VII SIMPÓSIO BRASILEIRO DE QUALIDADE DO PROJETO DO AMBIENTE CONSTRUÍDO
A inovação e o desafio do projeto na sociedade: A qualidade como alvo
Londrina, 17 a 19 de Novembro de 2021

ADAPTAÇÃO DE EDIFÍCIOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE MENTAL: AVALIAÇÃO PÓS-OCUPAÇÃO EM CAPS AD III[1]

ADAPTATION OF BUILDINGS IN PRIMIRARY MENTAL HEALTH CARE: POST-OCCUPATION EVALUATION IN CAPS AD III

GOULART, Fernanda de Moraes (1); ONO, Rosaria (2)

(1) FAU-USP, fernandamgoulart@usp.br

(2) FAU-USP, rosaria@usp.br

RESUMO

Os Centros de Atendimento Psicossociais - Álcool e Drogas (CAPS-AD) acolhem pessoas com sofrimento mental decorrente do uso de álcool e outras drogas. Por se tratar de um serviço da saúde mental, possuem particularidades no que se refere à sua organização espacial. No entanto, muitas unidades são instaladas em edificações existentes. Neste trabalho, foi realizada uma Avaliação Pós-Ocupação para avaliar a qualidade espacial de três edifícios em São Paulo adaptados para a implementação de CAPS AD III, sendo dois deles instaladas em antigas residências e o terceiro, em um edifício que servia como unidade de internação psiquiátrica. Aspectos de sua arquitetura e layout foram levantados e trabalhadores das unidades responderam questionários acerca de sua percepção da qualidade do ambiente. Os resultados indicam que as reformas realizadas falharam em responder algumas das necessidades de seus usuários, relacionadas ao conforto-físico espacial, à temperatura e qualidade do ar, ao nível de tranquilidade e à qualidade das relações sociais e organizacionais. De todas as unidades, aquela que foi instalada em um antigo hospital obteve a pior performance. Para que projetos futuros melhor se adequem às exigências organizacionais dos CAPS faz-se necessária a inserção dos funcionários no processo, a partir de projetos participativos.

Palavras-chave: *Ambientes de saúde, saúde mental, ambientes adaptados, APO*

ABSTRACT

Psychosocial Care Centers - Alcohol and Drugs (CAPS-AD) attend people with mental suffering related to the use of alcohol and other drugs. As a mental health service, it has particularities regarding their spatial organization. However, many units are installed in existing buildings. In this study, a Post-Occupancy Evaluation was carried out to evaluate the spatial quality of three buildings in São Paulo adapted for the implementation of CAPS AD III. Two of them were installed in residential buildings and the third in a building that used to serve as psychiatric inpatient unit. Aspects of the building´s architecture were surveyed, and unit workers answered questionnaires about their perception of the environment´s quality. The results indicate that the reforms failed to respond to some of the needs of its users, related to spatial physical comfort, temperature and air quality, tranquility and social and organizational relationships. The unit installed in a former hospital had the worst performance. For future projects to better fit the organizational requirements of CAPS, it is necessary to include employees in the process, through participatory projects.

Keywords: Healthcare environments, Mental Health, adapted environment, POE

[1] Goulart, Fernanda de Moraes; Ono, Rosaria. Adaptação de edifícios na atenção primária à saúde mental: Avaliação pós-ocupação em Caps AD III. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE QUALIDADE DO PROJETO, 7., 2021, Londrina. **Anais**... Londrina: PPU/UEL/UEM, 2021. p. 1-10. DOI https://doi.org/10.29327/sbqp2021.438015

1 INTRODUÇÃO

Pessoas que estão em profundo sofrimento decorrente do consumo de drogas lícitas e ilícitas encontram em Centros de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas (CAPS-AD) uma opção acolhedora de tratamento. Trata-se de um serviço de saúde de caráter aberto e comunitário que oferece assistência singularizada às pessoas com transtorno mental, com foco na autonomia, na liberdade e na integridade dos pacientes (BRASIL, 2011, 2012). Sua equipe multidisciplinar oferece serviços de saúde aos dependentes químicos e seus familiares, atendendo-os de maneira continuada, tanto em situações emergenciais quanto nos processos de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2013). Esses centros fazem parte da Política Nacional de Saúde Mental, que visa aumentar gradualmente o número de serviços de atenção à saúde mental no território (CAPS IJ, CAPS Adulto, Residências Terapêuticas, entre outros). As unidades CAPS são substitutivas aos asilos psiquiátricos e propõem o cuidado de pessoas com transtorno mental em liberdade, no qual a institucionalização é dispensada.

