



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

MAÍSA HODECKER

**ESTRESSE E RESTAURAÇÃO HOSPITALAR:
PREDITORES AMBIENTAIS NA PERSPECTIVA DE ACOMPANHANTES**

Orientadora: Prof^ª. Dra. Ariane Kuhnen.

FLORIANÓPOLIS, SC

2020

2020
MAÍSA HODECKER

**ESTRESSE E RESTAURAÇÃO HOSPITALAR:
PREDITORES AMBIENTAIS NA PERSPECTIVA DE ACOMPANHANTES**

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

Orientadora: Prof^{ta}. Dra. Ariane Kuhnen.

FLORIANÓPOLIS, SC
2020

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

Hodecker, Máisa
Estresse e Restauração Hospitalar:
preditores ambientais na perspectiva de
acompanhantes / Máisa Hodecker; orientador,
Ariane Kuhnen, 2020.
154 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de
Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências
Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia,
Florianópolis, 2020.

Inclui referências.

1. Psicologia. 2. Estresse. 3. Ambientes Restauradores.
4. Psicologia Ambiental. 5. Acompanhantes de
pacientes. I. Kuhnen, Ariane. II. Universidade
Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação
em Psicologia. III. Título.

Maísa Hodecker

**ESTRESSE E RESTAURAÇÃO HOSPITALAR: PREDITORES AMBIENTAIS NA
PERSPECTIVA DE ACOMPANHANTES**

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Profa. Ariane Kuhnen, Dra.

Universidade Federal de Santa Catarina (PPGP/UFSC)

Profa. Maíra Longhinotti Felipe, Dra.

Universidade Federal de Santa Catarina (Pós-ARQ/UFSC)

Profa. Fernanda Machado Lopes, Dra.

Universidade Federal de Santa Catarina (PPGP/UFSC)

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de mestre em Psicologia.

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Prof.(a) Ariane Kuhnen, Dr.(a)

Orientadora

Florianópolis, 2020.

“Aonde fica a saída?”, Perguntou Alice ao gato que ria.
”Depende”, respondeu o gato.
”De quê?”, replicou Alice;
”Depende para onde você quer ir...”
(Zanuck, Roth, Todd, Todd, & Burton, 2010).

Dedico este trabalho a todos(as) que buscam ir além da saída.

AGRADECIMENTOS

Pedi uma oportunidade de crescer, de aprimorar meus conhecimentos, de melhorar enquanto pessoa e profissional, de fazer novos amigos, de conhecer novos lugares, de ter novas perspectivas, e como tive meu pedido atendido, meu primeiro agradecimento é a Deus.

Na verdade, todos os demais agradecimentos também devo a Ele, pois acredito fielmente que ninguém cruza nosso caminho à toa.

Então agradeço pelos meus pais, Eliane e Erasmo, meus primeiros e eternos professores da vida, por nunca terem desistido de me dar uma boa educação e me ensinar os verdadeiros valores, e, principalmente buscar minha autonomia e independência com coragem.

Agradeço a Dra. Roberta Borghetti Alves por ter colocado fé em minhas ações acadêmicas ainda durante a graduação em Psicologia e me aconselhado, encorajado e motivado a me tornar Mestre.

À Dra. Ariane Kuhnen, por ter abraçado uma aluna que, mesmo sem conhecer, acreditou no meu potencial e me acolheu como sua orientanda. Além disso, agradeço pela inspiração que tens sido desde o dia que te conheci, como pessoa humana e transparente, sincera e determinada, assim como profissional, direta, objetiva, ética e acima de tudo, orientadora.

À Dra. Máira Longhinotti Felipe, pela parceira e por todos os ensinamentos que me concedeste assim que entrei, ainda ríspida e com receio de me abrir, que aos poucos foi me mostrando que a pesquisa pode ser conduzida com leveza, gentileza e cuidado. Agradeço também por ter me aberto as portas do hospital, me conduzido para novas pesquisas e trabalhos, me aberto novos horizontes.

À Dra. Patrícia Biasi Cavalcanti, fica minha gratidão por corrigir, revisar e analisar com cuidado cada detalhe deste estudo, sempre demonstrando o quão sábia e humilde é.

À Dra. Lucienne Martins Borges e Fernanda Machado Lopes por aceitarem compor minha banca de defesa e enriquecer esse trabalho de forma significativa com sua sabedoria e experiência.

Ao PPGP, agradeço pela experiência enriquecedora, transformadora e que tanto foi responsável pelo meu crescimento e desenvolvimento. Serei grata eternamente. Em especial, um abraço para Gileade e Silvana, que sempre se mostraram prestativos e me socorreram quando precisei.

Ao LAPAM, por me proporcionar fazer parte realmente de algo, de corpo e alma. Queridos e queridas, agradeço a todos que me ajudaram, que me acolheram, que me ouviram.

Todos vocês terão um lugar reservado em minha memória e em meu coração por terem sido tão significantes.

À CAPES, pelo financiamento da pesquisa. Acredito que sem este importante fato, não teria me dedicado com tanto fervor a pesquisa, ao laboratório e ao hospital. Muito obrigada.

Dedico um abraço bem especial para minha turma de mestrandos e doutorandos do PPGP, foi pouco tempo compartilhado, embora tenha rendido inúmeros momentos inesquecíveis guardados e boas recordações.

Um abraço apertado e talvez um até logo aos queridos, inspiradores e sábios professores: Lucienne, Fernanda, Carolina, Marina, Mauro, Maria Aparecida, Carmen, Carlos e Andreia.

Ao meu amor, Jonatan Büttencourte, acima de tudo por todo o apoio, compreensão, cuidado, paciência, auxílio, zelo e companheirismo prestados comigo durante todos os momentos dessa fase em minha vida, tornando tudo mais leve e agradável.

Por fim, deixo um abraço muito especial àqueles que foram meus amigos, em tempos bons e ruins, sempre me proporcionando conselhos, risadas e experiências inesquecíveis, em especial, a Tatiane Medianeira Baccin Ambros, Thais Aparecida Pereira de Andrade Martinhago e Daniele Stocker Zuqui.

RESUMO

Espera-se que instituições de saúde promovam a recuperação da saúde e bem-estar a seus pacientes. Essas instituições recebem e acomodam indivíduos com enfermidades, sofrimentos, limitações e dores. O ambiente hospitalar, visto sob essa perspectiva, acomoda a dualidade saúde-doença. Objetivou-se identificar características ambientais de um hospital infantil que favorecem sensações psicológicas de restauração do estresse aos acompanhantes. O estudo adota um delineamento qualitativo, do tipo exploratório-descritivo, partindo de um corte transversal. Para a coleta de dados, foi utilizada a abordagem multimétodos. Foi realizada a aplicação de vários métodos para estudar a relação pessoa-ambiente, tais quais: 1) questionário sociodemográfico para levantar dados de cada acompanhante; 2) técnica do *Wish Poem* para identificar expectativas de acompanhantes sobre como o hospital deveria ser ou o que deveria ter; 3) entrevista semiestruturada sobre preditores de restauração psicológica do estresse; 4) técnica *Walk-around-the-block*; e 5) registro fotográfico com o uso das técnicas Fotografando ambientes e Ambiente fotografado. A estratégia de saturação de dados foi empregada para delimitar o número de participantes da pesquisa. Para a análise dos dados, utilizou-se a Análise de Conteúdo Temático-Categorial, de Bardin, com o auxílio do *software* Atlas.ti, versão 8.0. Para sustentar teoricamente os resultados advindos da pesquisa, foram consultadas as teorias de restauração de Ulrich e Kaplan e Kaplan, respectivamente a Teoria da Restauração Psicofisiológica do Estresse e a Teoria da Restauração da Atenção, assim como se enfatizou as teorias de Ambientes Restauradores e *Evidence-Based Design*. Ao total foram contemplados nessa pesquisa 30 participantes. Desses, 27 participantes se auto definem como do gênero feminino, enquanto apenas três do gênero masculino. Dessas 27 mulheres, 25 eram mães e duas eram as avós dos pacientes. Os três participantes do sexo masculino exerciam a função paterna. Todos os participantes residiam em cidades pertencentes ao estado de Santa Catarina. Desses, 20 acompanhantes estavam instalados na Unidade B e 10 na Unidade D, ambas são unidades de pediatria que atendem, principalmente, casos clínicos pré e pós-cirúrgicos. A maioria dos participantes (21) possuía idade igual ou superior a 31 anos. Sobre a quantidade de filhos por acompanhantes, oito possuíam apenas um filho (o paciente); nove possuíam dois filhos; sete possuíam três filhos; e seis possuíam mais de três filhos. O tempo de internação foi uma variável importante para a pesquisa, pois indicou que quanto mais tempo na condição de acompanhante, maiores são as sensações de desconforto, estresse e julgamentos de valência negativa sobre o ambiente hospitalar. Nesse sentido, 20 acompanhantes estavam há menos de uma semana instalados no hospital, nove estavam entre duas semanas a um mês e apenas um acompanhante

estava entre dois a cinco meses no hospital de modo ininterrupto. Outro fenômeno observado indica que quanto maior o tempo de internação, maior o conhecimento do acompanhante sobre o hospital e sobre os ambientes disponíveis para sua utilização. Assim, apesar de aumentar significativamente o estresse, a durabilidade da internação permite um aprofundamento maior do acompanhante acerca do hospital. Nessa direção, os lugares favoritos classificados pelos acompanhantes foram: área de sol, capela, área externa do hospital, corredores e rampas situados entre as unidades, sala de espera da UTI e sala da psicóloga. Foram levantadas as características ambientais dos ambientes supracitados que os tornam ambientes restauradores do estresse, tais quais: abertura, organização, decoração, amplitude, iluminação e ventilação naturais e escassez de ruídos. Foi possível identificar que os ambientes favoritos dos acompanhantes são aqueles responsáveis por diminuir significativamente os sintomas psicológicos, físicos e fisiológicos decorrentes do estresse. A área de sol e a capela foram os ambientes mais destacados como favorecedores da restauração do estresse. Além disso, ambientes limpos e higienizados foram ressaltados por tranquilizar os acompanhantes no que remete à prevenção de contaminações e bactérias. Observou-se que ambientes complexos que despertam a atenção dos usuários são favoráveis ao bem-estar e à restauração do estresse. Foram ressaltados ambientes que favorecem a troca de experiências, suporte social e interações sociais. Observou-se que os lugares favoritos escolhidos pelos acompanhantes eram aqueles capazes de distrai-los da condição atual de permanecer em um hospital. Pode-se constatar que o ambiente não é o único que influi sobre o estresse dos acompanhantes, isto é, os sintomas provêm de um conjunto de variáveis situacionais, familiares, sociais e ambientais. Como indicações a novas pesquisas, sugerem-se estudos que investiguem a apropriação de lugar e as emoções de crianças em quartos de internação pediátricos, assim como pesquisas que investiguem como o ambiente laboral influi sobre o engajamento da equipe e o atendimento multiprofissional na área da saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Estresse, Ambientes Restauradores, Psicologia Ambiental, Acompanhantes de pacientes, Hospital Infantil.

ABSTRACT

Health institutions are expected to promote the recovery of health and well-being for their patients. These institutions receive and accommodate individuals with illness, suffering, limitations and pain. The hospital environment, seen from this perspective, accommodates the health-disease duality. The objective was to identify environmental characteristics of a children's hospital that favor psychological sensations for restoring stress to companions. The study adopts a qualitative, exploratory-descriptive design, starting from a cross-section. For data collection, the multi-method approach was used. Various methods were applied to study the person-environment relationship, such as: 1) sociodemographic questionnaire to collect data on each companion; 2) Wish Poem technique to identify companions' expectations about how the hospital should be or what it should be; 3) semi-structured interview about predictors of psychological restoration of stress; 4) Walk-around-the-block technique; and 5) photographic record using the techniques Photographing environments and photographed environment. The data saturation strategy was used to limit the number of research participants. For data analysis, Bardin's Thematic-Categorical Content Analysis was used, with the aid of Atlas.ti software, version 8.0. To theoretically support the results of the research, the theories of restoration by Ulrich and Kaplan and Kaplan were consulted, respectively the Theory of Psychophysiological Restoration of Stress and the Theory of Restoration of Attention, as well as emphasizing the theories of Restorative Environments and Evidence- Based Design. In total, 30 participants were included in this research. Of these, 27 participants define themselves as female, while only three are male. Of these 27 women, 25 were mothers and two were the patients' grandmothers. The three male participants exercised the paternal function. All participants lived in cities belonging to the state of Santa Catarina. Of these, 20 companions were installed in Unit B and 10 in Unit D, both are pediatric units that attend, mainly, pre- and post-surgical clinical cases. Most participants (21) were 31 years old or older. Regarding the number of children per companion, eight had only one child (the patient); nine had two children; seven had three children; and six had more than three children. The length of hospital stay was an important variable for the research, as it indicated that the longer the person accompanying, the greater the feelings of discomfort, stress and negative judgments about the hospital environment. In this sense, 20 companions had been in the hospital for less than a week, nine were between two weeks to a month and only one companion was between two to five months in the hospital uninterrupted. Another phenomenon observed indicates that the longer the hospital stay, the greater the companion's knowledge about the hospital and the

environments available for its use. Thus, despite significantly increasing stress, the durability of hospitalization allows the companion to go deeper into the hospital. In this direction, the favorite places classified by the companions were: sun area, chapel, external area of the hospital, corridors and ramps located between the units, ICU waiting room and psychologist's room. The environmental characteristics of the aforementioned environments were raised, which make them environments that restore stress, such as: openness, organization, decoration, amplitude, natural lighting and ventilation and scarcity of noise. It was possible to identify that the companions' favorite environments are those responsible for significantly reducing the psychological, physical and physiological symptoms resulting from stress. The sun area and the chapel were the most prominent environments that favored the restoration of stress. In addition, clean and hygienic environments were highlighted for reassuring the companions regarding the prevention of contamination and bacteria. It was observed that complex environments that attract users' attention are favorable to well-being and restoration of stress. Environments that favor the exchange of experiences, social support and social interactions were highlighted. It was observed that the favorite places chosen by the companions were those capable of distracting them from the current condition of staying in a hospital. It can be seen that the environment is not the only one that influences the stress of the companions, that is, the symptoms come from a set of situational, family, social and environmental variables. As indications for new research, studies that investigate the appropriation of place and emotions of children in pediatric inpatient rooms are suggested, as well as research that investigates how the work environment influences team engagement and multidisciplinary health care.

KEYWORDS: *Stress, Restorative Environments, Environmental Psychology, Patient companions, Children's Hospital.*

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Nuvem de palavras do <i>Wish Poem</i>	56
Figura 2. Gráfico de Classificação de Ambientes Restauradores.....	64
Figura 3. Ambiente fotografado: Área de sol.....	65
Figura 4. Fotografando ambientes: Capela.....	67
Figura 5. Fotografando ambientes: Área externa.	68
Figura 6. Ambiente fotografado: Corredores e rampas.....	69
Figura 7. Ambiente fotografado: Sala de espera da UTI.....	71
Figura 8. Ambiente fotografado: Sala da Psicóloga.....	73
Figura 9. Gráfico de Classificação de Ambientes Estressores.	74
Figura 10. Ambiente fotografado: Banheiro.	75
Figura 11. Ambiente Fotografado: Emergência.....	77
Figura 12. Ambiente fotografado: Ambulatório.....	79
Figura 13. Ambiente fotografado: Unidade D.....	81
Figura 14. Nuvem de palavras sobre as características ambientais que favorecem o bem-estar.	82
Figura 15. Nuvem de palavras associadas a características ambientais estressoras.....	85
Figura 16. Nuvem de palavras de elementos temáticos sobre as percepções dos quartos de internação.....	88
Figura 17. Elementos temáticos sobre a percepção ambiental das unidades de internação.	90
Figura 18. Elementos temáticos sobre as percepções do hospital infantil.	92

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Categorização da revisão de literatura	14
Tabela 2. Autores e respectivos argumentos sobre a restauração em ambientes naturais	22
Tabela 3. Caracterização dos participantes	43
Tabela 4. Sequência de instrumentos e técnicas utilizados	45
Tabela 5. Organização da análise de conteúdo do <i>Wish Poem</i>	56

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
2 OBJETIVOS	5
2.1 Objetivo Geral	5
2.2 Objetivos Específicos	5
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	6
3.1 Retrospectiva histórica da Psicologia Ambiental	6
3.2 Teorias de Ambientes Restauradores	9
3.2.1 <i>Ambientes restauradores naturais</i>	20
3.2.2 <i>Ambientes restauradores urbanos</i>	23
3.2.3 <i>Ambientes restauradores naturais versus construídos e urbanos</i>	24
3.2.4 <i>Ambientes reais versus ambientes simulados</i>	28
3.2.5 <i>Ambientes restauradores: naturais, urbanos e construídos</i>	30
3.2.6 <i>Preferências ambientais e restauração</i>	31
3.2.7 <i>Efeitos psicofisiológicos pelo uso de ambientes restauradores à saúde</i>	34
3.3 Ambientes hospitalares: arquitetura e relações pessoa-ambiente	36
3.4 <i>Evidence Design Based</i> (Design Baseado em Evidências)	40
4 MÉTODO	41
4.1 Caracterização da Pesquisa	41
4.2 Caracterização do Campo de Pesquisa	41
4.3 Participantes	42
4.4 Critérios de Inclusão e Exclusão	44
4.5 Instrumentos e técnicas	45
4.5.1 <i>Questionário sociodemográfico</i>	46
4.5.2 <i>Wish Poem (Poema dos Desejos)</i>	46
4.5.3 <i>Entrevista semiestruturada sobre preditores de estresse e restauração associada a técnica walk-around-the-block</i>	47
4.5.4 <i>Ambiente fotografado e Fotografando ambientes</i>	48
4.6 Procedimentos para a Coleta de Dados	48
4.7 Procedimentos Éticos	50
4.8 Análise dos Dados	52
5 RESULTADOS	53
5.1 Perfil dos participantes	53
5.2 <i>Wish Poem – Poema dos Desejos</i>	55
5.3 Entrevista Semiestruturada	63

5.3.1 Categoria 1: Atributos físicos e significados de lugares que proporcionam restauração	63
5.3.2 Categoria 2: Atributos físicos e significados de lugares que proporcionam estresse	73
5.3.3 Categoria 3: Características ambientais dos quartos de internação que proporcionam bem-estar e conforto	81
5.3.4 Categoria 4: Características ambientais dos quartos de internação que proporcionam estresse	84
5.3.5 Categoria 5: Percepções ambientais	87
5.3.5.1 Percepções ambientais sobre os quartos de internação pediátricos	87
5.3.5.2 Percepções ambientais sobre as unidades de internação	90
5.3.5.3 Percepções ambientais sobre o hospital pediátrico	91
6 DISCUSSÃO	94
6.1 <i>Wish Poem</i> (Poema dos Desejos)	94
6.2 Entrevista Semiestruturada	100
6.2.1 Categoria 1: Atributos físicos e significados de lugares que proporcionam restauração	100
6.2.2 Categoria 2: Atributos físicos e significados de lugares que proporcionam estresse	105
6.2.3 Categoria 3: Características ambientais dos quartos de internação que proporcionam bem-estar e conforto	107
6.2.4 Categoria 4: Características ambientais dos quartos de internação que proporcionam estresse	108
6.2.5 Categoria 5: Percepções ambientais	109
6.2.5.1 Percepções ambientais sobre os quartos de internação pediátricos	109
6.2.5.2 Percepções ambientais sobre as unidades de internação	111
6.2.5.3 Percepções ambientais sobre o hospital pediátrico	113
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	115
8 REFERÊNCIAS	121
9 APÊNDICES	131
9.1 Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	131
9.2 Apêndice B – Questionário Sociodemográfico	134
9.3 Apêndice C – Instrumento de Coleta de dados: Poema dos Desejos (<i>Wish Poem</i>)	137
9.4 Apêndice D - Entrevista semiestruturada	138
10 ANEXOS	140
10.1 Anexo 1 - Concordância do serviço onde a pesquisa foi realizada	140

1 INTRODUÇÃO

A pior coisa do que morrer de câncer é ter um filho morrendo de câncer (Godfrey, Bowen, & Boone, 2014).

O processo de hospitalização demanda o emprego constante das habilidades sociais de indivíduos para se adaptarem à nova realidade. Essa realidade engloba o adoecimento, a hospitalização, o novo ambiente e uma rotina distinta, que, por sua vez, podem gerar sintomas de estresse. No caso dos acompanhantes, como por exemplo pais de crianças hospitalizadas, permeia-se o vislumbrar de um(a) filho(a) em condições de adoecimento, percepção de falta de controle, somado à impossibilidade de realizar atividades rotineiras de autocuidado da forma habitual. Diante disso, o foco de atenção dos hospitais está naquele indivíduo que possui alguma enfermidade de ordem orgânica, de caráter de urgência ou emergência. Geralmente o que se observa é que os acompanhantes são considerados coadjuvantes no processo de hospitalização, isto é, permanecem em segundo plano quando o assunto é conforto no hospital (Hartig & Staats, 2003).

Ao destacar o papel do acompanhante no processo de hospitalização do paciente, principalmente o pediátrico, faz-se necessário retomar transformações históricas que atravessam a temática de acompanhantes no ambiente hospitalar. 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 oferecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Diante desse novo movimento na saúde, os acompanhantes de pacientes hospitalizados passaram a ser reconhecidos como facilitadores na recuperação da saúde dos pacientes e catalisadores no processo de reabilitação (Neves et al., 2018).

