles, M. A., & Zelson, M. (1991). Stress recovery during exposure to natural and urban environments. *Journal of Environmental Psychology*, 11(3), 201–230. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272494405801847>. doi: 10.1016/S0272-4944(05)80184-7

- Valente, G., & Santos, F. (2014). The complexity of the nursing work in hospital for custody and psychiatric treatment. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 6(1), 109–117. Recuperado de <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/bde-25380>. doi: 10.9789/2175-5361.2014v6n1p109
- Van den Berg, A. E., Joye, Y., & Koole, S. L. (2016). Why viewing nature is more fascinating and restorative than viewing buildings: a closer look at perceived complexity. *Urban Forestry and Urban Greening*, 20(0), 397-401. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1618866715300844>. doi: 10.1016/j.ufug.2016.10.011
- Velarde, M. D., Fry, G., & Tveit, M. (2007). Health effects of viewing landscapes: landscape types in environmental psychology. *Urban Forestry and Urban Greening*, 6(4), 199–212. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1618866707000416>. doi: 10.1016/j.ufug.2007.07.001

CAPÍTULO VII

SÍNTESE E RECOMENDAÇÕES PARA AMBIENTES RESTAURADORES

Bettieli Barboza da Silveira

Máira Longhinotti Felipe

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 (Kaplan & Kaplan, 2009, p. 329).

Neste livro procuramos apresentar diferentes pesquisas, focos e métodos de investigação. Sob distintos lugares de fala, ângulos e visões, foi possível identificar importantes aspectos implicados na relação pessoa-ambiente, bem como possibilidades e nichos de pesquisa no estudo dos ambientes restauradores. A escassez de material brasileiro dedicado à investigação desse tema, um dos aspectos que motivaram a organização deste livro, aliada ao significativo crescimento de interesse pela área, evidente nas revisões da literatura internacional, sugerem um campo de pesquisa em abertura, com possibilidades de aplicação em realidades urbanas e nos setores de saúde, educação, lazer e trabalho.

Ao longo dos capítulos, procuramos discorrer sobre os diferentes aspectos implicados no processo de restauração, destacando-se o papel do contato com a natureza ou com elementos naturais. Direta ou indiretamente, essa aproximação é especialmente benéfica quando há presença de água, plantas, vegetação, hortas e jardins (Van den Berg, Hartig, & Staats, 2007). Por outro lado, consideramos importante relativizar a ideia de que a mera presença física ou o vislumbre de tais elementos seja suficiente para que haja o processo de restauração, dado que a relação pessoa-ambiente envolve necessariamente a percepção e o significado que a pessoa atribui ao lugar ou ao elemento observado (Felippe, Kuhnen, Silveira, & Lelli, 2017).

Com base nos resultados das investigações aqui retratadas — e para atender aos objetivos a que nos propomos, isto é, apontar a potencialidade do uso dos estudos pessoa-ambiente como tecnologia voltada ao projeto de ambientes saudáveis — procuramos, por fim,

elaborar uma síntese de recomendações relativas ao planejamento de espaços de saúde. Essas recomendações tiveram também o suporte da revisão de literatura e foram pensadas interdisciplinarmente por profissionais do campo da arquitetura e da psicologia. Considerando-se as subjetividades inerentes à saúde, à doença e ao bem-estar, defendemos que os seguintes atributos ambientais deveriam ser valorizados na produção de ambientes com potencial restaurador:

1. Quartos e espaços hospitalares ou para o cuidado da saúde com amplas aberturas ao exterior, de baixo peitoril, que garantam ar fresco, iluminação natural, contato visual e físico com jardim caracterizado pela predominância de elementos naturais;
2. Quartos de internação com amplitude moderada, ou seja, ambientes suficientemente espaçosos para permitir a realização das diversas atividades, mas contidos, isto é, definidos dentro de um limite preciso, protegido;
3. Quartos de internação com um único leito ou, na impossibilidade deste, presença de divisória entre leitos do tipo rígida (fixa) que conforme unidades de internação espacialmente e funcionalmente independentes entre si, com efeitos sobre a limitação e o controle de acesso físico, contato visual e propagação de som/ruído;
4. Quartos de internação contíguos a espaço de convívio e interação social compatível com as necessidades de diferentes faixas etárias;
5. Acesso visual ao posto de trabalho de enfermeiros e médicos por parte de pacientes e acompanhantes ou mecanismo que permita acionamento rápido;
6. Substituição da aparência hospitalar-institucional pela familiar-acolhedora. Pode ser alcançada por meio de projeto de cor para as superfícies, desenho de mobiliário, possibilidades espaciais de regulação da interação social;
7. Acesso e controle sobre a utilização de tecnologias como TV e internet por parte dos pacientes e acompanhantes;
8. No quarto de internação, quadros de arte, murais ou ilustrações escolhidos pelo paciente. Nas áreas comuns, quadros de arte, murais ou ilustrações figurativos de paisagens naturais. Imagens restauradoras de maiores dimensões promovem a sensação de imersão e têm seus efeitos potencializados;
9. Presença de estrutura para descanso (cama, sofá, poltrona) para o acompanhante no quarto de internação, bem como mobiliário, equipamentos e espaços de apoio para a sua permanência e a permanência de familiares;