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

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

Este trabalho divulga parte dos resultados de uma Avaliação Pós Ocupação de três edificações em São Paulo que foram reformadas para acomodar unidades CAPS-AD III. Pretende-se verificar o quão adequadas estão as instalações existentes para o desempenho das atividades que compõem o tratamento da saúde mental. É parte de um projeto de doutorado desenvolvido pelas autoras na Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo com bolsa integral financiada pela FAPESP.

1.1 A arquitetura de CAPS AD III

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

1989; NOVOTNÁ; URBANOSKI; RUSH, 2011).

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

As diretrizes de funcionamento dos CAPS-AD III, explicitadas na Portaria 3.088/2011, Art. 2º do Ministério da Saúde, destacam atendimento singularizado de abordagem interdisciplinar. O programa inclui visitas semanais dos pacientes ao estabelecimento para o desempenho de atividades como atendimento psicoterápico, terapias em grupo, práticas corporais e atividades ocupacionais. Também se conta com o acolhimento noturno, com camas para pessoas em situação de vulnerabilidade que necessitem de observação, repouso e proteção, além de leitos hospitalares para pessoas em processo de desintoxicação. Há dois tipos de usuários em um CAPS AD III: beneficiários e trabalhadores. O primeiro diz respeito à pessoa que, ao engajar o consumo aditivo da droga, apresenta uma série comorbidades fisiológicas e psicológicas, sujeito a uma difícil condição socioeconômica, que se associa ao preconceito vindo de sua família e comunidade (NOGUEZ; MAYER, 2017). Já o perfil do trabalhador está marcado por rotinas ininterruptas com alternância de turnos por equipes, para garantir o cuidado integral e cobrir demandas imediatas dos pacientes. São profissionais submetidos à intensa sobrecarga emocional, cuja atuação é marcada pelo contato com o sofrimento do paciente, a tolerância e a resistência à frustração (MOURA, 2018).

Cada tipo de trabalhador requer condições ambientais específicas, a depender de seu papel na rede de cuidado. Psiquiatras precisam de salas confortáveis e acusticamente isoladas para o atendimento individualizado; terapeutas precisam de ambientes amplos para atividades em grupo; administradores precisam de salas reservadas, etc. Para os beneficiários, as oportunidades de cuidado promovidas no CAPS-AD III incluem o atendimento individual, familiar e em grupo, oficinas terapêuticas, atividades comunitárias, bem como a possibilidade de utilizar o espaço para descansar, dormir, realizar refeições e tomar banho. Para acomodar todas as atividades, as unidades devem contar com uma infraestrutura física robusta, com quatro quartos com banheiros anexos, três salas de atendimento individualizado, duas salas de atividades coletivas e um espaço fechado e um aberto para convivência (BRASIL, 2013). Para seu correto funcionamento, a unidade deve conter, ainda, um posto de enfermagem com sala de medicação e quarto de plantão, ambientes administrativos (sala de reunião e arquivo) e de serviços gerais (depósito do material de limpeza, rouparia e abrigo de lixo).

2 MÉTODO

Neste estudo foi implementado o conjunto de procedimentos e técnicas da Avaliação Pós-Ocupação, que averigua o desempenho de ambientes em uso, considerando o ponto de vista dos usuários e a bagagem técnica dos avaliadores (ORNSTEIN, 2016).