Hipotetiza-se que 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 mais nocivos à saúde, passa a proporcionar condições que adoecem até mesmo os acompanhantes em pleno gozo da saúde. Explica-se tal argumento já que o acompanhante, em geral um familiar próximo do paciente (pai, mãe, avós, etc.), introduz-se no hospital encarregado da função de fornecer suporte, além de manter os vínculos afetivos após a recuperação da saúde do paciente (Santos, Oliveira, Barbosa, Siqueira, & Peixoto, 2013). Neves et al. (2018) e Santos et al. (2013) concordam que o acompanhante viabiliza a redução

de sintomas psicológicos, promove o cuidado, suporte emocional e confiança, facilita a adesão ao tratamento e, conseqüentemente, contribui para o fazer técnico dos profissionais dentro das instituições de saúde.

Percebe-se que no âmbito hospitalar são várias as problemáticas envolvidas que podem acarretar prejuízos aos acompanhantes. Os prejuízos físicos e psicológicos estão associados ao estresse, originado das diversas mudanças no estilo de vida da família e na necessária adaptação que isso exige de seus membros. Tendo isso em vista, o hospital, ao adotar transformações internas ambientais que propiciem bem-estar aos acompanhantes, está simultaneamente proporcionando uma estadia qualificada ao paciente (Vieira, Alvarez, & Girondi, 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 ambientes hospitalares. A referida autora destaca que ambientes hospitalares com presença de elementos naturais e acesso visual da natureza por meio de janelas são relacionados pelos usuários como características ambientais que promovem sensações de bem-estar. Ressalta ainda que os fatores funcionais dos ambientes hospitalares devem ser considerados, como efeitos da luminosidade, temperatura e tom das cores de cada ambiente de acordo com a percepção dos usuários.

Projetar ambientes hospitalares requer atenção ao público que será atendido e dos demais que o utilizam. No caso de hospitais pediátricos, seu *design*, cores, decoração e objetos são refletidos para atender as necessidades de seu público, nesse caso, crianças e adolescentes. Embora adultos se façam presentes nesses ambientes, sejam profissionais ou acompanhantes, o hospital infantil possui características para propiciar humanização ao seu público-alvo. Pensando nos acompanhantes, espera-se que os hospitais possuam uma estrutura congruente com suas necessidades, com móveis para acolher e proporcionar estadia confortável. Embora seja este o esperado, a realidade vivenciada na prática por vezes é discordante (Correa, 2006).

Buscando modificar essa realidade, Clemesha (2003) considera que no âmbito da arquitetura hospitalar os profissionais estão atentando para diferentes subsídios teóricos, entre eles a Psicologia Ambiental, para 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 embate na recuperação da saúde do paciente e em demais indivíduos presentes nestes espaços, sendo o ambiente físico um dos componentes que mais contribui para o surgimento dos sintomas. Ulrich (1984) corrobora tal afirmativa, sustentando que o estresse gerado por meio do ambiente físico hospitalar 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.

Realizando uma busca na literatura por meio do portal de periódicos CAPES, SciELO, Pepsic e BVS-Psi, uma das teorias utilizadas na Arquitetura para humanizar ambientes hospitalares é o *Evidence Based Design* (EBD), traduzido para o português como Design Baseado em Evidências (DBE) (Ballard & Rybkowski, 2007; Hamed, El-Bassiouny, & Ternès, 2017). O EBD aborda fatores que contribuem para a recuperação da saúde dos pacientes, como qualidade da luz, sons, cor das paredes e objetos, suporte social, distrações, texturas do ambiente e conforto higrotérmico (ausência de desconforto térmico).

Destaca-se que esta pesquisa possui vínculo com um projeto do Laboratório de Psicologia Ambiental (LAPAM/UFSC) intitulado ‘Ambiente físico e significado ambiental no processo de restauração afetiva do estresse em quartos de internação pediátricos’. A presente pesquisa foi desenvolvida no mesmo local, porém direcionada a outro público. Na pesquisa anterior, os pacientes são abordados em seus leitos e são expostas fotografias de quartos de internação pediátricos de modo a capturar atributos visuais e seus sentimentos, cognições e afetos de valência positiva e negativa vinculados as fotografias, buscando reconhecer elementos que contribuem para o estresse e restauração na visão de pacientes pediátricos. A partir dessa perspectiva, no presente estudo foram redirecionados os mesmos fenômenos - estresse e restauração -, todavia com vistas aos acompanhantes, de forma a problematizar e refletir acerca da qualidade dos ambientes hospitalares que está sendo disposta a estes indivíduos. Por meio deste contato prévio da pesquisadora com o campo, foi possível levantar a necessidade de atender as expectativas dos acompanhantes no que tange ao bem-estar e qualidade dos elementos físicos do ambiente hospital em prol da permanência destes indivíduos no hospital. Chegou-se a tal argumento diante das queixas constantes de acompanhantes em relação a aspectos físicos do hospital durante o processo de coleta de dados, assim como a observação do cotidiano desgastante e concentrado no cuidado do paciente em que esses indivíduos se encontram.

Problematizar esse contexto, levando em consideração que não apenas o paciente está mobilizado e em sofrimento, traz consigo a importância desse estudo. A importância social dessa pesquisa apoia-se no pressuposto de que os acompanhantes são indispensáveis, principalmente no caso de crianças, para que o indivíduo hospitalizado se sinta mais confiante e seguro mesmo submetido a tratamentos médicos (Neves et al., 2018). Já no que tange à importância científica, Hartig, Evans, Jamner, Davis e Gärling (2003) alertam que pesquisas na área buscam explicar os fatores estressantes, mas não necessariamente os fatores de restauração. Justamente nesse quesito que se encontra o diferencial desta pesquisa: buscou-se não somente investigar os elementos físicos do hospital que causam sensações e sintomas de estresse, como

aqueles que possuem a capacidade de promover cognições e sensações de valência positiva e minimizar o estresse decorrente.

De acordo com Harris, McBride, Ross e Curtis (2002), embora exista o reconhecimento da necessidade em modificar a imagem meramente institucional dos hospitais, transformando-os em ambientes acolhedores e atentos às exigências dos pacientes, faltam estudos empíricos que se debrucem sobre atributos físicos e sua relação com os significados que desempenham sobre a restauração do estresse. Velarde, Fry e Tveit (2007) complementam que a maior parte dos estudos sobre ambientes restauradores são desenvolvidos sobre ambientes naturais e menos em construídos, que abordam apenas categorias gerais de paisagens e fornecem informações superficiais sobre elementos específicos do lugar que exercem influência sobre a saúde de usuários.

Como mencionado, os fenômenos psicológicos centrais abordados nessa pesquisa referem-se ao Estresse, Restauração Psicológica do Estresse e Ambientes Restauradores, estudados pela Psicologia Ambiental. O estresse é entendido como resposta ou conjunto de respostas e reações do organismo decorrentes da eminente adaptação a um novo ambiente, contexto ou realidade que ameaça seu bem-estar (Kaplan, 1995; Ulrich, Simons, Losito, Fiorito, Miles & Zelson, 1991). O segundo fenômeno tratado é a redução psicológica do estresse ou também conhecida como recuperação psicofisiológica ao estresse (*psychophysiological stress recovery*), cuja teoria foi desenvolvida por Ulrich (1983) a partir da chamada Teoria dos Ambientes Restauradores. Restauração refere-se ao processo de recuperação de recursos psicológicos, fisiológicos e sociais investidos nas exigências da vida cotidiana (Ulrich, 1983). O conceito de Ambientes Restauradores está associado, segundo Ulrich (1983), com a redução de fadiga mental e estresse diante de características ambientais que proporcionam bem-estar aos usuários. Berg e Custers (2011) corroboram ao analisar que o ambiente hospitalar requer inúmeras exigências constantemente e, como decorrência, tende a causar uma carga de estresse relativamente alta.

Logo, as questões advindas da pesquisa serão aliançadas na Psicologia Ambiental, mais especificamente nos conceitos de estresse e restauração psicológica do estresse, juntamente com a Arquitetura Hospitalar, em especial o Design Baseado em Evidências (EBD). Dessa forma, a pesquisa partiu de uma abordagem ampla teórica e multimetodológica para identificar características ambientais que favorecem sensações psicológicas de restauração do estresse aos acompanhantes de pacientes pediátricos. Assim, o proposto nesse estudo será responder a seguinte pergunta de pesquisa: “*quais características ambientais favorecem a restauração psicológica do estresse em um hospital infantil de acordo com acompanhantes?*”.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Identificar características ambientais de um hospital infantil que favorecem sensações psicológicas de restauração do estresse aos acompanhantes.

2.2 Objetivos Específicos

- 1) Descrever o significado atribuído às características físicas do ambiente que suscitam sensações de estresse em acompanhantes;
- 2) Identificar elementos físicos associados à restauração psicológica do estresse para acompanhantes;
- 3) Analisar a relação entre o discurso dos acompanhantes sobre os elementos físicos do hospital infantil e os efeitos psicológicos resultantes dessa interação.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Retrospectiva histórica da Psicologia Ambiental

A Psicologia Ambiental (PA) emerge como área da psicologia responsável por resolver problemas oriundos da interação ambiente-pessoa. Pol (1993) descreve em seu livro “Psicologia Ambiental na Europa: da Psicologia Arquitetural à Psicologia Ambiental Verde” (*Environmental Psychology in Europe: from Architectural Psychology to Green Psychology*) uma retrospectiva histórica da PA, desde meados de 1960 na Europa, até a década de 90. Nos fins dos anos 50 e início dos anos 60, arquitetos que usualmente trabalhavam para seus clientes privados, foram incumbidos da tarefa de planejar um grande número de habitações à população desabrigada no período pós-guerra. Os arquitetos tinham que planejar uma quantidade significativa moradias, responder às expectativas estéticas, além de lidar com uma diversidade de perfis de usuários e atentar ao contexto sociocultural de cada um (Tassara & Rabinovich, 2003).

Ao executar programas habitacionais em larga escala com a particularidade de residir indivíduos que foram mutilados, fragilizados e traumatizados pela guerra, os arquitetos uniram-se a cientistas do comportamento, e ocorreu a consciência que o ambiente construído deveria ir além de princípios de construção e estética, mas acoplar as necessidades psicológicas e comportamentais dos seus futuros ocupantes. Havia uma nova demanda que deveria ser considerada para além dos princípios básicos da arquitetura do ambiente. Assim, ocorre o surgimento da Psicologia Arquitetural. Destaca-se que alguns construtos foram essenciais à compreensão e ação da criação dessa disciplina: Privacidade, Territorialidade e Apropriação (Rivlin, 2003).

Após isso, houve a expansão da Psicologia Arquitetural a partir de conflitos não somente de campo-cidade, mas entre terceiro e primeiro mundos, países ricos e pobres, com diferenças políticas e sociais explícitas (Pol, 1993). Aproximadamente em 1990, a Psicologia Arquitetural passa a ser reconhecida como Psicologia Verde, ou também chamada de Psicologia Ambiental Verde. Em setembro de 1995, o *Journal of Environmental Psychology* publica uma edição especial de sua revista dedicado a estudos que contemplassem a Psicologia Verde. Nesse sentido, a revista contemplou artigos com temáticas relacionadas ao manejo de recursos naturais renováveis e não-renováveis, conservação de energia, comportamento ecologicamente responsável e sustentabilidade. Tanto a Psicologia Arquitetural quanto a Psicologia Verde são tendências atuais no âmbito da PA (Moser, 1998).

O primeiro autor a defender que os psicólogos deveriam estudar a representatividade do *design* devido aos estímulos ambientais que são transmitidos foi Brunswik em 1943. Outro influente pesquisador à PA foi Kurt Lewin, ao introduzir a perspectiva de considerar a dimensão ambiental na Psicologia. Lewin contribuiu principalmente com a criação da Teoria de Campo, considerando o ambiente físico nas pesquisas, e a pesquisa-ação, demonstrando a importância da pesquisa científica associada às mudanças sociais concretas. A partir da década de 70, a PA se firma como disciplina científica, englobando em sua proposta o contexto das relações entre pessoa-ambiente, ambientes físicos e problemas ambientais, na busca de atuações pautadas na resolução de problemáticas e produção de conhecimento científico para a ampliação desse saber (Pol, 1993; Valera, 1996).

A partir do século XX, a PA passa por dois movimentos que por ora privilegia o estudo dos efeitos ambientais sobre como o comportamento afeta o ambiente, ora como o ambiente afeta o comportamento humano. A forte concentração urbana e a reconstrução das cidades atingidas pela guerra criaram o cenário ideal para o surgimento de uma PA. Segundo Valera (1996), esta fase, também conhecida como Psicologia Arquitetural, teve uma forte tendência molecular, fortemente centrados nas experiências individuais (Corral-Verdugo, 2005; Felipe, 2012; Valera, 1996).

A partir da metade da década de 1980, junto com o desenvolvimento urbano acirrado houveram novas mudanças de enfoque na PA: interesse maior em investigar questões relacionadas à conservação dos recursos naturais, à preservação do meio ambiente e à promoção do desenvolvimento sustentável (Felipe, 2012; Valera, 1996). Foi o segundo movimento da PA, também chamado de Psicologia Ambiental Verde, notadamente preocupado em compreender as razões pelas quais o comportamento humano afeta o ambiente. Essa fase da PA tem se estendido até a atual, na qual utiliza-se a tendência molar, de forma a estudar as relações entre homem e ambiente com base nos fenômenos de grupo (Felipe, 2012; Kuhnen, Felipe, Luft, & Faria, 2010).

Bonnes e Bonaiuto (2002) indicam que quando a presença do ambiente físico construído nos estudos de PA foi predominante, houve a tendência de se considerar o comportamento humano resultado de estímulos ambientais. Nota-se a condição de passividade do indivíduo no contexto de sua relação com o meio. Por outro lado, quando as temáticas envolvendo o ambiente natural ganharam ênfase nos anos 1980, o comportamento, que antes era tratado essencialmente como efeito, passou a ser considerado também causa das mudanças ambientais em curso. Atribuiu-se ao indivíduo não somente a condição de vítima, mas a de agente causador de

transformações. A mudança parece ter sido indispensável ao amadurecimento da própria definição de objeto da PA, haja vista o esforço em se evidenciar a natureza bidirecional da relação pessoa-ambiente (Felippe, 2012; Valera, 1996).

Percebe-se que houveram mudanças significativas de perspectivas teóricas distintas que traduzem esse movimento da PA. Essa mudança representa a passagem de um modelo tipicamente interacionista para um sistêmico, transacionalista (Felippe, 2012; Moser, 1998). Como explica Valera (1996), o interacionismo na PA considera que ambiente e pessoa estão em uma relação de causa e efeito, sendo o comportamento humano mediado por características do contexto ambiental. Já para o transacionalismo, a pessoa e o ambiente interagem dinamicamente, isto é, ambos se influenciam mutuamente. Desta forma, a PA passou de uma antropologia tradicionalmente reativa (reação a estímulos) a uma antropologia de tendência ativa e, acima de tudo, transacional (Felippe, 2012; Rivlin, 2003).

Tendo em vista que, em termos genéricos, a ontologia se refere ao estudo do ser em suas múltiplas existências; a antropologia é considerada o estudo do homem e seu comportamento social; e, a epistemologia é compreendida como o estudo do conhecimento científico, pode-se utilizar de tais ciências filosóficas para explicar conceitos circundantes a Psicologia Ambiental para melhor explicá-la. De acordo com os resultados, no final de 1950 até metade dos anos 80, a ontologia da PA era materialista, pois compreendia que existia uma realidade independente de nossa mente. A antropologia era dualista e reagente, já que compreendia que o homem é constituinte de corpo e mente, e que processos mentais são responsáveis por mediar os comportamentos humanos. Os estudos eram predominantemente acerca da reação comportamental à estímulos ambientais. A epistemologia era realista, já que a realidade é a responsável pela produção do conhecimento. O pesquisador distanciava-se do fenômeno pesquisado, utilizando métodos predominantemente observacionais e experimentais e técnicas de levantamento de vestígios ambientais (centrado no ambiente) e mapeamento comportamental (centrado na pessoa) (Campos-de-Carvalho, 2003; Corral-Verdugo, 2005; Felippe, 2012; Gunther, 2003).

Partindo de uma tendência mais contemporânea, que abrange o período atual desde metade dos anos 80, a ontologia permanece materialista. Porém, considera-se que a realidade objetiva existe, mas é modelada pelas representações que os sujeitos dela constroem: é ao ambiental real e ao percebido que respondemos. A antropologia atual passa a ser transacionalista e agente, devido a consciência de homem ativo enquanto causador, vítima e agente de transformação da realidade. Outra mudança corresponde a epistemologia, que

atualmente consiste em interacionista construtivista, pois o conhecimento é parcialmente definido por certas qualidades do observador. Por fim, amplia-se a diversidade de métodos empregados nas pesquisas em PA, passando a contemplar uma perspectiva multimétodos. Nesse sentido, predominam pesquisas com o emprego de observação direta e/ou indireta em contextos reais, experimental, observacional e levantamento de dados. Para isso, utiliza-se também uma diversidade de técnicas, como por exemplo: questionários, entrevistas, mapeamentos comportamentais, cognitivos e/ou afetivos, análise de vestígios, autobiografias, ambiente fotografado ou fotografando ambientes, *walk around the block* (caminhada pelo local), e construção de maquetes (Elali, 1997; Felipe & Kuhnen, 2012; Kruse, 2005; Pinheiro, 1997).

Nos estudos realizados por Moser (1998), Pinheiro (1997), Rivlin (2003) e Valera (1996), apresentou-se uma tendência a abordagens interacionistas e transacionalistas, mas não há um consenso entre os autores. Como supracitado, há estudos que abordam um fenômeno em detrimento de outros, como aqueles que focalizam no modo como a pessoa utiliza o ambiente, assim como as reações psicológicas e físicas que o ambiente causa na pessoa. Ressalta-se que, para compreender a relação complexa entre pessoa-ambiente, é necessário que o pesquisador adote uma abordagem transacionalista, para conhecer como se permeia essa inter-relação a partir de uma perspectiva holística, de sistema.

Acrescenta-se que, outro aspecto apresentado com nitidez diz respeito à multidisciplinaridade em PA, principalmente devido ao cruzamento de profissões, desde aquelas que possuem como especialidade o ambiente físico (Arquitetura, Urbanismo, Paisagismo, Geografia) àquelas que focalizam aspectos psicológicos (Psicologia), sociais (Sociologia, Antropologia) e aspectos biológicos e orgânicos (Biologia, Medicina) (Pinheiro & Gunther, 2008). Embora seja um trabalho enriquecedor a união de disciplinas e profissões para estudar processos psicológicos e físicos decorrentes dessa diáde, há incumbido nessa ação multidisciplinar diversas dificuldades que permeiam o trabalho em equipe. Dessa forma, os pesquisadores necessitam inteirar-se para unir conhecimento, sem focalizar um ou outro fenômeno conforme sua especialidade (pessoa ou ambiente), mas acrescentar conhecimento ao estudo de forma funcional e interdisciplinar efetivamente (Pinheiro, 1997).

3.2 Teorias de Ambientes Restauradores

Teorias sobre Ambientes Restauradores foram propostas por Ulrich (1983), e por Kaplan e Kaplan (1989). Para estes autores, os ambientes, sejam construídos, urbanos ou naturais, possuem a capacidade de restaurar a atenção fatigada e os recursos afetados pelo estresse cotidiano. Contudo, nesta pesquisa o fenômeno do estresse será investigado no hospital, paralelamente à capacidade do ambiente em restaurar a nível psicológico esse estresse. Dessa forma, hipotetiza-se que o ambiente físico hospitalar possa transmitir ao acompanhante cognições e afetos de valência positiva, que lhe suscitem a percepção de restauração do estresse acometido. De acordo com Kort et al. (2006), ambientes restauradores são capazes de auxiliar no processo de restauração de recursos desgastados, como a atenção ou reduzir os estresses emocionais e psicossomáticos.

Entretanto, Gressler e Günther (2013) afirmam que ambas as teorias supracitadas podem ser complementares, pois possuem dois vieses que se diferenciam. Ulrich (1983) dá ênfase nos efeitos emocionais e fisiológicos, enquanto Kaplan e Kaplan (1989) enfatizam os processos de atenção ligados aos ambientes físicos e sua capacidade restauradora. Nesse sentido, Ulrich et al. (1991) desenvolve sua teoria assumindo a premissa de que quando o indivíduo tem seu bem-estar desafiado ou ameaçado por uma condição antecedente, a resposta sucessiva é o estresse psicofisiológico, caracterizado como a resposta emocional, psicológica e comportamental do organismo perante a condição *a priori*. Outra questão que diferencia as teorias entre si diz respeito à duração do processo de restauração e seus efeitos. A teoria de Ulrich (1983) preconiza o momento presente em que o indivíduo se encontra em ambientes esteticamente prazerosos. Porém, segundo Gressler e Günther (2013), essa teoria tem discutido moderadamente sobre efeitos a longo prazo, embora sejam possíveis. Todavia, a teoria da restauração da atenção permite longa duração do processo de restauração, em que o indivíduo progride em estágios ou níveis. Para Kaplan e Kaplan (1989), quanto maior o tempo exposto à experiência restauradora, maiores os níveis de restauração da atenção. A similaridade entre as teorias, de acordo com Hartig et al. (2003), é que ambas ressaltam as funções restauradoras dos ambientes naturais.