10. No quarto de internação, brinquedos, jogos ou entretenimento escolhidos pelo paciente. Nas áreas comuns (espaço de convívio e interação social), brinquedos, jogos ou entretenimento compatíveis com as necessidades de diferentes faixas etárias;
11. Superfícies para atividades de lazer no quarto de internação;
12. Reparação ou substituição imediata de elementos da estrutura hospitalar danificados e manutenção da ordem.

Para se pensar em um ambiente restaurador em instituições de saúde é preciso atentar para alguns conceitos-chave de desenvolvimento de projeto, que se tornam alicerces fundamentais para a cura e o tratamento dos usuários. Para o planejamento de tais instituições, destacam-se aspectos mínimos a serem observados e implementados, de modo a oportunizar situações cujos efeitos sejam benéficos tanto a pacientes, como a familiares e profissionais. Reforça-se a importância de priorizar as necessidades psicológicas e emocionais dos usuários, além das tradicionais preocupações de uma instituição de saúde. Igualmente, almeja-se que as discussões e as sugestões acerca do planejamento de ambientes restauradores possam oferecer subsídios e orientações condizentes aos estudos e às construções de espaços dedicados ao bem-estar humano.

Referências

- Felippe, M. L., Kuhnen, A., Silveira, B. B., & Lelli, G. (2017). What is a restorative hospital environment? environmental meaning, affective stress restoration and physical attributes in pediatric inpatient rooms. *Children, Youth and Environments*, 27(1), 17–46. Recuperado de https://www.jstor.org/stable/10.7721/chilyoutenvi.27.1.0017?seq=1#page_scan_tab_contents. doi: 10.7721/chilyoutenvi.27.1.0017
- 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. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272494408000960>. doi: 10.1016/j.jenvp.2008.10.005
- 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. Recuperado de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1540-4560.2007.00497.x>. doi: 10.1111/j.1540-4560.2007.00497.x

SOBRE AS AUTORAS

Bettieli Barboza da Silveira é Psicóloga (Universidade do Vale do Itajaí, 2015), Mestra em Psicologia (Universidade Federal de Santa Catarina, 2017) e, atualmente, cursa doutorado em Psicologia (Universidade Federal de Santa Catarina). Dedicar-se à Psicologia Ambiental, à Saúde Mental e aos Estudos Pessoa-Ambiente, especialmente aos temas interessados em melhor compreender ambientes restauradores, preferências ambientais, identidade social urbana, identidade de lugar, significado ambiental e apego ao lugar. <http://lattes.cnpq.br/6085081583148344>

Maíra Longhinotti Felipe é Arquiteta e Urbanista (Universidade Federal de Santa Catarina, 2001), Mestra em Psicologia (Universidade Federal de Santa Catarina, 2010), Doutora em Tecnologia da Arquitetura (Università degli Studi di Ferrara, Itália, 2015) e, no momento realiza Pós-doutorado em Arquitetura e Urbanismo (Universidade Federal de Santa Catarina). Dedicar-se ao campo dos Estudos Pessoa-Ambiente, Psicologia Ambiental, especificamente aos temas do cuidado ambiental, apego ao lugar, linguagem e significado ambiental, e ambientes restauradores. <http://lattes.cnpq.br/6531130209046411>

Natanna Taynara Schütz é Psicóloga (Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí, 2015), Mestra em Psicologia (Universidade Federal de Santa Catarina, 2019) e possui Formação em Neurofeedback pela Brain-Trainer. Atua como Psicóloga clínica e pesquisadora nas linhas da Psicologia Ambiental, Aprendizagem e Cognição, com foco principal na criança e adolescente. <http://lattes.cnpq.br/1307600247965352>

Maísa Hodecker é Psicóloga (Centro Universitário de Brusque, 2017) e Mestranda em Psicologia (Universidade Federal de Santa Catarina). Interessa-se por Psicologia Ambiental, Psicologia Hospitalar, Psicologia da Saúde, Psicologia Clínica e docência no ensino superior. <http://lattes.cnpq.br/0685968789787442>

Bianca Tribéss é estudante de graduação em Psicologia (Universidade Federal de Santa Catarina). Envolvida em atividades nas áreas de Psicologia Ambiental e direitos humanos. <http://lattes.cnpq.br/3131864775546756>

Bettieli Barboza da Silveira
Maíra Longhinotti Felipe
Natanna Taynara Schütz
Maísa Hodecker
Bianca Tribéss



Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-65-80460-05-2