2.1 Objeto de estudo

Foram avaliadas três unidades CAPS AD III na cidade de São Paulo. Todas cumprem os requisitos mínimos de equipe de atendimento e de estrutura, especificados pela portaria nº 130 de 26 de janeiro de 2012 do Ministério da Saúde, e estão funcionando há pelo menos um

ano. Trata-se de edificações que foram construídas com um determinado fim e reformadas para servir de CAPS AD III. As unidades escolhidas se diferenciam nos seguintes aspectos:

- **Unidade A**: Está localizada em um território de densidade populacional de 179hab/ha[2] e a maior parte das residências horizontais de médio/baixo padrão[2]. A edificação foi originalmente projetada como local de hospedagem e amplamente reformada para servir de unidade de internação psiquiátrica, com capacidade de 80 leitos. Atualmente, a infraestrutura de 7000 m² foi revitalizada e transformada em um complexo de saúde com unidade básica, hotel social, CAPS IJ e CAPS AD III
- **Unidade B:** Localiza-se em uma região elevada, próxima a um parque municipal. A densidade populacional de seu território é de 165,13 hab./ha² e as habitações são majoritariamente residenciais de médio/baixo padrão. A edificação foi projetada como unidade residencial, e atuou como um orfanato antes de ser apropriado e reformado para atuar como CAPS AD III.
- **Unidade C:** A poucos metros de uma represa e cercada por uma reserva ambiental, esta unidade se localiza em um conjunto habitacional de médio/alto padrão inserida em um território com a densidade populacional de 78,99 hab/há² cujas residências são majoritariamente de baixo padrão[2]. A edificação foi construída como uma residência unifamiliar com 800 m², e antes de ser reformada para se tornar um CAPS AD III contava com uma edícula, jardins, piscina e churrasqueira.

2.2 Procedimentos

As unidades CAPS-AD III foram contatadas e a autorização da realização da pesquisa formalizada em uma reunião na qual foram explicados seus objetivos, métodos e procedimentos. A partir daí se iniciou a etapa de **avaliação dos ambientes**, que consistiu no levantamento dos ambientes e das atividades desempenhadas neles. Na etapa seguinte, a **avaliação da percepção dos usuários**, consistiu na distribuição de questionários em uma amostra representativa[3] de trabalhadores. As informações pertinentes à participação foram apresentadas em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. A participação foi voluntária, de acordo com o interesse e disponibilidade de todos.

2.3 Participantes

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

2.4 Instrumentos e Técnicas

A avaliação dos ambientes ocorreu por meio de walkthrough[4], na qual foi realizado o levantamento detalhado da arquitetura da unidade e layout de cada ambiente. Para acessar a percepção da equipe a respeito de seu ambiente de trabalho foi aplicada a

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

[3] Definida a partir do total de trabalhadores, com 95% de intervalo de confiança e 5% de margem de erro.

4 Este instrumento consiste no percurso detalhado pelos ambientes, seguindo um roteiro baseado em checklist sobre o desempenho do edifício. (ORNSTEIN, 2016).