De acordo com a teoria de Ulrich (1983), é essencial ao bem-estar envolver-se por ambientes visualmente prazerosos e, por consequência, que estimulem emoções de valência positiva. Ambientes restauradores são responsáveis por minimizar a excitação fisiológica e efeitos, tanto psicológicos quanto fisiológicos, desencadeados pelo estresse. Além disso, Ulrich (1983; 1984) destaca que os efeitos prazerosos de restauração desses ambientes são consequência de sua capacidade de manter o estado de atenção não vigilante, supondo que graças ao visual agradável para os usuários, há menos gasto da capacidade de atenção.

Justo sobre a atenção, Kaplan e Kaplan (1989; Kaplan, 1995) se debruçaram ao tentar explicar os benefícios de ambientes restauradores. Conforme esses autores, indivíduos experimentam sintomas de fadiga mental da atenção devido ao constante emprego dessa habilidade para lidar com estresse e vida cotidianos. Os mesmos autores acrescentam que ambientes restauradores podem proporcionar um momento de descanso para o cérebro para recarregar a atenção antes fatigada. Percebe-se que tanto a teoria de Ulrich (1983) menciona a atenção, quanto à teoria desenvolvida por Kaplan e Kaplan (1989) menciona o fenômeno do estresse como um potencializador do esgotamento da atenção.

Partindo de uma abordagem psicoevolucionista, Ulrich (1983) assegura que é fundamental cercar-se de fatores que estimulam a aproximação. Estes fatores estão estritamente associados a ambientes físicos visualmente prazerosos, que por sua vez, proporcionam sensações de bem-estar, redução do estresse, mantêm o estado de atenção não vigilante, reduzem a ocorrência de pensamentos negativos e influenciam a moderação da excitação fisiológica (*physiological arousal*) (van den Berg & Custers, 2011).

De modo complementar, Hartig e Staats (2006) indicam que o processo de restauração necessita de uma vivência em um ambiente que promova bem-estar físico e psicológico por meio de suas atratividades e elementos que dispõe. Ambientes restauradores podem ser construídos ou naturais, embora os naturais sejam considerados com maior capacidade de restauração. O processo de restauração não se restringe às condições de estresse. Pode ser aplicado a quaisquer recursos pessoais que foram alterados, prejudicados ou comprometidos em decorrência de exigências da vida cotidiana. Portanto, é possível refletir e criar ambientes restauradores que atuem sobre uma variedade de processos de recuperação de acordo com os recursos a serem recuperados e público-alvo (Ulrich et al., 1991).

Na Teoria da Restauração da Atenção, desenvolvida por Kaplan e Kaplan (1989), os autores sustentam que ambientes restauradores possuem a capacidade de restabelecer capacidades antes fatigadas pelo uso contínuo e repetitivo devido à vida cotidiana, isto é, a atenção. Ainda segundo os autores supracitados, para que os ambientes sejam considerados restauradores, é necessário que possuam as seguintes características: escape, fascinação, escopo ou extensão e compatibilidade. O escape é compreendido como a capacidade do ambiente de afastar a pessoa física e/ou psicologicamente do ambiente estressor. A fascinação é manter o indivíduo concentrado no ambiente devido a sua atenção involuntária e interesse espontâneo devido às suas características ambientais. O escopo ou extensão oferta ao indivíduo uma sensação de pertencimento e familiaridade. Por fim, a compatibilidade refere-se à capacidade em suprir as necessidades de seus usuários. Para um ambiente ser considerado restaurador, é

necessário que ocorra a interação entre estas quatro características, que dependem tanto do ambiente quanto do indivíduo. O modo como cada qual perceberá o ambiente e como o ambiente é apresentado são significantes para que haja restauração (Souza, Medeiros, Albuquerque, & Higuchi, 2015).

O estresse enquanto protagonista, surge como uma resposta psicofisiológica às demandas do cotidiano. O estresse, portanto, é compreendido como a forma dos indivíduos responderem à iminente perda de seu bem-estar. Assim, o estresse pode ser gerado a partir de alguma situação desafiadora, ou que provoque alterações no *status quo*. A partir disso, são gerados sintomas psicofisiológicos, como sudorese, preocupações, pensamentos negativos e irritação. Opondo-se ao estresse, a noção de restauração psicológica do estresse surge como o processo de restaurar ou restabelecer os aspectos emocionais, cognitivos e fisiológicos modificados perante o esforço contínuo gerado pelo estresse (Albuquerque, Silva, & Kuhnen, 2016).

Há estudos que apresentam certa tendência em apontar ambientes naturais como potencialmente mais restauradores, em detrimento de ambientes construídos (Kaplan, 1995; van den Berg, Hartig, & Staats, 2007). Embora o que garante um ambiente ser ou não restaurador dependerá do reconhecimento e da percepção ambiental (Albuquerque et al., 2016). Partindo desse princípio, considera-se que tanto ambiente naturais quanto construídos possuem capacidade de reter o estresse e restaurar a atenção. Além disso, Gressler e Günther (2013) e Staats e Hartig (2004) acreditam que a tendência a considerar ambientes naturais mais restauradores é simplificada e deveria ser contextualizada quanto aos aspectos sociais e históricos envolvidos na relação pessoa-ambiente. Essa contextualização é construída através de questionamentos sobre escolhas de ambientes, preferências ambientais, suas características físicas e especificidades de cada contexto social e cultural. Portanto, para compreender ambientes restauradores é necessário investigar o contexto sócio-histórico-material em que seus usuários estão inseridos (Berman, Jonides, & Kaplan, 2008; Valera, 1996).

Dito isso, o estresse e a fadiga mental são ocasionados a partir do uso frequente para atender demandas cotidianas. Ambientes institucionais são considerados os mais suscetíveis a demandar elevados níveis de estresse e insatisfação entre seus usuários (Albuquerque et al., 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 (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. 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).

De modo a analisar os estudos já desenvolvidos em PA, realizou-se uma busca por publicações por meio dos periódicos científicos do portal da CAPES, *Scielo*, BVS-Psi, *Science Direct* em idioma português, inglês e espanhol acerca das teorias de restauração. A busca contemplou artigos científicos originais e empíricos, publicados entre os anos de janeiro de 1994 a julho de 2018. A busca nas bases de dados foi realizada com a palavra-chave “ambiente restaurador”, no singular e plural. Apenas na base de dados *Science Direct* foi utilizado o termo em inglês, *restorative environment*, devido à inconsistência de resultados que se referiam às Ciências Humanas com o uso do termo em português, juntamente com o descritor *environmental psychology*, separados pelo operador booleano “and”. Foram consultadas as bibliografias utilizadas pelos autores dos artigos encontrados que investigavam ambientes restauradores para enriquecer a discussão posterior dos resultados. No portal CAPES foi realizada a busca pelo termo em português e inglês. Dentro do portal da CAPES, foi realizada a busca pelo termo em inglês nas bases *Science Direct*, *Sage*, *MEDLINE/Pubmed*. Nas bases de dados foi realizada a filtragem de artigos seguindo os seguintes passos: selecionou-se o tipo de recurso “artigos”, idiomas “inglês, espanhol e português”, periódicos revisados por pares, publicados entre 1994 e 2018.

Com o uso do termo ambiente restaurador em português no periódico CAPES, utilizando os filtros supracitados, obteve-se o total de 130 resultados. No mesmo periódico, utilizando o termo *restorative environment* os resultados mostraram-se exacerbados (15,730 artigos). Para refinar a busca, utilizou-se a combinação *restorative environment and environmental psychology*. Além disso, empregaram-se os mesmos filtros pré-determinados com o acréscimo da seleção “*psychology*” nos tópicos. A partir dessa filtragem realizada no próprio periódico, os resultados foram refinados para 447 artigos. Na base *Scielo* foram identificados oito artigos científicos por meio do uso do termo ambiente restaurador. Para o termo em inglês, nenhum resultado foi correspondente nesta base de dados. Na base BVS-Psi, foram duplicados os resultados da *Scielo* (8), e houveram 30 resultados correspondentes à base LILACS. Além dos critérios já apontados, foram excluídos artigos indisponíveis para acesso livre e completos, duplicados, assim como artigos da área da odontologia ou sem relação direta ou indireta com ambientes restauradores. De acordo com o somatório dos resultados de todas as bases supracitadas, foram encontrados 623 artigos com base nos procedimentos descritos pela pesquisadora.

Na primeira filtragem dos artigos foram excluídos os artigos que não corresponderam a temática de ambientes restauradores (447), artigos duplicados (30) e não disponíveis em acesso livre e completos (53). Em relação aos artigos excluídos por incompatibilidade com a temática de ambientes restauradores, a maioria referia-se a artigos da odontologia, artes, arquitetura e áreas florestais, porém, com vistas à ‘restauração’ em saúde bucal, obras de arte, obras arquitetônicas e natureza, respectivamente. A partir dos 93 artigos classificados para segunda filtragem, realizou-se a leitura integral dos achados e novamente a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, selecionando os artigos que possuíam como enfoque principal os ambientes restauradores e sua capacidade restaurativa psicológica do estresse e da atenção, restando 60 artigos contemplados na pesquisa. Os 35 artigos retirados da segunda filtragem referiam-se a estudos que não abordavam a temática dos ambientes restauradores e as teorias da restauração, embora tivessem relação com a psicologia ambiental.

Uma vez identificados os artigos, realizou-se os procedimentos sugeridos por Gressler e Günther (2013). Assim, os achados foram revisados e analisados individualmente e de modo sistemático para classificá-los de acordo com as seguintes informações: 1) autores; 2) ano de publicação; 3) título da publicação; 4) nome da revista científica, volume e ano; 5) objetivo do artigo; 6) tipo de instrumentos ou materiais utilizados na pesquisa; 7) identificação do departamento (psicologia, arquitetura, urbanismo, geografia, etc.); 8) relação direta ou indireta com o tema ambiente restaurador/*restorative environment*.

A partir dos resultados alcançados, realizou-se a construção das categorias de análise, contemplando em cada categoria as similaridades, tendo como arcabouço teórico a Psicologia Ambiental. Para englobar todos os achados, foram criadas oito categorias de análise: 1) Ambientes restauradores naturais; 2) Ambientes restauradores urbanos; 3) Ambientes restauradores naturais *versus* construídos e urbanos; 4) Ambientes reais *versus* simulados; 5) Ambientes restauradores: naturais, urbanos e construídos; 6) Preferências ambientais e restauração; e 7) Efeitos psicofisiológicos pelo uso de ambientes restauradores à saúde. As categorias, assim como o ano, título do artigo, autores, departamento na qual pertence e país de origem podem ser vislumbrados na Tabela 1.

Tabela 1.

Categorização da revisão de literatura

Ano	Título	Autores	País	Depto.
1) Ambientes restauradores naturais				

2016	Restoration in Its Natural Context: How Ecological Momentary Assessment Can Advance Restoration Research	Beute, Kort, & IJsselsteijn	Holanda	Tecnologia
2017	Seeing our self reflected in the world around us: The role of identity in making (natural) environments restorative	Morton, Bles, & Haslam	Reino Unido / Holanda / Austrália	Psicologia
1995	The restorative benefits of nature: toward an integrative framework	Kaplan	EUA	Psicologia
2002	Greening Healthcare: Practicing as if the natural environment really mattered	Irvine & Warber	Reino Unido	Medicina Familiar / Ciências Sociais
2011	Effect of environmental conditions on perceived psychological restorativeness of coastal parks	Hipp & Ogunseitan	EUA	Ciências da Saúde / Parques, Gestão e Gestão Turística
2012	Creativity in the Wild: Improving Creative Reasoning through Immersion in Natural Settings	Atchley, Strayer, & Atchley	EUA	Psicologia
2015	Children's Restorative Experiences and Self-Reported Environmental Behaviors	Collado & Corraliza	Espanha	Psicologia / Sociologia
2016	Contact with Nature and Children's Restorative Experiences: An Eye to the Future	Collado & Staats	Espanha / Holanda	Psicologia / Sociologia
2014	The Role of Nature in Coping with Psycho-Physiological Stress: A Literature Review on Restorativeness	Berto	Itália	Psicologia / Filosofia / Educação
2001	Psychological restoration in nature as a positive motivation for ecological behavior	Hartig, Kaiser, & Bowler	Suécia / Holanda / EUA	Ecologia / Tecnologia
2011	Is love for green in our genes? A critical analysis of evolutionary assumptions in restorative environments research	Joye & Berg	Bélgica	Marketing
2013	Outdoor environments at three nursing homes-qualitative interviews with residents and next of kin	Bengtsson & Carlsson	Suécia	Ciências do Trabalho / Ciências Sociais
2017	Exploring potential mechanisms involved in the relationship between eudaimonic wellbeing and nature connection	Cleary, Fielding, Bell, Murray, & Roiko	Austrália / Reino Unido	Medicina / Comunicação e Artes / Ambiente e Saúde Humana
2) Ambientes restauradores urbanos				
2014	Restauración psicológica y naturaleza urbana:	Martínez-Soto, Lena, & Vázquez	México	Psicologia

	algumas implicaciones para la salud mental			
2016	Urban Options for Psychological Restoration: Common Strategies in Everyday Situations	Staats, Jahncke, Herzog, & Hartig	Holanda / Suécia / EUA	Psicologia / Ciências Ocupacionais
2015	Parque Verde Urbano como Espaço de Desenvolvimento Psicossocial e Sensibilização Socioambiental	Sousa, Medeiros, Albuquerque & Higuchi	Brasil	Psicologia
3) Ambientes naturais versus construídos e urbanos				
2015	Restorative Elements at the Computer Workstation: A Comparison of Live Plants and Inanimate Objects With and Without Window View	Evensen, Raanaas, Hagerhall, Johansson, & Patil	Noruega	Ciências da Saúde Pública / Ciências do Trabalho / Arquitetura / Psicologia
2016	Let's go outside! Environmental restoration amongst adolescents and the impact of friends and phones	Greenwood & Gatersleben	Reino Unido	Psicologia
2010	Houses of Worship as Restorative Environments	Herzog, Ouellette, Rolens, & Koenigs	EUA	Psicologia
2016	Percepción de cualidades restauradoras de los espacios escolares de bachillerato en Xalapa, México	Mejía-Castillo, López-Suárez, Rodríguez, & Lagunes-Córdoba	México	Psicologia
2007	Assessing the restorative value of the environment: A study on the elderly in comparison with young adults and adolescents	Berto	Itália	Psicologia / Filosofia / Educação
2008	Influence of Limitedly Visible Leafy Indoor Plants on the Psychology, Behavior, and Health of Students at a Junior High School in Taiwan	Han	Taiwan	Urbanismo
2015	Perceived restorativeness of children's school playground environments: Nature, playground features and play period experiences	Bagot, Allen, & Toukhsati	Austrália	Psicologia / Neurociência
2011	Greenery on residential buildings: Does it affect preferences and perceptions of beauty?	White & Gatersleben	Reino Unido	Psicologia
2016	When are natural and urban environments restorative? The impact of environmental compatibility on self-control restoration	Newman & Brucks	EUA	Marketing / Psicologia
2001	Rating scale measures of restorative components of environments	Laumann, Garling, & Stormak	Noruega	Psicologia
2002	Evidence for Rapid Affective Evaluation of Environmental Scenes	Korpela, Klemettila, & Hietanen	Finlândia	Ciências Sociais / Psicologia

2013	New Methods for Assessing the Fascinating Nature of Nature Experiences	Joye, Pals, Steg, & Evans	Bélgica	Marketing / Ciências Sociais / Psicologia
2011	Ambientes restauradores no trânsito: variabilidade da frequência cardíaca e tempo de reação	Monte, Passig, Takase, Kuhnen	Brasil	Engenharia / Psicologia
2017	A Different Way to Stay in Touch with 'Urban Nature': The Perceived Restorative Qualities of Botanical Gardens	Carrus, Scopelliti, Panno, Laforteza, Colangelo, Pirchio... & Sanesi	Itália	Psicologia / Agricultura / Biologia
2013	Affective priming of perceived environmental restorativeness	Stevens	Reino Unido	Psicologia
2014	The influence of urban green environments on stress relief measures: A field experiment	Tyrväinen, Ojala, Korpela, Lanki, Tsunetsugu, & Kagawa	Japão / Finlândia	Economia / Ciências Sociais / Psicologia
2010	The relation between perceived sensory dimensions of urban green space and stress restoration	Grahn & Stigsdotter	Suécia / Dinamarca	Psicologia
2016	Orange Is the New Green: Exploring the Restorative Capacity of Seasonal Foliage in Schoolyard Trees	Paddle & Gilliland	Canadá	Geografia

4) Ambientes reais *versus* ambientes simulados

2006	What's wrong with virtual trees? Restoring from stress in a mediated environment	Kort, Meijndersa, Sponseleeb, & Ijsselsteijn	Holanda	Tecnologia
2017	Realidade mediada: compreendendo qualidades restauradoras de ambientes através da fotografia	Felippe, Kuhnen, Silveira & Klein	Brasil	Arquitetura / Psicologia
2008	Virtual Nature Experiences as Emotional Benefits in Green Product Consumption The Moderating Role of Environmental Attitudes	Hartmann & Apaolaza	Espanha	Administração de empresas / Marketing / Gestão
2011	Can Natural and Virtual Environments Be Used To Promote Improved Human Health and Wellbeing?	Depledge, Stone, & Bird	Reino Unido	Tecnologia
2010	An Exploration of Relationships Among the Responses to Natural Scenes	Han	Taiwan	Tecnologia
2014	Physical features, coherence and positive outcomes of person environment interactions: A virtual reality study	Pals, Steg, Siero, & Zee	Holanda	Psicologia
2010	A comparison of the restorative effect of a natural environment with that of a simulated natural environment	Kjellgren & Buhrkall	Suécia	Psicologia

5) Ambientes restauradores: naturais, urbanos e construídos

2013	Ambientes restauradores: Definição, histórico, abordagens e pesquisas	Gressler & Gunther	Brasil	Psicologia
6) Preferências Ambientais e restauração				
2001	Restorative Experience and Self-Regulation in Favorite Places	Korpela, Hartig, Kaiser, & Fuhrer	Suécia / Suíça	Tecnologia / Psicologia
2005	Topophilia and the Quality of Life	Ogunseitán	EUA	Saúde Ambiental
2013	Influence of environmental preference and environment type congruence on judgments of restoration potential	Wilkie & Stavridou	Reino Unido	Psicologia
2003	Environmental preference and restoration: (How) are they related?	Berg, Koole, & Wulp	Holanda	Geografia / Psicologia
2015	Designer's approach for scene selection in tests of preference and restoration along a continuum of natural to manmade environments	Hunter & Askarnejad	EUA	Urbanismo
2018	Greenery in the university environment: Students' preferences and perceived restoration likelihood	Bogerd, Dijkstra, Seidell & Maas	Holanda	Ciências da Saúde
2002	Restorative experience, self-regulation, and children's place preferences	Korpela, Kytta & Hartig	Finlândia / Suécia	Psicologia / Urbanismo
2007	Perceived health is associated with visiting natural favourite places in the vicinity	Korpela & Ylen	Finlândia	Psicologia
2011	Stressed individuals' preferences for activities and environmental characteristics in green spaces	Stigsdotter & Grahn	Dinamarca / Suécia	Psicologia
2016	Memory and place attachment as predictors of imagined restorative perceptions of favourite places	Ratcliffe & Korpela	Reino Unido	Engenharia / Psicologia
7) Efeitos psicofisiológicos pelo uso de ambientes restauradores à saúde				
2015	The urban brain: analysing outdoor physical activity with mobile EEG	Aspinall, Mavros, Coyne, & Roe	Reino Unido	Arquitetura
2015	The Potential of Using Exercise in Nature as an Intervention to Enhance Exercise Behavior: Results from a Pilot Study	Calogiuri, Nordtug, & Weydahl	Noruega	Psicologia / Arquitetura / Assistência Odontológica
2014	Outdoor Exercise, Well-Being and Connectedness to Nature	Loureiro & Veloso	Portugal	Psicologia
2013	When walking in nature is not restorative: The role of prospect and refuge	Gatersleben & Andrews	Reino Unido	Psicologia
2016	Where to put your best foot forward: Psycho-physiological responses to walking in natural and urban environments	Gidlow, Jones, Hurst, Masterson, Clark-Carter, Tarvainen, & Smith, Nieuwenhuijsen	Reino Unido / Finlândia / Espanha	Psicologia
2011	Walking in "wild" and "tended" urban forests: The impact on psychological well-being	Martens, Gutscher, & Bauer	Suíça	Psicologia

2013	Walking for Well-Being: Are Group Walks in Certain Types of Natural Environments Better for Well-Being than Group Walks in Urban Environments?	Marselle, Irvine, & Warber	Reino Unido	Medicina / Desenv. Sustentável
2017	It is not all bad for the grey city – A crossover study on physiological and psychological restoration in a forest and an urban environment	Stigsdotter, Corazon, Sidenius, Kristiansen, & Grahn	Dinamarca/ Suécia	Geociências

A maioria dos artigos foram encontrados nos periódicos *Journal of Environmental Psychology* e *Environment and Behavior*, internacionais e especializados em psicologia ambiental. Além destes, foram encontrados artigos nas revistas *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *Alternative Therapies In Health and Medicine*, *Urban Forestry & Urban Greening*, *Environmental Health Perspective*, *Acta Colombiana de Psicología*, *Environmental Science & Technology*, *PLoS One*, *Frontieres in Psychology*, *British Journal of Sports Medicine*, *Behavioral Sciences*, *Perceptual and Motor Skills*, *International Journal of Psychology*, *Health & Place* e *Landscape and Urban Planning*. Em relação às revistas nacionais, foram encontrados artigos na Revista de Ciências Humanas, Psicologia e Saber Social, Psico e Estudos de Psicologia.