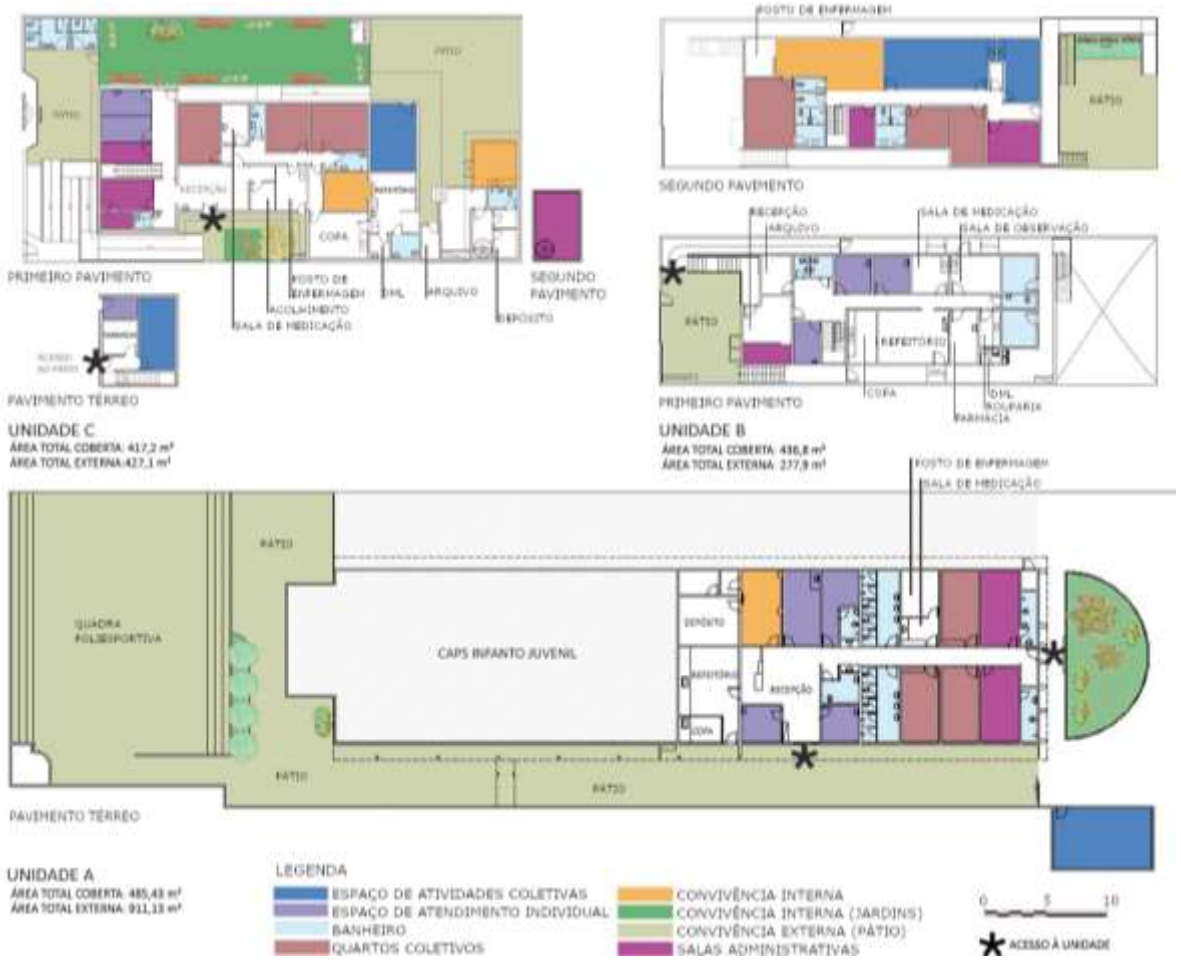
versão em português do questionário PHEQI[5] - Indicador da Percepção da Qualidade Ambiental em Hospitais (ANDRADE et al., 2012), que avalia aspectos físico-espaciais e sócio-funcionais nas unidades. Para este trabalho, foram analisadas as seguintes dimensões: (1) Conforto Físico-espacial, (2) Temperatura, (3) Orientação, (4) Vista e iluminação, (5) Tranquilidade, (6) Relações sociais e organizacionais, (7) Privacidade.

2.5 Análise de dados

Os dados do levantamento foram sintetizados em um relatório de diagnóstico que descrevia a situação de cada unidade. Os dados dos questionários foram computados em uma escala que varia de -2 (Totalmente Insatisfeito) a +2 (Totalmente Satisfeito) e então submetidos às análises de estatística descritiva e inferencial, comparando a média dos escores entre as unidades por meio de Testes-T.

3 RESULTADO

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



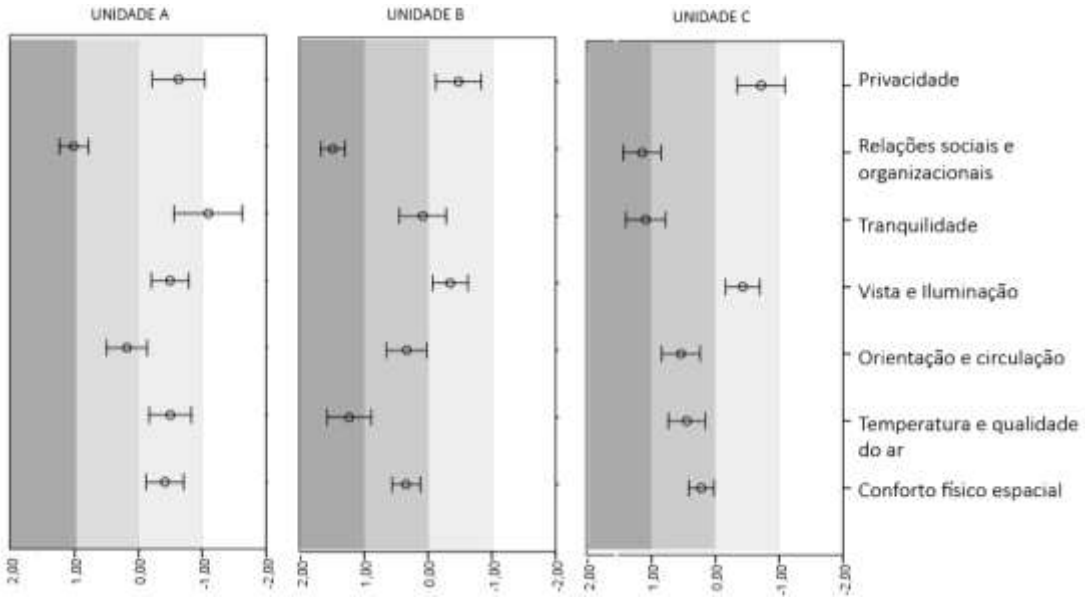
Fonte: Autoras

A Figura 1 mostra plantas dos três CAPS AD III estudados. A organização dos fluxos na unidade A é linear, com as salas desembocam em um corredor de 150cm de largura, os banheiros estão concentrados na área central. A unidade B possui dois pavimentos; no primeiro há a

[5] Do original em inglês: *Percieved Hospital Environment Quality Indicator*

recepção, as salas de atendimento e a farmácia. No segundo estão os espaços para o acolhimento integral, salas de atividades coletivas e reuniões. O fluxo de usuários passa por um corredor central com 110cm de largura. A unidade C possui uma recepção central que pode ser acessada de duas formas: Por uma rampa de pessoas em cadeira de rodas ou pela escada próxima à farmácia, ambas partindo do pavimento térreo. O fluxo de usuários não está organizado em torno de um corredor e alguns ambientes servem de passagem, como a copa/refeitório, sala de espera de pacientes e recepção. A área de acolhimento integral fica no centro da unidade e o corredor de acesso a ambas é estreito, com 85cm de largura.

Figura 2 – Média dos Índices da Escala PHEQI



Fonte: Autoras, elaborado com auxílio do programa *IBM SPSS Statistics, versão 21* - Nota: Barras de erro calculadas com 95% de intervalos de confiança.

Os resultados dos questionários estão ilustrados na Figura 2. Nela, é possível comparar o desempenho das três unidades em cada uma das oito dimensões investigadas. Escores inferiores a 0 indicam uma deficiência na performance. Para entender quais destas dimensões apresentam diferenças entre as unidades que são estatisticamente significativas, ou seja, não podem ser atribuídas ao acaso, foram realizados Testes-T (Tabela 1).

De acordo com essa análise, as unidades apresentaram performances semelhantes, com exceção de quatro dimensões. A Tabela 2 mostra os resultados das avaliações dos usuários para cada uma das perguntas que compõem as dimensões assinaladas. A seguir um resumo das diferenças encontradas:

- **Conforto Físico-espacial:** A unidade A reportou menores índices em comparação à unidade B e à unidade C.
- **Temperatura e qualidade do ar:** Todos os escores das unidades diferem entre si. A unidade B reportou maiores índices em comparação à unidade C. Já a unidade C reportou índices maiores em comparação à unidade A.
- **Tranquilidade:** Todos os escores das unidades diferem entre si. A unidade C reportou maiores índices em comparação à unidade B. Já a unidade B reportou índices maiores em comparação à unidade A.
- **Relações sociais e organizacionais.** A unidade B reportou maiores índices em relação à unidade A e à unidade C.