A partir dos achados, foi possível observar que ambientes naturais são amplamente considerados de maior potencial de restauração, se comparados com ambientes urbanos ou construídos, embora se reconheça que a restauração da atenção e do estresse possa ocorrer em qualquer ambiente, seja este construído, urbano ou natural (Atchley, Strayer, & Atchley, 2012; Berto, 2014; Irvine & Warber, 2002; Joye & van den Berg, 2011; Kaplan, 1995; Morton, van der Bles, & Haslam, 2017). Além disso, verificou-se que estão imbricados na temática de ambientes restauradores os seguintes assuntos: preferência ambiental, percepção ambiental, compatibilidade e identidade de lugar. Nesse sentido, características pessoais e psicológicas dos usuários também estão envolvidas no potencial restaurativo desses ambientes. Em outros termos, para um ambiente ser considerado restaurador ou não, dependerá de suas características físicas e o grau de compatibilidade com as necessidades e anseios de seus usuários (Kaplan, 1995).

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 e afetiva (Marselle, Irvine, & Warber, 2013; van den Berg, Koole, & van der

Wulp, 2003), mental (Depledge, Stone, & Bird, 2011), 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, Meijnders, Sponselee, & IJsselsteijn, 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, 2010), causar sensações de relaxamento (Korpela, Hartig, Kaiser, & Fuhrer, 2001; Laumann, Gärling, & Stormark, 2001), favorecer a auto-regulação das emoções (Korpela et al., 2001), além de propiciar sensações de 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, os estudos demonstraram que ambientes simulados podem ser restauradores, mas 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 foram evidenciados como restauradores da atenção e estresse (Depledge et al., 2011; Felipe, Kuhnen, Silveira, & Klein, 2017; Han, 2010; Hartmann & Apaolaza, 2008; Kjellgren & Buhrkall, 2010; Kort et al., 2006; Pals, Steg, Dontje, Siero, & van der Zee, 2014).

A seguir serão expostas as categorias elencadas a partir dos achados da revisão integrativa supracitada e uma discussão teórica sobre estudos similares.

3.2.1 Ambientes restauradores naturais

De acordo 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 et al., 2012; Berto, 2014; Hartig, Kaiser, & Bowler, 2001; Kaplan, 1995; Morton et al., 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 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 & Ogunseitan, 2011). Morton et al. (2017) contribuem e acrescentam 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.

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 à 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. Segundo Collado e Corraliza (2015), as crianças estão mais propensas a se beneficiarem de ambientes naturais, pois o utilizam-no 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 à comportamentos pró-ambientais, Hartig et al. (2001) consideram que para que indivíduos adotem comportamentos de conservação e valorização ambiental, é necessário que o indivíduo perceba a importância daquele ambiente e seus elementos restaurativos. 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 que 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.

De modo a sintetizar os principais benefícios do uso de ambientes naturais, abaixo na Tabela 2 foram elencados os autores e a função restaurativa após utilização de ambientes naturais.

Tabela 2.

Autores e respectivos argumentos sobre a restauração em ambientes naturais

Autor(es)	Principais funções e resultados da utilização de ambientes naturais
Atchley et al. (2012).	Restaurar processos executivos mediados pelo córtex pré-frontal.
Atchley et al. (2012); Berto (2014); Hartig et al. (2001); Kaplan (1995); Morton et al. (2017).	Restaurar funções cognitivas desgastadas pelo consumo fatigado da atenção.
Bengtsson e Carlsson (2013).	Em idosos, é fator de restauração e desenvolvimento saudável no fim do ciclo vital.
Berto (2014).	Melhorar emoções, humor, possui efeitos calmantes e relaxantes, reduz efeitos fisiológicos do estresse.
Berto (2014); Irvine e Warber (2002); Joye e van den Berg (2011); Kaplan (1995).	Melhorar física e psicologicamente os efeitos do estresse.

Beute et al. (2016).	Influenciar positivamente a saúde e bem-estar.
Hartig et al. (2001); Irvine e Warber (2002)	Em crianças, melhora o estado de humor, funcionamento cognitivo, aumenta as interações entre crianças e reduz sintomas de TDAH.
Kaplan (1995).	Restaurar atenção e capacidades cognitivas e fisiológicas causadas pelo estresse.
Irvine e Warber (2002).	Reduz os efeitos fisiológicos do estresse no sistema nervoso autônomo, auxilia no bem-estar social e espiritual, diminui sintomas agressivos.

3.2.2 Ambientes restauradores urbanos

Em relação aos estudos que focalizaram ambientes restauradores urbanos, foi possível compreender que elementos naturais dispostos em meio urbano em harmonia com ambientes construídos podem ser significativamente restauradores. Martínez-Soto, Lena e Vázquez (2014) investigaram a aplicação de um modelo social ecológico e o impacto da natureza urbana na restauração aplicado a 120 pessoas em suas residências no México. Os resultados deste estudo indicam que a vista da janela com natureza em seu exterior, jardins no interior de casas e plantas podem favorecer à restauração psicológica.

Já Staats, Jahncke, Herzog e Hartig (2016) realizaram uma pesquisa experimental com estudantes de três países (Holanda, Suécia e EUA) com o objetivo de estimar os efeitos de fatores pessoais e contextuais sobre preferência e potencialidades restaurativas de ambientes urbanos. Os autores concluíram que a probabilidade de restauração psicológica está ligada à forma como o ambiente é utilizado, se o estudante o usufrui de modo individual ou acompanhado, se utiliza para realizar caminhadas e exercícios físicos, bem como o nível de fadiga mental experimentado por cada indivíduo. Isto implica que a experiência de restauração da atenção ou do estresse dependerá de aspectos pessoais, psicológicos, mentais, sociais e culturais de indivíduos que utilizam de espaços urbanos.

No estudo de Sousa, Medeiros, Albuquerque e Higuchi (2015), buscou-se investigar as motivações de 140 adultos em visitar um parque verde urbano em Manaus. Por meio de entrevistas realizadas com os participantes, concluiu-se que o parque era considerado um ambiente urbano restaurador. Além disso, as autoras salientam que os participantes descreviam vivenciar sentimentos de valorização à natureza enquanto visitavam e exploravam o espaço do parque. Esses sentimentos, de acordo com as autoras, sensibilizam os usuários desses ambientes a adotarem comportamentos que viabilizem proteção e cuidado ambiental.

3.2.3 *Ambientes restauradores naturais versus construídos e urbanos*

Esta categoria contempla artigos que foram realizados em ambientes construídos e/ou urbanos, com ou sem modificações ambientais, e que expressaram comparações com ambientes naturais. Evensen, Raanaas, Hagerhall, Johansson e Patil (2015) realizaram um experimento randomizado para identificar o efeito restaurador de plantas em uma organização de trabalho. O estudo investigou 85 trabalhadores em seu local de trabalho. As plantas foram dispostas no ambiente junto à objetos inanimados. Os participantes estavam em salas com e sem janelas com vista ao ambiente externo. De acordo com os resultados, a presença de plantas no ambiente organizacional levou ao fascínio percebido e enriquecimento ambiental, bem como apresentou-se como um fator potencial de restauração psicológica. De modo semelhante, o estudo quasi-experimental de Han (2009) investigou os efeitos de plantas no interior de ambientes escolares. Foram contempladas no estudo duas salas de aula, uma correspondente ao grupo experimental, com seis plantas dispostas na parte detrás da sala, e um grupo controle, ambos acompanhados uma vez a cada duas semanas. Após o acréscimo das plantas, o grupo experimental rapidamente demonstrou sentimentos de preferência, conforto e simpatia. Além disso, o grupo experimental demonstrou melhorias na saúde, com menos horas de licença médica e melhorias no comportamento, com frequência reduzida de punições se comparado com o grupo controle. Contudo, o autor considera que embora os resultados sejam visíveis, podem ter sido influenciados por outros fatores, como por exemplo, o desempenho do professor.

Greenwood e Gatersleben (2016) utilizaram as teorias de restauração da atenção e estresse para comparar os efeitos causados pelo uso de ambientes externos ao ar livre e ambientes internos construídos com 120 adolescentes do Reino Unido. Além disso, os autores consideraram outros fatores, como estar sozinho ou acompanhado, com ou sem o uso de celular. Os resultados dessa pesquisa indicam que ambientes ao ar livre foram considerados com maior potencial de restauração da atenção e estresse em detrimento de ambientes internos. Além disso, particularmente no caso de adolescentes, atividades ao ar livre acompanhado de algum amigo acrescenta à restauração efeitos positivos no afeto em relação à natureza. Por fim, os autores sugerem que nos intervalos das aulas os estudantes usufruam de espaços naturais ao ar livre para restaurar a atenção e obter significativo bem-estar psicológico no retorno à aula, o que corrobora com o estudo de Machado, Peres, Albuquerque e Kuhnen (2016).

De modo similar aos resultados anteriores, Mejía-Castillo, López-Suárez, Rodríguez e Lagunes-Córdoba (2016) realizaram seu estudo em centros educacionais no México utilizando um questionário sociodemográfico e à Escala do Potencial Restaurador dos Espaços Escolares (EPREE). Os resultados desse estudo indicaram que os lugares preferidos e de maior aglomeração eram ambientes ao ar livre, com áreas verdes. Percebeu-se que esses espaços com áreas verdes eram utilizados pelos estudantes como descanso em períodos de intervalos das aulas, o que coincide com a Teoria da Restauração da Atenção em relação aos benefícios psicológicos desses espaços em indivíduos com sintomas de fadiga mental. Ambientes considerados restauradores pelos estudantes foram os externos com acesso à natureza e áreas verdes, enquanto aspectos internos das escolas não foram evidenciados como potencialmente restauradores.

Ainda no âmbito escolar, o estudo de Bagot, Allen, & Toukhsati (2015) traz o diferencial de examinar o potencial restaurador não somente de ambientes construídos versus naturais, mas acrescenta uma análise mais específica aos projetos e *playgrounds* em parques infantis escolares, bem como brincadeiras desenvolvidas. Para tanto, foram abordadas 550 crianças de 14 escolas. Conforme apontado nos resultados, as crianças perceberam o *playground* como propício a brincadeiras, afeto, atividades físicas e socialização. A vegetação foi considerada pelas crianças como elemento natural de maior percepção de restauração da atenção. Conforme os autores, ambientes construídos para crianças podem adotar um *design* que favorece a restauração com a instalação de elementos naturais, como plantas, árvores e gramados.

Justamente levando em consideração aspectos de paisagismo, White e Gatersleben, (2011) analisaram o potencial estético de beleza, restauração e de preferência de casas com vegetação. Os autores conduziram dois estudos, um deles tratou-se de uma pesquisa online com 188 participantes que avaliaram fotografias de casas com e sem vegetação e entrevistas para investigar preferência e qualidades restaurativas. Evidenciaram-se nos resultados as casas com vegetação integrada como sendo esteticamente mais atraentes, restauradoras, preferidas e com qualidades afetivas positivas se comparadas com casas sem vegetação. Este estudo indica que ambientes construídos podem ser restauradores se conterem vegetação em telhados, fachadas, paredes e muros, que, por sua vez, é uma estratégia que vem sendo adotada no Reino Unido.

Em seu estudo sobre casas de adoração, Herzog et al. (2010) sugerem que estes ambientes construídos possuem forte potencial de restauração em indivíduos religiosos e proporcionam impacto sobre o bem-estar psicológico e restauração da atenção. Além disso, evidenciou-se que casas de adoração possuem a capacidade de promover momentos de reflexão e introspecção. Outro fator evidenciado no estudo foi a espiritualidade, que nesses ambientes é

viabilizada. Estes resultados foram levantados através de um questionário aplicado em 781 participantes.

Utilizando a Escala de Restauração Percebida, Berto (2007) investigou o potencial de restauração de ambientes naturais e construídos, comparando perspectivas de jovens adultos, adolescentes e idosos sobre esses ambientes. Para a autora, jovens adultos e adolescentes tendem a considerar ambientes naturais significativamente mais restauradores se comparados com ambientes construídos. A partir dessa hipótese, seu estudo foi composto por 50 idosos de 62 a 93 anos que responderam à escala supracitada ao mesmo tempo em que contemplavam 10 imagens fotográficas de ambientes naturais e construídos. O estudo demonstrou que ambas as faixas etárias consideram ambientes naturais com mais elementos restauradores do que ambientes construídos, embora houvesse distinção nos resultados de preferência e familiaridade com os ambientes, os quais obtiveram níveis mais elevados em idosos do que adolescentes.

Newman e Brucks (2016) investigaram o papel de ambientes naturais em meios urbanos e sua capacidade de restauração de recursos de autocontrole em indivíduos com sintomas de neuroticismo. Os autores quiseram desafiar a premissa de que ambientes naturais proporcionam maior bem-estar se comparados à ambientes urbanos. Os resultados obtidos sugerem que ambos os ambientes são restauradores no que tange a indivíduos com neuroticismo. Contudo, os autores descobriram que ambientes naturais são mais restauradores do autocontrole para indivíduos com altos níveis de neuroticismo. Já em relação aos ambientes urbanos, demonstram ser restauradores do autocontrole em indivíduos com níveis de neuroticismo baixos. O neuroticismo, de acordo com Oliveira (2002), é uma perturbação psíquica que se manifesta no indivíduo causando sintomas que vão desde ansiedade, timidez, angústia, comportamentos obsessivos e compulsivos, fobias, sensibilidade exacerbada, irritabilidade, insegurança, sintomas depressivos e amnésia. Além dos sintomas psicológicos e comportamentais mencionados, indivíduos com neuroticismo podem experimentar sintomas fisiológicos, como tensão, sensação de fraqueza, insônia, vertigem, transpiração, perturbações gastrointestinais, convulsões e transtornos alimentares.

Nessa direção, Laumann et al. (2001) realizaram dois estudos com o intuito de desenvolver medidas de escalas de classificação de componentes ambientais. O primeiro estudo foi conduzido com 1,238 estudantes que foram convidados a se imaginar um ambiente urbano ou natural, classificando em escalas unipolares sua experiência nos ambientes. No segundo estudo, 157 estudantes visualizaram vídeos de cenários naturais, compostos por floresta, parque, água, montanhas assim como cenários urbanos, como cidades. A tarefa do segundo estudo era similar a primeira, em que estudantes deveriam se imaginar nos lugares apresentados

e avaliá-los com a mesma escala. Os resultados demonstraram concordância com a teoria da restauração da atenção de Kaplan e Kaplan (1989). Foi constatado que ambientes que possuíam elementos da natureza obtiveram maior pontuação do que ambientes urbanos. Fatores associados à compatibilidade e fascínio estiveram correlacionados com preferência ambiental, assim como o escape esteve associado a sensação de relaxamento.

Corroborando com os desfechos acima, Paddle e Gilliland (2016) propuseram um estudo quasi-experimental para estudar o efeito restaurador da vegetação de ambientes verdes em escolas urbanas. De acordo com a avaliação do ambiente realizado por crianças, mudanças sazonais na folhagem das árvores aumentam a percepção de qualidade dos ambientes naturais do pátio da escola. As crianças classificaram como restaurativo as folhagens verdes e de outono. Os autores sugerem que profissionais do paisagismo transformem escolas em ambientes mais restauradores por meio da implantação de árvores em seus pátios, mais especificamente as coníferas perenes.

Korpela et al. (2002) avaliaram a percepção ambiental de restauração através de fotografias de ambientes naturais e urbanos. As fotografias dos ambientes eram apresentadas aos participantes e estes deveriam avaliá-las com apenas uma expressão vocal de alegria, raiva ou neutralidade. Cenários com paisagens naturais foram classificadas com expressões de alegria em maior frequência que cenários com paisagens urbanas. Verificou-se, portanto, que expressões de afeto positivo e potencial restaurador estiveram mais presentes em fotografias de ambientes naturais, enquanto que ambientes urbanos foram associados a baixo potencial restaurador. Os desfechos descritos corroboram com o estudo de Stevens (2014), em que ambientes naturais foram classificados como mais restauradores do que urbanos devido à capacidade de fascinação. Entretanto, à pesquisa de Stevens (2014) utilizou a Escala de Componentes Restaurativos com 69 participantes que avaliaram por meio de uma plataforma online ambientes naturais e urbanos.

O contato com a natureza em meios urbanos foi 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. Em meio urbano, Monte, Passig, Takase e Kuhnen (2011) revelaram 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. Portanto, ambos 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.

Outra alternativa viável à restauração da atenção e estresse, segundo Carrus et al. (2017), trata-se dos jardins botânicos. Os referidos autores realizaram sua pesquisa em jardins botânicos entrevistando 127 visitantes. As repercussões da visita a jardins botânicos demonstraram propiciar significativas sensações de bem-estar psicológico, físico e social. Além disso, Tyrväinen et al. (2014) ampliam as alternativas de ambientes restauradores urbanos mistos com elementos naturais, afirmando que visitar parques urbanos e/ou bosques urbanos influenciam positivamente as emoções e causam efeitos psicológicos e fisiológicos de restauração. Percebe-se que, de modo geral, Tyrväinen et al. (2014) sugerem que espaços verdes urbanos sejam ambientes restauradores e importantes elementos para a saúde mental dos indivíduos.

3.2.4 Ambientes reais versus ambientes simulados

Nessa categoria serão apresentados estudos que buscam demonstrar a capacidade restauradora de ambientes naturais por meio de simulações, testando e comparando os resultados dessas pesquisas. É consenso entre os autores (Depledge et al., 2011; Felipe et al., 2017; Han, 2010; Hartmann & Apaolaza, 2008; Kjellgren & Buhrkall, 2010; Korta et al., 2006; Pals et al., 2014) que o acesso a ambientes simulados naturais proporciona efeitos análogos àqueles resultantes de ambientes reais, embora em níveis moderados. Felipe et al. (2017) demonstram que a fotografia pode ser empregada em pesquisas científicas como uma técnica que possibilita simular ambientes restauradores e capaz de produzir respostas psicofisiológicas de redução de estresse e restauração da atenção, embora em níveis significativamente menores se comparados aos potenciais restauradores de ambientes reais. Hartmann e Apaolaza (2008) corroboram ao expressar que experiências virtuais com natureza podem propiciar benefícios emocionais, auto-expressivos e bem-estar à consumidores de produtos através de representações visuais de produtos verdes na mídia e publicidade.

Da mesma forma, Korta et al. (2006) ressalta que os efeitos de ambientes restauradores simulados e reais indicam restaurar recursos de atenção esgotados e reduzir o estresse psicofisiológico. Estes autores induziram os participantes de sua pesquisa ao estresse e posteriormente foram submetidos a assistir um filme sobre natureza. Foram realizadas medições fisiológicas por meio dos batimentos cardíacos e nível de condutância da pele ao longo da experiência. No que concerne aos afetos envolvidos no experimento, foi empregado o

questionário *ITC-Sense of Presence*. Os dados coletados demonstraram que a imersão em simuladores de ambientes restauradores proporciona efeitos de restauração que variam conforme o tamanho da tela e qualidade da simulação. Assim, quanto mais realista e imersivo o ambiente simulado for, maiores os efeitos fisiológicos e psicológicos de restauração experimentados pelos indivíduos.

Percebe-se que, embora os efeitos de ambientes reais sejam mais evidentes, ambientes simulados podem ser utilizados como estratégia em saúde onde há acesso restrito à natureza. Para ilustrar ambientes cujo contato com a natureza externa seja restrito, Depledge et al. (2011) mencionam em seu estudo a utilização de ambientes naturais simulados em ambientes construídos, como hospícios, centros de reabilitação militar e instalações de cuidados a longo prazo. Percebe-se que estes autores salientam ambientes compostos por elementos naturais enquanto restauradores, particularmente com áreas verdes simulados.

De modo complementar, o estudo de Han (2010) acrescenta que a beleza cênica e a preferência estão relacionadas ao afeto positivo e restauração da atenção e do estresse. Ressaltando as evidências já destacadas, este estudo demonstra que paisagens naturais simuladas em slides foram as preferidas de acordo com a perspectiva de estudantes de graduação. Além disso, houve preferência por imagens que demonstravam ambientes complexos, isto é, com diversidade de informações, além de elementos líquidos e aparentemente abertos e amplos.

Um estudo abordando os mesmos fenômenos que Han (2010) foi realizado por Pals et al. (2014), examinando como as características físicas de um ambiente natural influenciaram a coerência percebida de três variáveis: preferência, prazer e restauração. Contudo, ao invés de focar no ambiente simulado de forma geral, os autores ilustraram ambientes com foco no mobiliário e seu respectivo material. Foram avaliados 130 estudantes em três ambientes naturais (virtuais): um ambiente com móveis de metal, um ambiente com móveis de madeira e um ambiente sem móveis. Os resultados demonstraram que móveis de metal influenciaram negativamente a coerência percebida, bem como preferência, prazer e restauração, em comparação com móveis e sem móveis. A coerência percebida do ambiente com móveis de madeira foi significativamente maior do que o ambiente com móveis de metal, mas significativamente menor do que o ambiente sem mobília. Experiências de prazer e restauração foram relacionadas ao ambiente com móveis de madeira. Ambientes sem móveis também proporcionaram prazer e restauração, porém foi mencionado com menos frequência se comparado com ambiente com móveis de madeira. Percebeu-se que a coerência mediava o efeito do mobiliário (de metal) na preferência, no prazer e na restauração.

Finalmente, Kjellgren e Buhrkall (2010) procederam a um estudo comparando os efeitos restauradores de 30 minutos de relaxamento em ambiente natural simulado e em ambiente natural real com 18 participantes que sofrem de estresse ou síndrome de *burnout*. Foram extraídas medidas fisiológicas e foram aplicados instrumentos psicológicos, bem como descrições de experiências foram obtidas. No ambiente natural os resultados obtidos indicaram seis categorias: percepção sensorial intensificada; sentimento de harmonia e união com a natureza, bem-estar e qualidade de vida; energia renovada e despertar; pensamento "aqui e agora"; e sensação de tranquilidade. Em oposição, às experiências em ambiente simulado apontaram para cinco categorias: inquietação e ansiedade; falta de concentração; sensação de ser cortado da entrada sensorial da natureza; desejo de estar na natureza "real"; e emoções positivas. O ambiente natural rendeu uma classificação significativamente maior de grau de estados alterados de consciência e energia que o ambiente natural simulado. Os resultados sugerem que ambos os ambientes facilitaram a redução do estresse, com o ambiente natural adicionalmente trazendo aumento de energia e estados alterados de consciência, possivelmente aumentando e promovendo a restauração. Entretanto, as categorias elencadas através dos resultados obtidos em ambientes simulados demonstram certa contradição, já que propicia sensações de inquietação, ansiedade, falta de concentração, mas ao mesmo tempo que proporciona emoções positivas. Como já descrito nos resultados dos estudos que também investigaram ambientes reais e simulados (Depledge et al., 2011; Felipe et al., 2017; Han, 2010; Hartmann & Apaolaza, 2008; Korta et al., 2006; Pals et al., 2014), o ambiente real rende maiores benefícios por manter o indivíduo imerso ao ambiente e em estado de conexão com a natureza. Nessa lógica, ambientes simulados possuem a capacidade de restaurar a atenção e o estresse de forma similar, embora as variações dos efeitos dependem da qualidade dos instrumentos e sistemas utilizados.

3.2.5 Ambientes restauradores: naturais, urbanos e construídos

Nesta categoria, apenas a pesquisa de Gressler e Gunther (2013) foi englobada, isto porque seu foco permanece oscilando entre as duas teorias da restauração, isto é, da redução do estresse proposta por Ulrich (1983, 1984; Ulrich et al., 1991) e à restauração da capacidade de atenção desenvolvida por R. Kaplan e Kaplan (1989), e durante a discussão teórica os autores discutem aspectos tanto de ambientes naturais, quanto urbanos e construídos. Nesta pesquisa, os autores apresentam definições, aspectos epistemológicos dos estudos pessoa-ambiente,

assim como as transformações históricas que permeiam os ambientes restauradores. Gressler e Gunther (2013) discutem que embora as teorias da restauração consistem de dois processos distintos, considera-se que a restauração da atenção e do estresse podem ocorrer simultaneamente, mas também de forma independente, ou antecedendo uma à outra. No tocante à ambientes naturais, urbanos e construídos, Gressler e Gunther (2013) apontam que, assim como os demais estudos apresentados assinalam, ambientes naturais comumente estão fortemente associados a níveis elevados de restauração de atenção e estresse. Entretanto, afirmam que ambientes urbanos constituem um aglomerado cultural, uma soma das relações sociais e identidades de uma determinada sociedade, sendo muitas vezes considerado um ambiente restaurador de acordo com suas especificidades.

3.2.6 Preferências ambientais e restauração

Esta categoria contempla artigos que abordam o construto da preferência ambiental e sua implicação na restauração (van den Berg et al., 2003; Bogerd, Dijkstra, Seidell, & Maas, 2018; Hunter & Askarinejad, 2015; Korpela et al., 2001; Korpela, Kyttä, & Hartig, 2002; M. Korpela & Ylén, 2007; Ogunseitan, 2005; Ratcliffe & Korpela, 2016; Stigsdotter & Grahn, 2011; Wilkie & Stavridou, 2013). De modo geral, os estudos confirmam que lugares favoritos estão associados a maiores níveis de restauração, tanto da atenção (van den Berg et al., 2003; Wilkie & Stavridou, 2013) quanto do estresse psicofisiológico (Bogerd et al., 2018; Korpela & Ylen, 2007; Stigsdotter & Grahn, 2011), assim como propicia qualidade de vida (Ogunseitan, 2005), auto-regulação de emoções e cognições (Korpela, Klemettilä, & Hietanen, 2002; Korpela & Ylen, 2007) além de melhorar propriedades relacionadas à memória (Ratcliffe & Korpela, 2016). Entretanto, evidencia-se que os aspectos envolvidos na escolha por ambientes favoritos dependem da subjetividade e percepção ambiental de cada indivíduo, sendo assim um fenômeno individual, mas também socialmente construído. De acordo com os resultados das pesquisas sobre preferência ou lugares favoritos, ambientes com elementos e configurações naturais foram evidenciados fortemente a níveis de restauração maiores em comparação com lugares desagradáveis.

À vista disso, Korpela et al. (2001) compararam os efeitos de restauração de lugares considerados favoritos e lugares desagradáveis, segundo a percepção de 101 estudantes universitários. Como já levantado em hipótese, os resultados demonstraram que lugares favoritos foram representados por configurações naturais, onde estudantes mencionaram sentirem-se relaxados, escapar da vida cotidiana e das preocupações. A restauração foi, da

mesma forma, associada positivamente à lugares favoritos naturais. Foi analisado que ambientes desagradáveis não estavam associados a elementos naturais e com experiências de restauração.

Resultados similares foram encontrados na pesquisa de Van den Berg et al. (2003). Estes autores realizaram uma pesquisa experimental submetendo participantes a assistirem dois vídeos. Primeiramente foi apresentado um filme de terror, e em seguida, um filme de ambiente natural ou construído. Foi avaliado o humor dos participantes antes e após a apresentação de cada vídeo. Para indicar a preferência, os participantes avaliaram a beleza do meio ambiente ilustrado em vídeo. Por fim, foi realizado um teste de concentração posterior à apresentação do vídeo ambiental. Ambientes naturais foram percebidos como mais bonitos, preferidos e restauradores que ambientes construídos. Além disso, houveram mudanças de humor positivas após o vislumbre de vídeo com ambientes naturais em detrimento dos ambientes construídos. As análises demonstraram que ambientes com elementos naturais estavam associados à preferência de lugar e à restauração afetiva da atenção.

Além da preferência e restauração, Wilkie e Stavridou (2013) exploraram se a congruência estava associada à preferência ambiental, e se ambos influenciavam o potencial de restauração dos ambientes. Seus resultados demonstram que os participantes que optaram por preferência por ambientes naturais perceberam-nos como ambientes congruentes com maior potencial restaurativo. No entanto, ressalta-se que os participantes elevam suas expectativas de restauração e congruência em ambientes naturais, se comparar com ambientes urbanos. Os participantes que optaram por ambientes urbanos como sua preferência e classificaram-no como congruente evidenciaram a presença de elementos naturais (áreas verdes) como potencial restaurador. Ambientes e paisagens aquáticas foram fortemente associados à restauração da atenção, demonstrando aproximação com os resultados das pesquisas de Han (2010), Hipp e Ogunseitán (2011), Laumann et al. (2001) e Ogunseitán (2005). Particularmente o estudo de Ogunseitán (2005) ressalta que no âmbito da ecodiversidade, existe à preferência por água e flores como elementos naturais associados a qualidade de vida.

Explorando a preferência e a percepção da restauração de 722 universitários acerca dos espaços externos e internos da universidade, Bogerd et al. (2018) utilizaram a técnica da fotografia para apresentar aos participantes salas de aula, áreas de estudo e espaços ao ar livre da universidade. Foi apurado que os alunos possuem preferência elevada por ambientes internos da universidade com cartazes de natureza, parede retratada na cor verde, plantas nos interiores e desenhos em cartazes coloridos. Percebe-se que este estudo apresenta uma contrapartida em relação aos demais estudos. Como apresentado, a maioria dos estudos demonstra que ambientes

externos e naturais são os mais associados com bem-estar, qualidade de vida e restauração, situando os espaços urbanos e construídos majoritariamente em desvantagem. Contudo, ressalta-se que mesmo sendo um ambiente construído, o espaço interno da universidade foi optado como restaurador e da preferência dos estudos levando em consideração objetos decorativos que remetem às cores e à ilustração da natureza. Entretanto, Bogerd et al. (2018) descrevem que preferência e probabilidade de restauração estiveram associadas aos espaços ao ar livre com presença de vegetação. De modo geral, este estudo demonstra que, sendo espaço interno ou externo, a presença de elementos naturais como vegetação ou decorativos que remontam o mesmo são potencialmente restauradores aos usuários.

Ainda nessa direção, Stigsdotter e Grahn (2011) aplicaram um questionário em 953 indivíduos relacionando espaços ao ar livre, preferência ambiental e restauração do estresse psicofisiológico. De acordo com a análise fatorial e regressão realizada pelos autores sobre seus resultados, adultos jovens, mulheres, indivíduos adoecidos e indivíduos com filhos pequenos apontaram ficar insatisfeitos com o ambiente doméstico e demonstraram favoritismo em utilizar espaços públicos com áreas verdes. As atividades ao ar livre classificadas como favoritas envolviam as caminhadas, atividades com animais e descanso. Demonstrou-se ainda que ambientes urbanos com áreas verdes foram os favoritos para os participantes no quesito refúgio e atividades de repouso, além de minimizar o estresse.

Para Korpela et al. (2002), além da restauração da atenção e do estresse psicofisiológico, lugares favoritos podem ser utilizados para a auto-regulação das emoções e cognições. Outrossim, Korpela e Ylen (2007) entrevistaram 211 adultos com queixas de saúde, tais como dores de cabeça, peito e/ou estômago, tonturas ou sensação de fraqueza. Foi verificado que indivíduos com queixas de saúde se beneficiaram de seus lugares favoritos em termos emocionais, experimentando sentimentos positivos e percepção de relaxamento. Além de benefícios físicos, emocionais, cognitivos e psicológicos já evidenciados, Ratcliffe e Korpela (2016) denotam que memórias de lugares favoritos possuem potencial restaurador. Em seu estudo com 234 participantes, Ratcliffe e Korpela (2016) utilizaram um método autobiográfico em que era necessário imaginar um lugar favorito, assim como suas especificações de acordo com a memória de lugar. Os resultados indicam que os participantes acrescentaram às suas autobiografias ambientais propriedades afetivas positivas de memória, que por sua vez, foram percebidas como restauradoras. Houve também indícios de apego e identidade de lugar associados ao lugar favorito dos participantes.

Buscando identificar os atributos físicos favoritos e sua contribuição à preferência e restauração, Hunter e Askarinejad (2015) desenvolveram um estudo por meio de um processo

de triangulação teórica, entre psicologia ambiental, teorias de estética e pesquisas empíricas. Os autores descrevem que a preferência ambiental e a restauração estiveram associadas com as seguintes qualidades do cenário ambiental apresentado: complexidade, coerência estrutural, forma estrutural, dicas de profundidade, abertura, suporte de coleta de informações, acesso, segurança e envolvimento. A complexidade diz respeito à riqueza de informações que o ambiente dispõe aos seus usuários, sendo propício à exploração. Coerência estrutural significa o grau de unidade visual e simetria, assim como equilíbrio em texturas, conteúdos e cores. A forma estrutural envolve a organização do ambiente, o estilo da configuração de linhas, curvas, ângulos agudos e sua mistura. As dicas de profundidade estão referindo-se à relação proporcional e ao tamanho dos objetos em um cenário. Abertura sugere que o ambiente deve ser amplo ou apresentar um *continuum* que seja possível analisar todo o cenário. O suporte de coleta de informações aponta que os indivíduos preferem e sentem mais o potencial restaurativo de ambientes que seja possível aprender e se aprofundar mais sobre o mesmo. Acesso aponta que é necessário haver no ambiente informações que indiquem aos usuários formas de acessar esse ambiente. Além disso, para que o ambiente seja da preferência de seus usuários e ser restaurador, é necessário ofertar proteção (segurança) e que tenha à presença de algo físico que prenda a atenção (envolvimento).

3.2.7 Efeitos psicofisiológicos pelo uso de ambientes restauradores à saúde

Esta categoria abarca as pesquisas que indicam formas de utilizar diferentes ambientes em prol da saúde e bem-estar psicológico e emocional (Aspinall, Mavros, Coyne, & Roe, 2015; Calogiuri, Nordtug, & Weydahl, 2015; Gatersleben & Andrews, 2013; Gidlow et al., 2016; Loureiro & Veloso, 2014; Marselle et al., 2013; Martens, Gutscher, & Bauer, 2011; Stigsdotter, Corazon, Sidenius, Kristiansen, & Grahn, 2017). As pesquisas sugerem que realizar caminhadas (Aspinall et al., 2015; Gatersleben & Andrews, 2013; Gidlow et al., 2016; Marselle et al., 2013; Martens et al., 2011; Stigsdotter et al., 2017), ciclismo (Calogiuri et al., 2015) e demais exercícios físicos em ambientes naturais (Calogiuri et al., 2015; Gidlow et al., 2016; Loureiro & Veloso, 2014; Stigsdotter et al., 2017) e/ou urbanos com áreas verdes propiciam benefícios estendidos à restauração (Gidlow et al., 2016; Marselle et al., 2013; Stigsdotter et al., 2017). Em si, elementos naturais já são percebidos como potencialmente restauradores de atenção (Calogiuri et al., 2015; Gatersleben & Andrews, 2013) e estresse (Aspinall et al., 2015; Gatersleben & Andrews, 2013; Gidlow et al., 2016), mas utilizá-los em prol da saúde física

aumenta consideravelmente seus proveitos e ajuda a incentivar o comportamento pró-ambiental. Além disso, os estudos indicam que existem implicações distintas para indivíduos que utilizam dos ambientes de forma individual, com um amigo ou vários amigos, assim como a companhia de animais de estimação.

Programas de caminhadas foram associados a maior bem-estar mental e menor estresse percebidos em grupos de caminhadas ao ar livre, seja em ambiente natural ou urbano. Apesar de não demonstrar diferenças significativas entre caminhadas em ambiente natural e urbano, as áreas verdes estiveram presentes em ambos os ambientes, associando-se ao potencial restaurativo. Estas foram algumas das considerações que a pesquisa de Marselle et al. (2013) obteve ao comparar caminhadas nessas diferentes configurações ambientais. Os autores utilizam o termo “prescrições verdes” para indicar o maior responsável por melhorar o bem-estar psicológico e emocional e atividades físicas. Calogiuri et al. (2015) corrobora ao descrever que em seu estudo com 19 participantes submetidos a exercícios e ciclismo ao ar livre em ambientes naturais. Segundo este estudo, o exercício na natureza foi associado a um maior potencial de restauração e respostas afetivas, assim como aumento da intenção e comportamento ao exercício.

De modo similar, Loureiro e Veloso (2014) buscaram associar o exercício *outdoor* à experiência de bem-estar, comparando os resultados obtidos com 282 praticantes de exercícios *indoor* e *outdoor*. As autoras associam a conectividade à natureza com maior potencial de restauração em exercícios *outdoor*. No entanto, afirmam que ambos os grupos de praticantes de exercícios relataram emoções positivas durante o desenvolvimento dos exercícios e melhora no bem-estar. Entretanto, Gatersleben e Andrews (2013) fazem uma ressalva sobre a generalização acerca do potencial restaurativo de caminhadas em ambientes naturais. De acordo com o experimento realizado pelos autores, ambientes naturais de baixa perspectiva e alta em refúgio, isto é, áreas verdes densas arborizadas, podem suscitar medo e estresse.

Comparando o efeito restaurativo de ambientes naturais e urbanos de indivíduos sentados ou caminhando, Stigsdotter et al. (2017) mediram pressão arterial (PA), variabilidade da frequência cardíaca (VFC), mudanças do estado de humor e restauração percebida em 51 estudantes do sexo feminino. Os resultados da VFC indicam que não há diferenças significativas entre os ambientes natural e urbano. Contudo, as medidas psicológicas indicaram que a caminhada em ambiente natural proporcionou efeitos positivos no estado de humor, enquanto o ambiente urbano não teve efeito sobre o mesmo. Do mesmo modo, o ambiente natural foi percebido com maior potencial restaurador que o ambiente urbano. Os autores

supracitados sugerem que ambientes urbanos sejam planejados para propagar a restauração por meio de qualidades arquitetônicas e históricas.

Gidlow et al. (2016) realizaram um estudo randomizado para comparar respostas fisiológicas e psicológicas de 38 participantes caminhando durante 30 minutos em três diferentes ambientes: urbano, natural com áreas verdes e natural com água. O experimento mediu as alterações por meio do humor, funções cognitivas, experiências restaurativas, nível de cortisol salivar e variabilidade da frequência cardíaca. Todos os ambientes mostraram-se benéficos à melhora do estado de humor e cortisol. Os ambientes naturais com áreas verdes e com água foram associados a maiores experiências restaurativas e melhorias na função cognitiva. Houve à redução do estresse associada à caminhada em todos os ambientes, embora os ambientes naturais conferiram benefícios adicionais à nível cognitivo até 30 minutos após a conclusão da caminhada.

Entretanto, o estudo de Martens et al. (2011) demonstra uma controversa nos resultados apresentados até então. A pesquisa experimental submeteu seus participantes a uma caminhada de 30 minutos em um ambiente natural e a aplicação de uma escala multidimensional para medir o bem-estar associado à experiência. De acordo com os autores, foi constatado entre os participantes que os ambientes naturais e a atratividade não afetou a mudança no bem-estar, além de sugerir que não houve melhorias na restauração de atenção de pessoas fatigadas. Semelhante a Marselle et al. (2013), Martens et al. (2011) aconselham projetar áreas naturais como intervenção em saúde no quesito da restauração, principalmente em meios urbanos como a instalação de áreas verdes.

Com as descrições das pesquisas anteriores é possível analisar que não é possível generalizar a restauração em seus diversos espaços e configurações. A restauração irá depender de características individuais de seus usuários, assim como do próprio ambiente. Como visto, a preferência ambiental é um fenômeno que atravessa novamente à restauração percebida em ambientes naturais e urbanos durante a realização de caminhadas e demais exercícios físicos. Entretanto, os estudos demonstram que ambientes naturais estão associados à adição de benefícios psicológicos e físicos na realização de exercícios físicos (Aspinall et al., 2015; Calogiuri et al., 2015; Gatersleben & Andrews, 2013; Gidlow et al., 2016; Loureiro & Veloso, 2014; Marselle et al., 2013; Martens et al., 2011; Stigsdotter et al., 2017).

3.3 Ambientes hospitalares: arquitetura e relações pessoa-ambiente

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a saúde consiste em um estado repleto de bem-estar, seja ele psicológico, físico, social e biológico. Este conceito emerge diante da premissa de que a saúde se restringe à ausência de doenças e enfermidades. Considerando que o bem-estar global promove melhores condições de vida e simultaneamente, de saúde, à Psicologia Ambiental aliada à Psicologia da Saúde em contextos hospitalares pode atuar em prol da equipe de profissionais, pacientes e acompanhantes de pacientes para propiciar promoção e prevenção saúde. Repensar e problematizar os espaços hospitalares em prol da saúde e bem-estar de seus usuários e profissionais é necessário e indispensável, tendo em vista que nestes ambientes transitam indivíduos adoecidos, em reabilitação, responsáveis pelo tratamento dos adoecidos e indivíduos em plena saúde. Nesse sentido, o ambiente hospitalar deve ser propulsor de propagar a saúde a seus membros, colaboradores e usuários, e não o inverso. Em geral, considera-se que os ambientes hospitalares remontam dor e sofrimento, seja em decorrência da precariedade profissional e instrumental em suprir a demanda ou em relação às condições ambientais precárias que os usuários estão sujeitos (Martins, 2004).

Uma estratégia já adotada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) foi a criação da Política Nacional de Humanização - PNH. Essa PNH sancionada em 2003 é um indicativo da necessidade de humanizar espaços de promoção e prevenção da saúde contemplando todos os indivíduos que usufruem destes serviços ou que o desempenham. A humanização que é discutida por essa PNH engloba as interações sociais estabelecidas neste âmbito entre profissionais da saúde, usuários, gestores e demais trabalhadores. O foco está nas relações e interações, assim como à valorização desses sujeitos em instituições de assistência à saúde (Carvalho, Santana, & Santana, 2009).

De acordo com a política supracitada, humanizar instituições de saúde demanda um conjunto de ações e mudanças nas práticas em saúde, de modo a estabelecer cooperatividade entre os profissionais, unindo conhecimentos e qualificando o serviço para melhor atender o sujeito adoecido. Para o Ministério da Saúde, humanizar corresponde à qualificação da atenção e da gestão em saúde no SUS, estreitando vínculos e parcerias entre os profissionais e facilitando o atendimento aos usuários. Nessa direção, o paciente é o foco de atenção dos profissionais e necessita de maiores cuidados e atenção (Corbella, 2003).

O hospital, segundo uma das diretrizes da PNH, deve promover uma ambiência acolhedora e confortável, refletindo sobre aspectos físicos, psicológicos e ambientais que agem sobre seus usuários. Diante disso, o arquiteto hospitalar é encarregado de estudar a complexidade do funcionamento do hospital, seu público-alvo, pensar em aspectos físicos que atendam às necessidades de profissionais da saúde e usuários, além de como este ambiente,

apesar de conter elementos que remetem ao adoecimento, pode fornecer bem-estar e propiciar conforto para seus usuários. Em particular, o conforto ambiental deve ser uma das maiores preocupações do profissional arquiteto ao planejar o ambiente hospitalar, devido à sua direta influência sobre os processos de cura e recuperação da saúde em pacientes, assim como a prevenção do adoecimento dos acompanhantes de indivíduos adoecidos em processo de hospitalização (Carvalho et al., 2009; Martins, 2004).