Tabela 1 – Resultados significativos dos Testes -T para comparação de médias

		Unidade B e A	Unidade B e C	Unidade C e A
Conforto Físico-espacial	*t-valor*	4.23	0.872	3.673
	p-valor	< 0,01*	0.386	< 0,01*
	CI	[0.399; 1.121]	[-0.0164; 0.419]	[-0.979; -0.286]
Temperatura e qualidade do ar	*t-valor*	7.413	3.543	4.443
	p-valor	< 0,01*	< 0,01*	< 0,01*
	CI	[1.268; 2.205]	[0.345; 1.233]	[-1.374; -0.52]
Tranquilidade	*t-valor*	3.729	-4.255	7.294
	p-valor	< 0,01*	< 0,01*	< 0,01*
	CI	[0.543; 1.816]	[-1.482; -0.536]	[-2.794; -1.583]
Relações sociais e organizacionais	*t*	3.35	2.001	0.723
	p-valor	< 0,01*	0,05*	0.473
	CI	[0.192; 0.764]	[0; 0,691]	[-0.497; 0.233]

Fonte: Autoras, elaborado com auxílio do programa *IBM SPSS Statistics, versão 21*. Legenda:
t-valor = A pontuação *t* indica a diferença entre dois grupos, quanto maior a diferença, maior o t-valor.
p-valor = Indica a probabilidade de que os resultados ocorram por acaso. Valores estatísticamente significativos foram marcados com um asterisco.
CI = Intervalo de Confiança, estima quais valores seriam encontrados se o teste fosse realizado em toda população.

Tabela 2 – Resultado do Questionário para as 4 dimensões mais relevantes.

	Concordo Em parte /totalmente			Discordo Em parte/ Totalmente		
	A	B	C	A	B	C
Conforto Físico e Espacial						
A mobília é de boa qualidade.	53,9%	75,0%	71,0%	42,3%	25,0%	26,3%
As paredes os pavimentos e tetos têm cores bonitas.	26,9%	52,8%	81,6%	61,5%	11,2%	18,5%
Os lugares sentados são pouco cômodos.	65,4%	50,0%	73,6%	26,9%	41,7%	23,7%
As paredes, pavimentos e tetos estão em más condições.	61,5%	13,9%	21,0%	38,4%	86,1%	65,8%
A mobília está em más condições.	53,8%	69,5%	68,4%	26,9%	22,2%	29,6%
Temperatura e Qualidade do Ar						
O nível de qualidade do ar é adequado.	34,6%	75%	65,5%	50%	19,5%	29%
O sistema de climatização do ar é eficiente.	0%	77,8%	13,1%	100%	16,7%	73,7%
O ar é irrespirável.	30,8%	11,1%	2,6%	65,4%	86,1%	92,1%
Tranquilidade						
Este local é barulhento.	65,3%	66,7%	31,6%	23,0%	19,4%	68,4%
Ouve-se frequentemente barulho do exterior.	88,4%	25,0%	15,8%	11,5%	75,0%	82,0%
Relações Sociais e Organizacionais						
Neste serviço as pessoas recebem um bom acolhimento por parte dos profissionais de saúde.	96,1%	97,3%	97,4%	0,0%	0,0%	2,6%
Em geral, o pessoal de enfermagem está pouco disponível do ponto de vista humano.	7,7%	5,6%	26,3%	84,6%	91,7%	71,0%
Este serviço é pouco organizado.	50,0%	8,3%	18,4%	34,6%	89,3%	81,6%
Neste serviço há regras demasiado rígidas que limitam.	19,2%	23,3%	31,6%	73,1%	77,7%	57,9%
Em geral o pessoal auxiliar está pouco disponível	11,5%	11,1%	23,7%	80,7%	86,1%	76,3%

Fonte: Questionário desenvolvido por (ANDRADE et al., 2012). Dados obtidos pelas autoras. Nota: Os escores "Não concordo, nem discordo" foram omitidos. Os piores indicadores estão indicados em vermelho, e os melhores em verde.