Diz-se que um indivíduo se sente confortável quando está imerso em um ambiente e este é considerado neutro, não causando malefícios à sua saúde e bem-estar. No tocante à arquitetura hospitalar, sua atuação enquanto promoção de espaços humanizadores age como instrumento terapêutico por contribuir ao bem-estar físico e psicológico do paciente, assim como avanços nas condições de permanência e socialização de acompanhantes. Além disso, a arquitetura hospitalar não somente deve beneficiar seus usuários, como os profissionais da saúde como forma de amenizar a sobrecarga e o sofrimento cotidianamente vislumbrado na profissão (Corbella, 2003).

Ao se pensar em humanização de ambientes é necessário discutir algumas contribuições da Psicologia Ambiental a esse respeito. Uma delas é ponderada por Ittelson, Proshansky, Rivlin e Winkel (2005) ao afirmar que os indivíduos experimentam os ambientes enquanto campo unitário, isto é, como algo único, sobressaindo à soma de suas partes. Compreende-se que o ambiente não pode ser fragmentado, pois o indivíduo não somente está no ambiente como faz parte dele. Os usuários são parte inerente do ambiente e possuem características pessoais e sociais que são refletidas no ambiente, assim como o ambiente reflete características de dada sociedade e cultura. Porém, como o ambiente opera de modo inconsciente os usuários não possuem conhecimento dessas características e propriedades ambientais que o influenciam a todo o momento.

Cada usuário tende a observar o ambiente de acordo com sua percepção, aspectos psicológicos, sociais e culturais, preferências, sentimentos, afeto, que, por vezes, distorcem o ambiente real. Dito isso, o que é visto e percebido pode não corresponder ao ambiente real, já que o indivíduo que o observa é atravessado por diversas influências internas e externas que interagem sobre o ambiente físico. A partir da percepção, o usuário organiza o ambiente cognitivamente através de um conjunto de imagens mentais, identificando elementos ambientais que o resumem. Identificar elementos-chave e resumir cognitivamente os ambientes se justifica diante da necessidade de facilitar a comunicação entre indivíduos. Junto a isso, o indivíduo atribui ao ambiente físico um valor simbólico, associando os aspectos objetivos do

ambiente a símbolos sociais e culturais que modificam sua percepção e compreensão (Correa, 2006).

Refletindo sobre a saúde dos usuários de instituições de assistência à saúde, a satisfação dos usuários em relação ao espaço físico configura-se como importante elemento de humanização. Nessas instituições, o desgaste fisiológico e emocional são sintomas compartilhados pelos indivíduos que as usufruem, sejam pacientes, acompanhantes ou profissionais da saúde. Esses desgastes não podem ser eliminados completamente através do espaço físico, mas um ambiente que forneça conforto e bem-estar pode atenuar esses desgastes e melhorar a qualidade de vida de usuários e funcionários dessas instituições. Diante disso, torna-se necessário adentrar em formas de humanização destes espaços de saúde, para que realmente forneça saúde de maneira generalista e seja adequado às necessidades dos indivíduos que ali se encontram (Elali, 1997).

Dentre as potenciais estratégias de humanizar instituições de assistência à saúde, a ambiência interna e externa tem sido objetivada. A ambiência interna e externa visa tornar o ambiente físico o menos institucional possível, aproximando-se com o design de residências, hotelarias, ambientes comerciais, ou mais especificamente no caso de estabelecimentos pediátricos, que projetem espaços temáticos voltados ao público infantil e juvenil (Lino & Nogueira, 2015). Cavalcanti (2002) ressalta que uma das tendências em arquitetura hospitalar é assemelhar o ambiente hospitalar a ambiência residencial ou hoteleira, de modo a propiciar o máximo de conforto e comodidade aos usuários. Portanto, pretende-se levantar a importância da arquitetura adotada por instituições de assistência à saúde e a responsabilidade em garantir a humanização por meio do *design* desses espaços.

Baseado em Fischer (1994), entende-se que não existe espaço vazio ou neutro partindo do ponto de vista psicológico, já que todo o espaço veicula significados que dependem tanto do conjunto arquitetônico como do contexto social. Em outras palavras, os indivíduos projetam sobre os espaços, sejam construídos, naturais ou urbanos, sentimentos e significados que lhe são subjetivos e que correspondem a apreensão que fazem desse espaço, assim como suas expectativas e necessidades. Além disso, a partir dessa afirmação, entende-se que qualquer espaço está sujeito a obter um valor simbólico, cultural e social de seus usuários.

De acordo com Harris, McBride, Ross e Curtis (2002), embora exista o reconhecimento da necessidade de modificar a imagem meramente institucional dos hospitais em ambientes acolhedores e atentos às exigências dos pacientes, faltam estudos empíricos que se debruçam sobre atributos físicos e sua relação com os significados que desempenham sobre a restauração do estresse. Velarde, Fry e Tveit (2007) complementam que os estudos sobre ambientes

restauradores são, em sua maioria, desenvolvidos sobre ambientes naturais em detrimento dos construídos. Segundo os mesmos autores, estes estudos abordam apenas categorias gerais de paisagens e fornecem informações superficiais sobre elementos específicos do lugar que exercem influência sobre a saúde de seus usuários.

3.4 *Evidence Design Based* (Design Baseado em Evidências)

No contexto hospitalar tem-se exigido esforços das instituições prestadoras de serviços de saúde, tanto públicas quanto privadas, para que ofereçam condições e atendimentos com qualidade aos seus usuários. Entretanto, cabe contextualizar tal exigência à realidade encontrada nos hospitais: um ambiente onde permeiam pressões de demanda, exigência dos profissionais no atendimento rápido e eficaz, alta competitividade, e, dependendo da situação financeira local, escassez de recursos. Tais entraves embora por um lado podem vir a prejudicar a atuação profissional, levam a uma crescente qualificação no processo de atenção, e como consequência, no espaço físico do ambiente hospitalar (Zhang, Tzortzopoulos, & Kagioglou, 2016).

Aperfeiçoar o ambiente físico hospitalar requer refletir sobre como ele pode responder com eficiência às necessidades de seus usuários, assim como às necessidades técnicas e funcionais envolvidas no cuidado em saúde. Como o hospital é um serviço de saúde que prioriza o cliente, o ambiente físico deve sanar necessidades técnicas e funcionais, mas para além disso, deve satisfazer uma terceira necessidade, apontada por Guelli e Zucchi (2005) como o valor da percepção e influência que o espaço físico possui, agindo sobre os indivíduos presentes neste âmbito, seja ele paciente, acompanhante e/ou corpo técnico.

Para proporcionar melhor percepção e influências positivas sobre os usuários de hospitais, o *design* é um dos assuntos em arquitetura que busca repensar na qualidade que este ambiente possui aos indivíduos que nele se encontram. Conforme sua tradução literal ao português, *design* corresponde a plano, projeto ou desenho. Trazendo este conceito ao contexto específico do hospital, ao qual este projeto trata, tem-se a arquitetura hospitalar, que busca humanizar o espaço construído dos edifícios de saúde (Zhang et al., 2016).

A partir de 2000, com enfoque central no “*Evidence Based Design*”, o *Center for Health Design* começou a evidenciar a importância de qualificar a influência do espaço físico na recuperação dos pacientes, por meio do *The Pebble Project*, de modo a estimular as instituições de assistência à saúde. Foram realizados estudos de casos randomizados alçados pela medicina

baseada em evidências que demonstraram que “*Healing Environment*” (ambiente de cura) possuem um impacto direto sobre a saúde e recuperação dos pacientes. Este projeto foi adotado por diversos hospitais, tais como: *Bronson Methodist Hospital*, em Kalamazoo, *Bárbara Ann Karmanos Câncer Institute*, no Detroit Medical Center, e *Methodist Hospital*, em Indianápolis. As experiências consecutivas da adoção desse projeto têm demonstrado que o conforto físico somado à conexão com ambientes naturais auxilia na recuperação da saúde do paciente e minimiza significativamente os efeitos e sintomas do estresse (Guelli & Zucchi, 2005).

4 MÉTODO

4.1 Caracterização da Pesquisa

Foi realizado um estudo transversal de abordagem qualitativa, cujo caráter corresponde ao descritivo-exploratório, já que se propõe a identificar variáveis ambientais de estresse e restauração, ao mesmo tempo em que busca explorar o conceito de ambiente restaurador. A abordagem qualitativa foi escolhida devido ao intuito de estudar a natureza dos dados e informações produzidas para compreender as relações pessoa-ambiente envolvidas nos fenômenos supracitados. O corte transversal se justifica em decorrência de os dados terem sido levantados uma única vez com cada participante, em um determinado período de tempo. Trata-se de uma pesquisa de campo, que adota métodos de levantamento, já que busca coletar dados diretamente com as pessoas e no contexto que se deseja explorar (Sampieri, Collado, Lucio, Murad, & Garcia, 2006).

Indica-se, através do exposto, que a pesquisa possui como variáveis independentes (VIs) as características ambientais do hospital infantil e como variáveis dependentes (VDs) são as sensações psicológicas de estresse e restauração. Em relação ao grau de ineditismo da pesquisa, de acordo com a Secretaria de Estado da Saúde e direção do Hospital Infantil Joana de Gusmão (Saúde, n.d.-a), não há estudos aprovados no referido hospital entre 2005 a 2017 acerca dos fenômenos estresse e restauração psicológica sendo investigados pela perspectiva dos acompanhantes. Há apenas um estudo aprovado em 2016 que aborda estes fenômenos com pacientes do hospital, onde, como supracitado, a própria pesquisadora foi auxiliar na coleta de dados durante o ano de 2018.

4.2 Caracterização do Campo de Pesquisa

Localizado em Florianópolis/SC, o hospital foi originalmente fundado com o nome Hospital Infantil Edith Gama Ramos, em abril de 1977. O nome passa a ser substituído em 13 de março de 1979 e reconhecido até os dias atuais como Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG). Possui caráter público, pois é uma unidade de saúde pertencente à Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina, destinada exclusivamente ao atendimento pediátrico. O hospital possui uma área geográfica de 22.000 m², cerca de 126 leitos de internação pediátricos e aproximadamente 840 colaboradores. Atualmente o hospital é considerado um dos oito melhores hospitais infantis, do ensino de pediatria e suas especialidades da América Latina. A instituição conta com 12 unidades de internação pediátricas, nomeadas de: Unidade B, C, D, E, Hospital Dia Cirúrgico HDC, Berçário, Isolamento, Oncologia, Ortopedia, Queimados, Unidade de Terapia Intensiva Geral e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. De acordo com sua missão institucional, objetiva-se prestar atendimento a crianças e adolescentes de acordo com os princípios éticos que regem cada profissão, de modo a prestar atendimento preventivo, curativo e social, assim como incentivar pesquisas na área da saúde (Saúde, n.d.-b).

4.3 Participantes

A pesquisa foi realizada com acompanhantes de pacientes em processo de hospitalização no referido hospital. Como não foi possível estimar uma amostra fixa de participantes devido à rotatividade de pacientes e, conseqüentemente, acompanhantes, optou-se pela amostra não intencional, por conveniência. Dessa forma, os acompanhantes foram abordados e convidados a participar da pesquisa de acordo com a possibilidade e acesso imediato no hospital. As unidades contempladas na pesquisa foram: Unidade B e D. Nessas unidades encontram-se, principalmente, pacientes que estão passando por procedimentos de recuperação pós-cirúrgica. Foram selecionadas tais unidades devido a menor possibilidade de internações com graves patologias ou alto grau de dependência do cuidado do acompanhante. Dessa forma, um dos critérios de seleção de participantes diz respeito à ocupação nas unidades citadas.

Participaram dessa pesquisa o total de 30 acompanhantes de pacientes pediátricos. Destes, 27 eram do sexo feminino e três do sexo masculino. Em relação ao grau de parentesco que possuíam com o paciente, das 27 mulheres, duas eram avós, 25 eram mães, enquanto os três homens eram os pais do paciente. Todos estavam na condição de acompanhante e residiam

em Santa Catarina. Foram 66,7% acompanhantes da Unidade B e 33,3% da Unidade D. A seguir, a Tabela 3 ilustra os dados explanados sobre o perfil dos participantes.

Tabela 3.

Caracterização dos participantes

Id.	Sexo	Unidade de internação	Grau de parentesco com o paciente	Tempo na condição de acompanhante	Motivo da internação
P1	F	B	Mãe	Menos de uma semana	Cirurgia
P2	F	B	Mãe	Menos de uma semana	Infecção
P3	F	D	Mãe	Menos de uma semana	Tratamento de doença não diagnosticada
P4	F	B	Mãe	Menos de uma semana	Tratamento de doença crônica
P5	F	D	Mãe	Até um mês	Tratamento de doença crônica
P6	F	D	Mãe	Até um mês	Cirurgia
P7	F	D	Avó	Menos de uma semana	Infecção
P8	F	D	Mãe	Menos de uma semana	Tratamento de doença crônica
P9	F	D	Mãe	Menos de uma semana	Tratamento de doença crônica
P10	F	D	Mãe	Até um mês	Tratamento de doença não diagnosticada
P11	F	B	Mãe	Menos de uma semana	Cirurgia
P12	F	B	Mãe	Menos de uma semana	Tratamento de doença crônica
P13	F	B	Mãe	De dois a cinco meses	Cirurgia
P14	F	B	Mãe	Até um mês	Cirurgia
P15	F	B	Mãe	Menos de uma semana	Tratamento de doença crônica
P16	F	B	Mãe	Menos de uma semana	Tratamento de doença crônica
P17	F	B	Mãe	Menos de uma semana	Cirurgia
P18	F	B	Mãe	Menos de uma semana	Cirurgia
P19	F	B	Mãe	Menos de uma semana	Tratamento de doença não diagnosticada
P20	M	B	Pai	Menos de uma semana	Acidente
P21	F	B	Mãe	Menos de uma semana	Tratamento de doença não diagnosticada
P22	M	B	Pai	Menos de uma semana	Outro

P23	F	B	Mãe	Menos de uma semana	Tratamento de doença crônica
P24	F	B	Mãe	Menos de uma semana	Tratamento de doença crônica
P25	F	D	Mãe	Até um mês	Infecção
P26	F	D	Mãe	Até um mês	Tratamento de doença crônica
P27	F	D	Avó	Até um mês	Infecção
P28	F	B	Mãe	Menos de uma semana	Cirurgia
P29	M	B	Pai	Até um mês	Cirurgia
P30	F	B	Mãe	Até um mês	Acidente

4.4 Critérios de Inclusão e Exclusão

Para selecionar os acompanhantes de pacientes, foram elaborados critérios de inclusão: possuir idade igual ou superior a 18 anos; compreender os aspectos da pesquisa e consentir por escrito através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A); estar em condição de acompanhante de paciente nas unidades: B e D. Nesse sentido, qualquer grau de parentesco com o paciente foi aceito. Utilizou-se na pesquisa o critério de saturação de dados. As entrevistas ocorreram até que os dados apresentassem uniformidade e consistência suficientes e novos dados não fossem incrementados a pesquisa. Dessa forma, foi feita a suspensão das abordagens aos participantes quando os dados apresentaram redundância e repetição, sem o acréscimo de novas informações (Fontanella, Ricas, & Turato, 2008; Minayo, 2010). Normalmente apenas um acompanhante é permitido no hospital na condição de acompanhante para cada paciente pediátrico. Nesse sentido, somente um familiar foi convidado a participar da pesquisa por paciente no hospital.

No que se refere aos critérios de exclusão que foram adotados na pesquisa, não fizeram parte da pesquisa acompanhantes que estavam realizando cuidados ininterruptos ao paciente acompanhado, de modo a não comprometer o cuidado e o processo de recuperação do paciente. Assim, não foram abordados acompanhantes de pacientes que apresentavam estados críticos de saúde para não comprometer ou causar prejuízos a sua recuperação. Além disso, o acompanhante fora do quarto de internação não foi convidado a participar, pois acredita-se que o acompanhante utiliza destes momentos para realizar atividades de autocuidado, refeições (café da manhã, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde, janta), contatos telefônicos, etc. Com isso, pretendeu-se interferir o mínimo possível no cuidado do acompanhante para com o paciente, bem como consigo. Outro critério de exclusão diz respeito ao não acesso de e-mail ou

WhatsApp, já que foi necessária aprovação do participante do conteúdo proveniente das entrevistas por um destes meios de comunicação.

4.5 Instrumentos e técnicas

Como nos estudos em psicologia ambiental busca-se a interdisciplinaridade para abarcar fenômenos físicos e psicológicos que permeiam a díade pessoa-ambiente, buscou-se intercalar técnicas e métodos tanto da psicologia, como da arquitetura. A utilização de diferentes métodos para coleta dos dados possibilita descrever a interação entre pessoa e ambiente, de modo a obter uma perspectiva ampla do fenômeno a ser pesquisado (Günther, Pinheiro, & Guzzo, 2004). Desse modo, foram utilizados instrumentos e técnicas com vistas a compreender o ambiente da pesquisa, os usuários desse espaço e a relação entre ambos. Em Psicologia Ambiental, os métodos que investigam os atributos das pessoas em função do ambiente chamam-se centrados na pessoa; os métodos que buscam levantar as características do ambiente em função das pessoas denominam-se centrados no ambiente; e os métodos que buscam uma interlocução e relação entre pessoa-ambiente, observando esse processo como transacionalista, são chamados de centrados na transação entre pessoa e ambiente. Centrar na transação pessoa-ambiente corresponde a interação que um implica no outro e vice-versa, isto é, uma mútua influência que está sendo investigada simultaneamente (Pinheiro, Elali, & Fernandes, 2008). Para tanto, na Tabela 4 é possível analisar os instrumentos (questionário sociodemográfico, *Wish Poem* e entrevista semiestruturada) e técnicas (*walk-around-the-block* e fotografias) que foram empregados.

Tabela 4.

Sequência de instrumentos e técnicas utilizados

<i>Instrumentos e Técnicas</i>	<i>Centrado no Ambiente</i>	<i>Centrado na Pessoa</i>	<i>Centrado na Transação Pessoa-Ambiente</i>
Questionário sociodemográfico		*	
Poema dos Desejos (<i>Wish Poem</i>)			*
Entrevista semiestruturada sobre preditores de estresse e restauração associada a	*		*

técnica walk-around-
the-block

Ambiente fotografado
ou Fotografando
Ambientes

*

Nota específica: A entrevista semiestruturada possui relação com o ambiente e sua influência sobre os comportamentos humanos.

4.5.1 *Questionário sociodemográfico*

Aplicou-se *a priori* no próprio quarto de internação pediátrico em que o participante se encontrava. O questionário foi utilizado com vistas a caracterizar e identificar os participantes da pesquisa. Sua aplicação obteve aproximadamente cinco a 10 minutos de duração. A aplicação do questionário sociodemográfico contribuiu para compreender o contexto social e demográfico em que a família do acompanhante se insere. A partir desses dados foi possível identificar outras variáveis imbricadas no processo de adaptação, estresse e recuperação do estresse no ambiente hospitalar.

4.5.2 *Wish Poem (Poema dos Desejos)*

O Poema dos Desejos, traduzido ao português do nome original *Wish Poem*, consiste em um instrumento de coleta de dados e investigação desenvolvido por Henry Sanoff da área da arquitetura que instiga o participante a descrever verbalmente em forma de palavras, frases, versos, poemas ou por meio de desenhos as suas pretensões sobre determinado ambiente (Machado et al., 2008).

Esse instrumento permitiu mensurar informações relevantes sobre o ambiente e compreender as expectativas dos usuários. É apresentado ao participante em formato de ficha (Apêndice C), onde há um campo destinado à sua expressão livre, contendo a frase “*eu gostaria que o ambiente do hospital fosse ou tivesse...*”. Percebe-se que o instrumento possui um questionamento que permite respostas amplas, que podem abranger tanto aspectos físicos e psicológicos relacionados ao hospital, quanto questões técnicas da equipe de atendimento. A partir das respostas é possível detectar potenciais melhorias na estrutura hospitalar, reformas, aquisições e ampliações. Como visto, é um instrumento simples, mas que permite mensurar sentimentos e desejos sobre o ambiente hospitalar. Sua aplicação perdurou aproximadamente 10 minutos (Machado et al., 2008).

4.5.3 Entrevista semiestruturada sobre preditores de estresse e restauração associada à técnica *walk-around-the-block*

As entrevistas (Apêndice D) foram, em sua maioria, gravadas e posteriormente transcritas pela pesquisadora. Em alguns casos, não foi possível gravá-las devido aos ruídos que impossibilitavam escutar as respostas dos participantes. Nestes casos, a pesquisadora transcrevia as respostas em tempo real, solicitando, caso necessário, que repetissem algumas narrativas. Foi declarado a todos os participantes que poderiam paralisar a abordagem, caso se sentissem constrangidos ou fragilizados diante de alguma temática abordada na pesquisa. A pesquisadora se manteve alerta para sinais e sintomas que indicassem esses constrangimentos e fragilidades e se dispôs a atender gratuitamente, porém, não houve casos necessários.

Para assegurar que nenhum dado havia sido alterado, nessas abordagens em que a pesquisadora necessitou transcrever imediatamente as respostas no instrumento, o participante deveria reler as respostas transcritas e verificar sua veracidade. Após a aprovação e correção de supostos equívocos na escrita, a abordagem era finalizada. Já nas abordagens gravadas, foi realizada a transcrição dos áudios e encaminhado por e-mail ou telefone celular um documento em formato editável para sua leitura e aprovação do material.