4 Discussão

Os resultados indicam que, das unidades avaliadas, aquela que menos se ajusta às necessidades do usuário é a unidade A, a única construída em um antigo hospital psiquiátrico. Apesar desta unidade apresentar uma área livre maior e uma organização de fluxos menos fragmentada, seu desempenho foi avaliado negativamente na maior parte das dimensões investigadas. Estes dados serão discutidos a seguir, à luz da literatura sobre estabelecimentos assistenciais da saúde mental e das características ambientais de cada unidade CAPS AD III.

4.1 – Organização do espaço

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

4.2 – Residências reformadas e o estilo residencial.

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

Neste estudo, as unidades que mais se assemelham a uma residência (B e C) obtiveram escores maiores na dimensão Conforto Físico-Espacial, que inclui a avaliação global da qualidade de mobiliários e revestimentos. Do ponto de vista estético, os funcionários eram mais favoráveis ao uso de revestimentos do estilo residencial. Por exemplo, na unidade A, onde predominam as paredes brancas, apenas 26,9% das pessoas entrevistadas afirmaram que as cores dos revestimentos eram bonitas. Na unidade C, por outro lado, 81,6% dos usuários concordaram com essa afirmação. Durante a reforma desta unidade, os gestores optaram por preservar os revestimentos decorativos instalados pelo antigo inquilino, como cerâmicas coloridas, revestimentos de parede texturizados em madeira e placa de PVC, pisos em madeira, em ardósia e granilite. A unidade também é a única que investiu em pinturas com cores claras em ambientes como o dormitório, sala de atividades coletivas e de medicação.

4.3– Conforto ambiental e acústico

Os espaços da saúde mental devem contar com qualidade acústica, para que consultas sejam conduzidas sem interrupções. Contudo, muitas das atividades em grupo

geram ruído, por exemplo oficinas de música e teatro. Como nenhuma das unidades estudadas recebeu tratamento acústico para isolar as salas de medicação e consulta, todas as equipes reportaram certo nível de incomodidade com o barulho da unidade, ainda que a unidade C tenha obtido melhores escores, por separar as salas de consulta dos espaços de convivência em dois pavimentos. Muitos funcionários da unidade A (88,4%) mencionaram o barulho de edifícios próximos como foco de ruído, destacando a importância da escolha de vizinhanças silenciosas para a implantação de CAPS. A diferença nos índices de satisfação com a temperatura e qualidade do ar se dá pelo fato de que as unidades B e C contaram com o investimento em aparelhos de ar-condicionado.

4.4– Espaços para a equipe de apoio e saúde.

No geral, questões pertinentes às relações sociais e organizacionais estão associadas à gestão da unidade, à comunicação entre a equipe e à administração de recursos. Contudo, a arquitetura pode tornar essas atividades mais desafiadoras. Neste estudo, a unidade B obteve melhores escores na dimensão "Relações Sociais", possivelmente por ser a única unidade com um posto de enfermagem aberto e uma sala de reuniões exclusiva e reservada.

O cotidiano de trabalhadores da saúde mental envolve tomadas de decisão sob pressão, situações inesperadas e a mediação de conflitos. Esses profissionais têm necessidade de um espaço de descanso restrito, onde possam descomprimir do stress cotidiano e fortalecer a relação entre a equipe (NOVOTNÁ; URBANOSKI; RUSH, 2011). A unidade A não conta com este tipo de espaço, pois a sala de reuniões é aberta, sujeita a interrupções, de maneira que sua equipe recorre à área externa do lote para espairecer fora do ambiente hospitalar. A ausência de espaços de convivência específicos para funcionários diminui suas chances de interação, o que pode impactar na dificuldade em organizar procedimentos e serviços.