Optou-se pela modalidade de entrevista semiestruturada, pois ela permite ao entrevistado discorrer sobre o tema sem prender-se a indagação formulada e possibilita que o pesquisador reformule a indagação ou complemente-a (Minayo, 2010).

O roteiro de entrevista semiestruturada foi formulado com perguntas que visaram responder aos objetivos desse estudo. Portanto, a partir da entrevista foram levantadas informações sobre a relação pessoa-ambiente, significados e sensações prazerosas atribuídas a objetos e/ou lugares do hospital e, ao contrário, objetos e/ou lugares que propiciam sensações e sintomas de estresse no acompanhante. Para melhor compreender o contexto hospitalar, o roteiro de entrevista foi articulado a uma variação da técnica *walk-around-the-block*, traduzido ao português como ‘caminhada pelo local’. Essa técnica centrada no ambiente consiste na caminhada pelo local junto com o participante durante a entrevista. Ao indagar sobre lugares favoráveis e desfavoráveis ao bem-estar psicofisiológico, a pesquisadora realizou a caminhada pelo local buscando vivenciar experiências similares àquelas relatadas pelo participante, e, simultaneamente, compreender as narrativas e o contexto no qual o acompanhante se insere (Sampieri et al., 2006).

4.5.4 Ambiente fotografado e Fotografando ambientes

A técnica de ambiente fotografado ou fotografando ambientes que foi aplicada nesse estudo partiu da reflexão de instrumentalizar os dados e facilitar a posterior análise dos ambientes restauradores. Enquanto que na primeira técnica o pesquisador capta a imagem conforme as instruções do participante, na segunda técnica o próprio participante realiza o registro fotográfico. Foi enfatizada a técnica fotografando ambientes, onde o próprio participante realiza o registro fotográfico para que seja coletada a real intensão do participante (Pinheiro & Gunther, 2008). Mas, nos casos em que houve impossibilidade para tal devido a condição de saúde do paciente que está sendo acompanhado, a pesquisadora foi a responsável por aplicar a técnica de ambiente fotografado com base em instruções precisas do participante. Para Neiva-Silva e Koller (2002) e Kuhnen e Silveira (2008), quando uma pessoa direciona a câmera fotográfica para um determinado ambiente, objeto, símbolo, evento, pessoa e/ou lugar, em resposta a uma indagação, capta através da fotografia, uma imagem que simboliza naquele instante algo de si sobre o lugar e concomitante a própria indagação. Evidencia-se que alguns registros fotográficos não foram possíveis de serem efetuados devido à presença de muitos usuários no local, o que poderia revelar a imagem destes. Em especial, as fotografias da emergência foram retiradas no lado externo e estabelecendo uma distância significativa, capaz de impossibilitar a identificação da face dos usuários.

4.6 Procedimentos para a Coleta de Dados

A primeira etapa que antecedeu a coleta de dados diz respeito à submissão deste projeto de pesquisa aos Comitês de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, tanto da Universidade Federal de Santa Catarina (Parecer nº 3.063.696) quanto do Hospital Infantil Joana de Gusmão (Parecer nº 3.149.396) por meio da Plataforma Brasil. Após receber o parecer com aprovação pelos respectivos Comitês de Ética, a coleta foi sucedida. O primeiro passo na coleta de dados foi apresentar à recepção do hospital o parecer favorável do comitê de ética, assim como o assentimento do responsável legal pela instituição. Ao adentrar em cada unidade, o mesmo procedimento foi realizado, além da apresentação dos aspectos formais e éticos da pesquisa para as enfermeiras chefes de cada unidade de internação. Ressalta-se que, antes de iniciar a pesquisa, foi necessário o consentimento por escrito (Anexo 1) das chefias de cada unidade. Feito isso, a pesquisadora apresentou a proposta de pesquisa aos acompanhantes presentes em

cada quarto de internação de modo individual, buscando familiarizá-los com a pesquisadora e não causar qualquer tipo de desconforto e intimidação.

A segunda etapa da pesquisa consistiu em convidar os acompanhantes presentes nos quartos de internação das Unidades B e D. Aos que concordassem em participar da pesquisa, eram apresentados os aspectos formais, éticos, intencionais do estudo, que por sua vez, estão descritos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assim como uma breve apresentação da pesquisadora em termos acadêmicos e profissionais. Caso realmente desejasse participar, o participante era convidado a consentir por escrito no TCLE, e uma cópia do mesmo documento foi entregue a cada participante, caso desejasse receber os resultados da pesquisa ou houvesse dúvidas posteriores a serem sanadas.

Os acompanhantes foram abordados no próprio quarto de internação, convidados a participar da pesquisa e os demais procedimentos foram realizados conforme a disponibilidade do participante. Ressalta-se que durante a fase pré-teste, a pesquisa se comprometeu a realizar a coleta de dados em dois turnos (matutino e vespertino) para observar e identificar o período que menos poderia comprometer os cuidados de acompanhante para com o paciente. Feito isso, percebeu-se que o período vespertino seria mais adequado, devido aos horários de café-da-manhã, lanche da manhã e almoço serem próximos e restringir os horários do período matutino.

Em um terceiro momento, foi realizada a aplicação do questionário sociodemográfico, e em seguida o Poema dos Desejos (*Wish Poem*). O questionário foi aplicado de forma individual, em que a pesquisadora realizava as perguntas aos participantes e anotava suas respostas no instrumento. Para o Poema dos Desejos, foi entregue uma folha de papel A4 contendo a pergunta “*gostaria que o meu hospital...*” e explicou-se que no quadro abaixo da explicação do poema o participante poderia explicitar em palavras, frases ou desenhos os seus anseios pessoais em relação ao ambiente hospitalar. Com subsídios suficientes, o roteiro de entrevista semiestruturado foi formulado e modificado para proceder ao estudo piloto. O estudo piloto foi realizado para testar se o roteiro de entrevista estava condizente com os objetivos geral e específicos propostos e se estava adequado ao público. Aplicou-se o estudo piloto em três indivíduos, que demonstraram compreender o roteiro de entrevista, embora algumas palavras tenham sido posteriormente modificadas visando tornar o texto das questões o mais claro e acessível possível.

A estratégia de saturação de dados foi adotada, tendo como pressuposto que a repetição dos dados, isto é, a ‘saturação’ foi obtida a partir do momento em que novos dados foram esgotados, não sendo necessária a continuidade da coleta de dados, e, portanto, é realizada a suspensão das abordagens (Fontanella et al., 2008). Tendo em vista as recomendações de Fontanella et al. (2008), as entrevistas e os dados foram realizadas e analisados simultaneamente. A partir do momento em que os dados apresentaram repetição e semelhança a ponto de torná-los redundantes, foram realizadas mais entrevistas para confirmar o ponto de saturação teórica e, não sendo descobertos novos dados, as entrevistas foram suspensas.

Dessa forma, o fechamento amostral foi definido mediante a redundância ou repetição dos dados, a partir de uma avaliação minuciosa da pesquisadora. Salienta-se que para que fosse possível identificar o ponto de saturação da amostra, a pesquisadora realizou uma análise de referencial teórico, um recorte do objeto estudado e principalmente acerca dos objetivos definidos para a pesquisa. Assim, a partir do 15º participante, o conteúdo das respostas coletadas foi codificado mediante o suporte do Atlas.ti. Foram acrescentados cinco novos participantes, para assegurar que novos dados não seriam inseridos na coleta. Houve uma nova informação coletada a partir da entrevista semiestruturada. Novamente foram acrescentados cinco participantes, totalizando até o momento, 25 participantes. Um dos participantes mencionou uma nova informação, coletada a partir do *Wish Poem*. Cinco novos participantes foram introduzidos na pesquisa. Sem novas informações, optou-se pelo encerramento da coleta de dados, com um total de 30 participantes (Fontanella et al., 2008).

As entrevistas foram gravadas com aparelho celular com MP3 para facilitar a transcrição integral do conteúdo. De maneira a resguardar os dados e impossibilitar extravio dos dados, foram colocadas senhas digitais nos áudios, para que somente a pesquisadora pudesse ter conhecimento. De modo geral, a pesquisa perdurou cerca de 35 minutos com cada participante.

4.7 Procedimentos Éticos

Para seu desenvolvimento, esta pesquisa adotou como base a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que preconiza as questões éticas e de respeito em relação às pesquisas realizadas com seres humanos. O desenvolvimento desse projeto de pesquisa apenas pôde ser iniciado após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo Seres Humanos da UFSC (CAAE 02775518.9.0000.0121) e do HIJG (CAAE 02775518.9.3001.5361). Posterior aos procedimentos éticos e burocráticos inerentes à pesquisa

científica, a coleta dos dados foi iniciada. Visando a autorização formal do hospital, foi apresentado aos membros do Comitê de Ética do hospital de modo presencial o Termo de Autorização Institucional, para colher a assinatura do diretor do hospital. Além disso, foi necessário apresentar o projeto e solicitar aprovação das chefias de cada unidade contemplada na pesquisa. A participação da pesquisa possuiu caráter voluntário, sendo garantido através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), o anonimato dos participantes, bem como a possibilidade de desistência em qualquer fase da pesquisa e sigilo de todas as informações coletadas.

Durante a leitura do TCLE os participantes foram esclarecidos que a pesquisa poderia ser paralisada a qualquer momento caso ofertasse algum desconforto ou constrangimento. Além disso, a pesquisadora, que é psicóloga inscrita sob o número CRP/SC 16945, se manteve atenta aos comportamentos e narrativas dos participantes de forma a acolhê-los caso apresentassem mobilização emocional ao expor sentimentos, opiniões e pensamentos. Ressalta-se que o hospital infantil possui serviço psicológico gratuito ofertado aos pacientes e acompanhantes. Assim, dois acompanhantes foram encaminhados para o serviço psicológico devido à presença de sintomas como: diminuição do autocuidado, preocupação exacerbada com o futuro, depreciação da autoimagem e fadiga mental.

Para assegurar que as transcrições das entrevistas fossem verídicas, capturando as narrativas de cada participante sem modificar qualquer elemento textual, após a transcrição dos áudios da abordagem foi encaminhado aos participantes por e-mail ou WhatsApp a entrevista em documento editável para a confirmação dos dados transcritos. Feito isso, os áudios foram excluídos do aparelho celular. Salienta-se que os áudios foram resguardados por senhas digitais para impossibilitar extravio dos dados. Além disso, foi orientado ao participante requerer indenização de seus danos, ressarcimento e/ou assistência de forma integral, imediata e gratuita caso considerar a ocorrência de algum dano proveniente da pesquisa. Por fim, foi garantido o arquivamento dos dados em meio físico e digital no LAPAM, assim como na coordenação do curso de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, durante o período de cinco anos sucessivos ao término da pesquisa.

Além dos riscos, o participante foi informado dos benefícios que poderia obter ao contribuir para a pesquisa. Dentre eles, destaca-se as potenciais melhorias internas e estruturais no hospital infantil e ampliação do conhecimento científico acerca da temática. A respeito dos aspectos pessoais e psicológicos do acompanhante, sustenta-se que a pesquisa ofertou uma escuta a esse público. A possibilidade de escuta faz-se de extrema importância neste contexto, devido ao fato de que indivíduos ali presentes estão continuamente em um ambiente disposto

de elementos que recordam dor, sofrimento, doenças, etc. No caso dos acompanhantes de pacientes, além de estar nesse ambiente, há o vislumbre do sofrimento, adoecimento e tristeza do paciente na qual se possui laços afetivos. Assim, considera-se que a possibilidade de dar voz a esse público torna-se essencial para torná-los agentes de transformação do ambiente, ao mesmo tempo em que proporciona um momento para externalizar sentimentos, experiências, acontecimentos, tanto de valência negativa quanto positiva.

As melhorias internas e estruturais poderão ser realizadas a partir dos relatos dos acompanhantes e pela apresentação dos dados levantados aos responsáveis pelo hospital infantil. Ao levantar e apresentar dados ao hospital sobre características físicas que proporcionam sensações de bem-estar e ao inverso, de estresse, a pesquisa subsidia futuras transformações no ambiente físico (arranjo dos elementos dispostos no ambiente, cores dos objetos e pinturas das paredes, iluminação, objetos de decoração, texturas, móveis, janelas, etc.) para que futuros acompanhantes obtenham maior conforto e estadia neste ambiente.

Por fim, os dados possibilitaram a construção de um relatório de pesquisa que foi encaminhado aos responsáveis da instituição de saúde, de modo a sensibiliza-los a possíveis mudanças na estrutura física, assim como no tratamento direcionado aos acompanhantes. Outro documento foi elaborado com linguagem acessível para os participantes da pesquisa que desejarem saber sobre os resultados finais alcançados.

4.8 Análise dos Dados

Os resultados oriundos do questionário sociodemográfico foram computados com o auxílio do Excel 2016, para extrair dados estatísticos, como porcentagens, média e desvio padrão. No tocante aos resultados do Poema dos Desejos (*Wish Poem*), como é um método que possibilita extrair diversos elementos e informações de análise, desde desenhos, verbalizações, descrições, poemas, que manifestam os anseios subjetivos de cada participante sobre o ambiente do hospital infantil, posteriormente a aplicação, foi realizada a tabulação das respostas e a criação de categorias que sintetizam as informações e aglomerem dados semelhantes (Machado et al., 2008).

O conteúdo transcrito oriundo das entrevistas foi analisado a partir da técnica de Análise de Conteúdo Temático Categorial, proposta por Bardin (2010). Segundo a autora, nesse modelo de análise é possível prever uma transformação dos dados brutos. Para auxiliar no processamento dos dados obtidos, utilizou-se o *software* Atlas.ti versão 8.0. (2017). Em relação ao *software* Atlas Ti, versão 8.0., como esta pesquisa propõe como meta a realização de

entrevistas com acompanhantes, a utilização deste *software* é justificada perante o grande número de elementos para análise que se supõe coletar, sendo assim, uma forma de organizar os dados, possibilitar maior rigor científico e facilitar a análise (Nico, Bocchi, Ruiz, & Moreira, 2007). Trata-se de um programa computacional que visa simplificar o gerenciamento das informações codificadas para que o pesquisador possa interpretá-las, facilitando a organização e sistematização do todo (Muhr & Friese, 2004).

Para a realização da análise de conteúdo, foi consultado o referencial teórico e a revisão de literatura acerca dos fenômenos investigados. Foram analisadas as dimensões teóricas do conceito de ambiente restaurador e seus desmembramentos relacionados ao estresse e aspectos físicos, segundo Roger Ulrich. Os dados encontrados foram codificados e organizados considerando seu conteúdo em temas e categorias, seguidos de suas subcategorias oriundas dos elementos temáticos. Foi efetuado o agrupamento dos mesmos (quando convinha), chamados doravante por subcategoria (Bardin, 2010).

Segundo Bardin (2010), o processo de análise de conteúdo inicia com uma leitura flutuante, contemplando todo o material levantado, auxiliada, muitas vezes, por anotações do pesquisador a respeito das impressões obtidas. A partir disso, selecionam-se todos aqueles que se configuram como elementos temáticos, ou seja, unidades de registro configuradas como núcleos mínimos de significação. Uma vez que todos os elementos temáticos forem identificados, faz-se o agrupamento por semelhanças e diferenças. Na sequência, dá-se o agrupamento dos dados em função da construção de subcategorias e categorias, para posteriormente refiná-las e nomeá-las. Nesse processo, é importante considerar o referencial teórico e o material obtido na coleta, observando a consistência entre as categorias, inferências, os elementos temáticos, as subcategorias e os temas. Importante ressaltar que a categorização das respostas foi realizada por três juízes membros do LAPAM. Tal metodologia foi adotada visando maior fidedignidade, alicerçadas pelos princípios da categorização descritos por Bardin (2010). Quanto à análise das fotografias, foram analisadas segundo a classificação de ambiente restaurador ou ambiente estressor, assim como a frequência que cada ambiente foi mencionado.

5 RESULTADOS

5.1 Perfil dos participantes

Participaram dessa pesquisa o total de 30 acompanhantes de pacientes pediátricos. Destes, 27 eram do sexo feminino e três do sexo masculino. Em relação ao grau de parentesco

que possuíam com o paciente, das 27 mulheres, duas eram avós, 25 eram mães, enquanto os três homens eram os pais do paciente. Todos estavam na condição de acompanhante e residiam em Santa Catarina. Foram 66,7% acompanhantes da Unidade B e 33,3% da Unidade D. Sobre a escolaridade dos participantes, constatou-se que três (10%) possuíam ensino fundamental completo, cinco (16,7%) possuíam o ensino fundamental incompleto, 13 (43,3%) possuíam ensino médio completo, seis (20%) possuíam ensino médio incompleto, três (10%) possuíam ensino superior incompleto, embora não houvessem participantes com ensino superior completo, mestrado e doutorado, bem como sem qualquer escolaridade.

No que concerne à idade dos participantes, dois (6,7%) possuíam idade entre 18 e 21 anos, um (3,3%) possuía idade entre 22 a 25 anos, seis (20%) possuíam idade entre 26 e 30 anos, 21 (70%) possuíam idade igual ou superior a 31 anos. Destes 70% com idade superior, a média atingiu 38,9, com Desvio Padrão de 8,9, mínima de 31 anos, máxima de 59 anos e Amplitude igual a 28. Referindo-se ao estado civil dos participantes, quatro (13,3%) encontravam-se solteiros(as), 11 (36,7%) casados(as), 13 (43,3%) em união estável e dois (6,7%) estavam separados legalmente de seu parceiro(a).

Foram coletados dados sobre o paciente que estava sendo acompanhado para melhor compreender a situação do participante. Desta forma, oito (26,7%) dos acompanhantes possuíam apenas um filho, neste caso, o próprio paciente; nove (30%) dos acompanhantes possuíam dois filhos; sete (23,3%) possuíam três filhos; e seis (20%) possuíam mais de três filhos. Os pacientes acompanhados pelos participantes desta pesquisa possuíam idade entre zero a três anos (33,3%), quatro a sete anos (36,7%), oito a 11 anos (20%) e 12 a 15 anos (10%). O motivo que levou a internação do paciente foi tratamento de doença crônica (36,7%), tratamento de doença não diagnosticada (13,3%), infecção (13,3%), realizar procedimento cirúrgico (30%) e vítima de acidente (6,7%).

Quando questionados a partir da seguinte pergunta: “*Durante a internação, qual a importância dos seus cuidados e presença para o paciente?*”, todos os acompanhantes (100%) julgaram como “*muito importante*” sua participação nos cuidados diários com o acompanhante e acrescentaram como justificativa o grau de dependência afetiva que os pacientes possuem consigo, assim como a sua importância no auxílio com os aparelhos médicos, alimentação e demais cuidados. 96,7% dos acompanhantes permanecem 24 horas cuidando e auxiliando o paciente, enquanto apenas 3,3% foi abordado na pesquisa em condição de acompanhante por apenas cinco horas. Em relação ao tempo de permanência no hospital sob a condição de acompanhante, 20 acompanhantes (66,7%) estavam há menos de uma semana, nove (30%)

estavam entre duas semanas a um mês no hospital, e apenas um acompanhante (3,3%) estava entre dois a cinco meses no hospital de modo ininterrupto.

5.2 *Wish Poem* – Poema dos Desejos

O instrumento “*Wish Poem*” foi iniciado logo após a aplicação do questionário sociodemográfico, buscando coletar as expectativas e anseios dos participantes sobre o que um hospital infantil deveria conter em sua estrutura. A pesquisadora deixava livre para o participante optar sobre como gostaria de expressar suas ideias, se por desenhos, frases, palavras ou poemas. Para tanto, a pesquisadora deixava livre em uma mesa lápis de cores e de escrever. Contudo, foi consenso entre os participantes a expressão de suas ideias por meio de palavras e frases curtas.

Tanto os resultados obtidos por meio deste instrumento quanto aqueles extraídos das entrevistas semiestruturadas foram analisados e categorizados com o auxílio do *software* Atlas.ti versão 8.0. Foi verificado que o *Wish Poem* serviu tanto para que os participantes expressassem seus desejos quanto a hospitais ideais, como também para explanar seus descontentamentos e sugestões de melhorias para o hospital infantil onde realizou-se a coleta de dados.

Ao final da coleta de dados por meio do *Wish Poem*, os resultados foram tabelados e organizados para serem codificados no *software* Atlas.ti versão 5.0. Após a codificação, os elementos categóricos foram agrupados em famílias, cada família foi nomeada de acordo com os elementos que se assemelhavam (Bardin, 2010). Nesse sentido, exclusivamente a partir do *Wish Poem* foram criadas três categorias, que contemplam suas subcategorias. Durante o processo de análise de conteúdo, os conceitos de ambientes restauradores, estresse e significado ambiental foram norteadores às reflexões e discussões advindas. Entretanto, ressalta-se que o discurso de cada participante foi resguardado, buscando extrair das verbalizações potenciais articulações com as teorias de ambientes restauradores e *Evidence Design-Based*.

A partir dos elementos de cada *Wish Poem* foi possível construir uma Nuvem de Palavras, como visto na Figura 1. Os elementos em evidência foram aqueles com maior número de menções entre os participantes. Nesse sentido, foi possível diferenciar os elementos em três tipos: a) elementos de valência positiva, expressando as características e aspectos do hospital que podem ser mantidos por serem positivos; b) elementos de valência negativa, expressando os descontentamentos com o hospital infantil; bem como c) elementos neutros, pois

caracterizam-se como sugestivos a futuras instalações de instituições de assistência à saúde, assim como o próprio hospital infantil onde a pesquisa sucedeu.