Por outro lado, um posto de enfermagem fechado e de difícil acesso, como ocorre nas unidades A e C, diminui a interação entre a equipe de saúde e pacientes, o que pode resultar na percepção de que os enfermeiros estão menos disponíveis. Na unidade B, o posto de enfermagem está integrado à área de convivência por meio de uma cortina entre os ambientes. Já a unidade A possui uma enfermaria fechada em vidro, para que os enfermeiros estejam atentos aos gatilhos e comportamentos dos pacientes. Contudo, essa área envidraçada faz com que a equipe permaneça mais tempo em sua estação de trabalho, diminuindo as oportunidades de estreitamento de vínculos entre paciente e cuidador.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Brasil tem crescente demanda por mais espaços de cuidado à saúde mental. As unidades CAPS, em se tratando de um serviço de baixa densidade tecnológica, apresentam a vantagem de serem rapidamente instaladas em infraestruturas preexistes. Entretanto, este estudo mostra que essas apresentam uma série de demandas específicas que nem sempre são contempladas nos projetos de reforma e adequação. Para que arquitetos e gestores desenvolvam projetos que correspondam às exigências organizacionais dos CAPS é importante a inserção dos funcionários no processo, a partir de projetos participativos. Uma limitação deste trabalho foi a não-inclusão dos usuários finais: pacientes em regime integral. Novas pesquisas são necessárias para melhor investigar as percepções de usuários finais e inclusão destes e de funcionários no processo de projeto arquitetônico de CAPS.

AGRADECIMENTOS

À toda a equipe das unidades CAPS AD III, que nos recebeu com atenção, disponibilizando seu tempo para contribuir com a coleta de dados. À Secretaria Municipal da Saúde de São

Paulo, coparticipante do projeto, por facilitar o contato com os gestores das unidades. À FAPESP, pela bolsa de doutorado concedida à Fernanda Goulart.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, C.; LIMA, M. L.; FORNARA, F.; BONAIUTO, M. Users' views of hospital environmental quality: Validation of the Perceived Hospital Environment Quality Indicators (PHEQIs). **Journal of Environmental Psychology**, [s. l.], v. 32, n. 2, p. 97–111, 2012.

BENEDETTI, F.; COLOMBO, C.; BARBINI, B.; CAMPORI, E.; SMERALDI, E. Morning sunlight reduces length of hospitalization in bipolar depression. **Journal of Affective Disorders**, [s. l.], v. 62, n. 3, p. 221–223, 2001.

BRASIL. **HumanizaSUS:** política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Série B. Textos Básicos de Saúde. 2. ed. Brasília, DF.

BRASIL. PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011 . 2011.

BRASIL. PORTARIA Nº 130, DE 26 DE JANEIRO DE 2012 . 2012.

BRASIL. **Manual De Estrutura Física Dos Centros De Atenção Psicossocial E Unidades De Acolhimento**. Brasília, DF.

CHRISTENFELD, R.; WAGNER, J.; PASTVA, W. G.; ACRISH, W. P. How physical settings affect chronic mental patients. **Psychiatric Quarterly**, [s. l.], v. 60, n. 3, p. 253–264, 1989.

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

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

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

MOURA, J. B. A. **Impacto da ambiência e ambiente do Centro de Reabilitação no processo de restauração do transtorno por uso de substância química**. 2018. Goiânia, [s. l.], 2018.

NOGUEZ, C. M. R.; MAYER, R. T. da R. Álcool e Outras Drogas: Práticas Possíveis na Atenção Básica. In: TOROSSIAN, S. D.; TORRES, S.; KVELLER, D. B. (Eds.). **Descriminalização do cuidado:** políticas, cenários, experiências em redução de danos. Porto Alegre: Rede Multicêntrica, 2017. p. 199–226.

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

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

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

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

ULRICH, R. S.; BOGREN, L.; GARDINER, S. K.; LUNDIN, S. Psychiatric ward design can reduce aggressive behavior. **Journal of Environmental Psychology**, [s. l.], v. 57, n. January, p. 53–66, 2018.

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

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