Figura 1. Nuvem de palavras do *Wish Poem*.

Fonte: Gerada pelo Atlas.ti versão 5.0.

Como visto na Figura 1, os elementos temáticos mais citados durante a aplicação do *Wish Poem* estão em destaque na Nuvem de Palavras, quais sejam: Banheiro (16 repetições), Acompanhante (11 repetições), Bom (10 repetições), Atendimento (10 repetições), Quarto (nove repetições), Cadeira (nove repetições), Banho (oito repetições), Médico (oito repetições), Bons (sete repetições), Profissionais (cinco repetições), Melhor (cinco repetições), Conforto (quatro repetições), Paciente (quatro repetições), Lugar (quatro repetições), Casa (quatro repetições) e Cama (quatro repetições). O resultado indica que a maioria dos elementos sugerem melhorias, tanto para o hospital onde a pesquisa foi realizada, como também para outras instituições de assistência à saúde. Para melhor compreensão, na Tabela 5 foram descritas as categorias sustentadas a partir da Análise de Conteúdo Temático Categorical, suas respectivas valências (positiva, negativa ou neutra), assim como sua subcategoria e elementos temáticos.

Tabela 5.

Organização da análise de conteúdo do *Wish Poem*

<i>Categorias</i>	<i>Valências</i>	<i>Subcategorias</i>	<i>Elementos (N)</i>
		Mobiliário	TV (1) Mesinha (1)

Categoria 1: Aspectos ambientais associados à restauração	Positiva		Cama (1)
		Atendimento multiprofissional	Enfermeiras educadas (1) Enfermeiras bem carinhosas (1) Super educados (1) Médicos bons (3) Médicos são bons (1) Profissionais bons (1) Profissionais atenciosos (2) Bom atendimento (7) Ótimo atendimento (1)
		Aspectos físicos	Estrutura bonita (1) Estrutura boa (1) Refeitório (1) Aparelhos bons (1)
		Ambientes naturais	Parquinho (1) Área de lazer (1) Ambiente para se sentir um pouquinho mais em casa (1)
		Saúde	Comida boa (1)
		Significados	Segunda casa (1)
Categoria 2: Aspectos ambientais associados ao estresse	Negativa	Mobiliário	Cadeira de repouso (2) Cadeira do acompanhante (1) Cadeiras horríveis (1) Cadeiras (1) Poltronas (1) Armários (1) Móveis precários (1) Cadeiras quebradas (1)
		Atendimento Multiprofissional	Não falam sobre os exames (1) Trazem seus problemas de casa para cá e descontam (1) Não ser tão seca (1) Opinião de mãe não importa (1)
		Aspectos físicos	Não tem onde tomar banho (1) Banheiro (3) Desorganizado (1) Emergência (1) Cozinha (1)
		Saúde	Horários das refeições muito ruins (1) Limpeza (1) Intervalo longo entre as refeições (1)
		Significado	Lugar estressante (1)
		Categoria 3: Expectativas e indicações para qualificar o ambiente hospitalar	Neutra
		Atendimento Multiprofissional	Mais humanidade (2) Mais atenção (2) Comprometimento (1) Mais amigáveis (1)

	Psicólogo para acolher (2) Educação (2) Atendimento melhor para crianças (1) Comunicação mais clara (2) Mais contato com os profissionais (1) Ter um resultado bom (1) Médicos mais atenciosos (1) Bons médicos (1) Bastante funcionários (1) Atendimento médico para o acompanhante (1) Flexibilidade (1) Treinar as faxineiras (1)
Aspectos físicos	Banheiros nos quartos (6) Reforma (2) Mais amplo (1) Estrutura melhor (1) Chuveiros nos banheiros (10) Manutenção (1) Mais equipado (1) Lugar para acolher (1) Farmácia para compra de medicamentos de uso contínuo (1)
Saúde	Limpeza (2) Vigilância na limpeza (1) Vigilância na cozinha (1) Rever alimentos dos acompanhantes e dos bebês (1) Medicações necessárias (1) Boa aparelhagem (1) Refeições em maiores porções (1)
Significado	Mais visitas (1) Mais liberdade (1) Mais perto da minha cidade (1) Internet (1) Aconchego (1)

Fonte: Elaborado pela autora, 2019.

Em relação a categoria 1 “Aspectos ambientais associados à restauração”, encontram-se os elementos de valência positiva e que cooperam para a restauração psicológica do estresse no âmbito do hospital infantil na perspectiva dos acompanhantes. Nesse sentido, nessa categoria estão os elementos temáticos associados ao bem-estar e melhora na condição de acompanhante. Dentro desta categoria estão as subcategorias: mobiliário, atendimento multiprofissional, aspectos físicos, aspectos naturais, saúde e significados.

De acordo com a subcategoria “mobiliário”, os quartos de internação pediátricos possuem aparelhos de televisão, que auxilia na distração, tirando o foco exclusivamente no

paciente e na dor para algum entretenimento que esteja sendo transmitido pelo aparelho. Outro móvel indicado como positivo é a “*mesinha*”, um móvel utilizado como apoio para a alimentação do paciente e para atividades lúdicas, assim como a “*cama*”, tratando-se da cama do paciente que foi mencionada como um móvel que transmite a aparência de ser confortável e seguro.

Sobre a subcategoria de “atendimento multiprofissional” estão os elementos temáticos relacionados à equipe de profissionais responsáveis pelo tratamento e recuperação dos pacientes pediátricos. Os acompanhantes classificam os profissionais com os adjetivos: “*bons*” (P6, P12, P14, P21), “*educados*” (P1, P3), “*carinhosas*” (P18), “*atenciosos*” (P7, P16). Fica perceptível que há satisfação dos acompanhantes em relação ao atendimento prestado, principalmente em relação à equipe de profissionais da saúde.

Na subcategoria “aspectos físicos” encontram-se elementos temáticos que representam as características físicas ligadas à sensação de bem-estar para acompanhantes. Percebeu-se que a estética foi uma característica destacada como positiva do hospital pelo P1 e P11, ao mencionar “*estrutura bonita*” e “*estrutura boa*” (sic). Segundo as descrições, foi possível classificar também que o refeitório é um ambiente agradável para os acompanhantes, pois permite a troca de conhecimentos e experiências com outros acompanhantes. Outro elemento físico classificado como positivo são as aparelhagens médicas para controlar agravos à saúde, que, por sua vez, mantém os acompanhantes mais tranquilos já que permite o monitoramento constante do paciente.

Em relação à subcategoria “aspectos naturais” encontram-se os elementos temáticos associados aos ambientes ou elementos naturais dispostos no ambiente hospitalar e que auxiliam na restauração psicológica do estresse do acompanhante. No hospital infantil há um espaço lúdico a céu aberto, disponível para os pais e pacientes que podem deslocar-se dos leitos em seus quartos de internação. Esse ambiente foi destacado por proporcionar uma maior proximidade e familiaridade com a moradia de origem da família, o que conseqüentemente, melhora a estadia no hospital. Assim, os elementos “*parquinho*”, “*área de lazer*” e “*ambiente para se sentir um pouquinho mais em casa*”, indicam que é possível, por meio de elementos naturais, aproximar os usuários de ambientes hospitalares a esses espaços para melhorar a qualidade de vida e restaurar capacidades psicológicas desgastadas perante a constante vivência do estresse neste âmbito.

A subcategoria “saúde” abarca apenas um elemento categórico associado à melhoria do bem-estar do acompanhante, isto é, “*comida boa*” (P17). Como já visto, o hospital infantil possui um refeitório, que disponibiliza gratuitamente a alimentação do acompanhante,

dividindo-se em café da manhã, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde e jantar. Primeiramente são servidos os funcionários do hospital, para que *a posteriori* os acompanhantes sejam servidos.

Na última subcategoria “significado” encontra-se o elemento categórico “*segunda casa*” (P30) de valência positiva atribuído ao hospital e expressa a vinculação afetiva que o acompanhante possui com o hospital. A menção “*segunda casa*” indica que o hospital possui aspectos ambientais, físicos, sociais e afetivos associados aqueles que o usuário encontra em sua residência, trazendo-lhe sensações de familiaridade e proximidade com o lugar.

Partindo para a categoria 2: “aspectos ambientais associados ao estresse”, encontram-se os elementos de valência negativa ligados ao ambiente que proporcionam sensações de estresse. Nessa direção, esta categoria contém os elementos que foram considerados como prejudiciais para a estadia e bem-estar dos acompanhantes. Assim como na anterior, nesta categoria estão as subcategorias: mobiliário, atendimento multiprofissional, aspectos físicos, aspectos naturais, saúde e significados.

Na subcategoria “mobiliário” estão presentes os elementos temáticos que indicam os móveis que causam desconforto e estresse para acompanhantes. Os elementos mais mencionados referem-se ao móvel de repouso: “*cadeira de repouso*” (P1, P2), “*cadeira do acompanhante*” (P4), “*cadeiras horríveis*” (P13), “*cadeiras quebradas*” (P26) e “*cadeiras*” (P30). Considera-se relevante este resultado já que o principal móvel de uso para o acompanhante é a cadeira. Nesse sentido, como foi considerada como desconfortável pelos usuários, acredita-se que o uso constante da cadeira de repouso pode favorecer o estresse em acompanhantes. Além disso, “*armários*” (P25) foi destacado como móvel que causa sensações de estresse já que houve casos de roubo dentro do hospital. Como os armários são compartilhados pelos acompanhantes de cada quarto e não possuem tranca em cada compartimento, qualquer usuário pode ter acesso aos bens materiais ali presentes, o que gera preocupações adicionais por parte dos acompanhantes. Por fim, o elemento “*móveis precários*” (P26) indica que a aparência do móvel é uma característica valorizada por seus usuários.

A subcategoria “atendimento multiprofissional” abarca os elementos temáticos: “*não falam sobre os exames*” (P14), “*trazem seus problemas de casa para cá e descontam*” (P21), “*não ser tão seca*” (P2) e “*opinião da mãe não importa*” (P23). Estes elementos indicam que a comunicação entre profissional-acompanhante é um aspecto a ser qualificado, tanto sobre a quantidade de informação como também a forma de comunicar. O elemento temático “*opinião de mãe não importa*” ressalta a convicção de que, por vezes, a comunicação entre profissional

de saúde e acompanhantes necessita ser mais aberta e clara, atribuindo importância à ambas as partes.

A subcategoria “aspectos físicos” engloba os elementos temáticos: “*não tem onde tomar banho*” (P4), “*banheiro*” (P7, P9, P14), “*desorganizado*” (P21), “*emergência*” (P21), “*cozinha*” (P27). Os acompanhantes indicam que, nos quartos de internação há apenas um banheiro para uso exclusivo de pacientes pediátricos. Os acompanhantes necessitam retirar-se das unidades e utilizar os banheiros nos corredores. O ato de deslocar-se até o banheiro proporciona preocupações com o paciente, principalmente aqueles que necessitam de vigilância constante do acompanhante. A preocupação e a sensação de estresse são agravadas quando é necessário realizar o banho, pois não há chuveiros disponíveis para uso de acompanhantes, tornando necessário o deslocamento até o albergue municipal. Percebeu-se que “*desorganizado*” refere-se à disposição de móveis, objetos e características ambientais do hospital infantil, que segundo a perspectiva dos acompanhantes, gera desconforto por transmitir a ideia de desordem. A cozinha também foi mencionada como um ambiente que gera sensações de estresse em decorrência do medo por contaminações de doenças por meio da comida.

Na subcategoria “saúde” estão presentes os elementos: “*horários das refeições muito ruins*” (P13), “*intervalo longo entre as refeições*” (P26), “*limpeza*” (P26). De acordo com os elementos acima, percebe-se que a organização dos horários das refeições, assim como a limpeza dos ambientes geram preocupação aos acompanhantes. Ainda sobre a limpeza, verificou-se que o processo de cuidados para evitar contaminações é algo que gera incômodos nos acompanhantes, pois acreditam que não é realizado da forma como deveria.

A subcategoria “significado” contém o elemento temático: “*lugar estressante*” (P24). Esse elemento indica que o hospital é associado às sensações físicas e psicológicas decorrentes do estresse, como por exemplo, preocupação e medo vivenciado pelos acompanhantes.

Por fim, a Categoria 3 “expectativas e indicações para qualificar o ambiente hospitalar” contempla as subcategorias e elementos temáticos de valência neutra que indicam sugestões para gestores e administradores do hospital atentar-se para uma melhor estadia dos acompanhantes. Tendo em vista o objetivo principal da aplicação do *Wish Poem*, esta categoria é a que melhor responde os intuitos da pesquisadora, isto é, levantar as expectativas dos acompanhantes e informações para melhorar o ambiente hospitalar.

Em relação à subcategoria “mobiliário”, os elementos categóricos sugerem que o conforto é uma qualidade ambiental reconhecida como importante para melhor qualidade de vida e bem-estar dentro do hospital. Este conforto foi evidenciado sobre o móvel de repouso, no qual se ressaltou que seriam necessárias melhorias nas cadeiras, mas principalmente, foi

mencionado que seria ideal possuir camas para acompanhantes que permanecem continuamente no hospital. Além disso, percebe-se a importância atribuída à qualidade do sono dos acompanhantes. Foi verificado que o sono contribui para o aumento ou diminuição do estresse, assim como a qualidade do móvel onde o acompanhante irá dormir. Destaca-se que a cama do paciente foi classificada como um dos móveis de maior conforto e segurança dentro do quarto de internação. Ademais, foi assinalado que o ar-condicionado requer manutenções, pois em alguns quartos o aparelho encontra-se com problemas técnicos e demonstra-se incapacitado de ofertar conforto térmico.

Sobre a subcategoria “atendimento multiprofissional” fica perceptível que os elementos categóricos apontam para a necessidade de atenção e humanidade que os acompanhantes necessitam no âmbito hospitalar. Como visto na Tabela 5, os elementos desta categoria indicam que algumas qualidades devem ser indispensáveis no trabalho entre profissional-acompanhante, quais sejam: humanidade, comprometimento, atenção, educação, amigáveis, comunicação clara e flexibilidade. Os elementos “*psicólogo para apoio*” (P4) e “*psicólogo falar o diagnóstico em casos mais complicados*” (P4), corroboram com a observação acima, já que o psicólogo foi visto como um profissional para ofertar apoio, escuta e atendimento humanitário aos acompanhantes. Percebeu-se ainda que alguns elementos categóricos sugerem que o hospital infantil atende um número significativo de pacientes e, aumentar o número de funcionários poderia minimizar o tempo de espera na emergência.

Na subcategoria “aspectos físicos” incluem os elementos categóricos que manifestam anseios por maior comodidade em efetuar higiene pessoal e necessidades fisiológicas. Deste modo, os elementos revelam que banheiros nos quartos tornaria a estadia no hospital mais confortável devido a fácil acessibilidade, assim como a disponibilidade de duchas para o banho. Ademais, os elementos “*reforma*” (P1, P7), “*mais amplo*” (P3), “*estrutura melhor*” (P3), “*manutenção*” (P7), atestam que, além da estética, a qualidade e a estrutura são características que causam atratividade e percepções positivas sobre o ambiente hospitalar.

No que se refere à subcategoria “saúde”, dos sete elementos categóricos que a complementam, quatro tratam-se da alimentação, três sobre a limpeza, um sobre medicações e, enfim, um sobre aparelhos médicos. Novamente a alimentação mostra-se um elemento importante e que gera bem-estar para o acompanhante, já que é disponibilizado gratuitamente no hospital. Além disso, os elementos “*vigilância na limpeza*” (P27) e “*vigilância na cozinha*” (P27) referem-se aos riscos com contaminação que podem ocorrer por meio da limpeza e de resíduos na alimentação do hospital.

Tratando-se da última subcategoria “significado”, estão os elementos temáticos classificados pelos acompanhantes como indispensáveis à aproximação de acompanhante-paciente e acompanhante e demais familiares. Fica nítido que os elementos “*mais visitas*” (P7) e “*internet*” (P10) indicam a rede de apoio e meios de aproximar essa rede do paciente. Outro aspecto analisado diz respeito aos elementos “*aconchego*” (P21) e “*mais perto da minha cidade*” (P9), que indicam a tentativa de aproximar-se de características ambientais familiares.

5.3 Entrevista Semiestruturada

5.3.1 Categoria 1: Atributos físicos e significados de lugares que proporcionam restauração

A entrevista semiestruturada foi associada a uma variação da técnica fotografando ambientes – quando o participante registra o cenário –, ou ambiente fotografado – quando o próprio pesquisador registra a fotografia. Durante a entrevista, foi realizado o seguinte questionamento: “*Se nesse momento você estivesse se sentindo estressado, com mal-estar, ansioso, triste, preocupado, que lugar do hospital você procuraria para se sentir melhor?*”. Posteriormente, o lugar mencionado na resposta do participante foi fotografado, ou pelo participante, ou pela pesquisadora.

A técnica fotografando ambientes foi efetuada somente por dois participantes (P3 e P25), o restante das fotografias foram obtidas perante a técnica ambiente fotografado, isto é, 28 participantes. Percebeu-se que a técnica fotografando ambientes obteve diversas dificuldades para ser efetuada, mesmo em casos em que o paciente apresentava um quadro clínico estável. Na maioria dos casos, os participantes demonstravam receio em se distanciar dos pacientes, pois acreditavam que poderia ocorrer algum evento adverso no momento de sua saída para o registro fotográfico. Visto tal preocupação, verificou-se que a técnica fotografando ambientes foi uma fragilidade da pesquisa, embora refletida *a priori* de ser aplicada, atribuindo a possibilidade de efetuação da segunda técnica de registro fotográfico.

Dentre os ambientes considerados restauradores, ressaltam-se aqueles mais mencionados: “*área de sol*” (P1, P5, P9, P26, P27, P28 e P29), “*capela*” (P2, P3, P6, P12, P17 e P21), “*área externa*” (P4, P16, P18, P25, P30) e “*corredores e rampas*” (P7, P8, P20). Para além destes ambientes, também foi mencionado a “*sala de espera*” (P19 e P22), a “*sala da psicóloga*” (P10), e o ato de “*falar com Deus*” (P11) no próprio quarto de internação. Alguns acompanhantes (P13, P14, P15 e P23) preferiram não classificar os ambientes, devido à falta de contato significativo com os ambientes hospitalares disponíveis. Isto por que alguns

pacientes são transferidos de outras instituições de saúde e assim que chegam no hospital já são direcionados para quartos de internação. Além desses casos, alguns acompanhantes destacaram que preferem evitar preocupações com o paciente devido a sua ausência próxima ao leito, permanecendo o máximo possível no quarto de internação com o paciente. Para apresentar esses dados, foi elaborado um gráfico ilustrativo (Figura 2).



Figura 2. Gráfico de Classificação de Ambientes Restauradores

Fonte: Dados extraídos dos resultados oriundos do Excel, versão 2016.

Logo após escolher um lugar no hospital de sua preferência, os participantes eram questionados sobre: “*O que esse ambiente possui que torna ele seu preferido dentre todos?*”. A partir desse questionamento, foi possível mensurar os atributos físicos associados à capacidade restaurativa do ambiente. Como ilustrado na Figura 2, a área de sol foi considerada a mais apropriada para que os usuários se sintam relaxados. De acordo com as narrativas, a área de sol possibilita o contato com ventilação e iluminação naturais, brinquedos para os pacientes e bancos disponíveis para sentar.



Figura 3. Ambiente fotografado: Área de sol

Fonte: Imagem capturada pela pesquisadora, arquivos de pesquisa, 2019.

Em relação aos brinquedos, foi evidenciada a importância de os acompanhantes visualizarem os pacientes fora do leito, em um momento de descontração, distraíndo-se da dor. Esta perspectiva ficou nítida em uma narrativa de uma mãe: *“A mãe se sente à vontade, por que lá vê o filho feliz, brincando, então a gente fica feliz também”* (P1). No que concerne à ventilação e iluminação, a partir das falas dos participantes foi averiguado que o quarto possui uma ventilação considerada densa e iluminação natural baixa, pois o sol é coberto pelas cortinas nos quartos de internação. Entretanto, sobre a ventilação e iluminação na área de sol, os participantes mencionaram que o escolheram *“por ser aberto, já que aqui é muito fechado”* (P5), *“saí do meio dos quartos, cantinho para ficar relaxado, arejado, para acalmar”* (P28), *“aberto, pega um ar, um vento”* (P29). Outros aspectos destacados e que influenciam positivamente na restauração do estresse refere-se aos elementos naturais: *“dá para ver a natureza, o mar, fico meditando, pegando sol”* (P9), ambiente com privacidade: *“isolamento, não tem mães, crianças, vou em um horário que não tem ninguém”* (P26) e sem ruídos: *“calmo, agradável”* (P27).

Para identificar o significado ambiental em relação ao ambiente escolhido para ser fotografado, outro questionamento foi feito aos participantes: *“Se você pudesse nomear esse lugar com uma única palavra ou frase, qual seria?”*. De acordo com Wiesenfeld (2005), o

significado que um indivíduo atribui a determinado ambiente ou contexto marca o caráter da relação estabelecida entre ambos, isto é, pessoa-ambiente. Em outras palavras, as relações entre pessoas e ambientes são significadas com base nos condicionantes mencionados. Assim, a partir do questionamento supracitado, os participantes nomearam os lugares destacados como restauradores, demonstrando seu significado individual.

As nomeações escolhidas para representar o ambiente da área de sol foram: “*sala feliz*” (P1), “*lugar de felicidade*” (P5), “*paraíso*” (P9, P27), “*cantinho do sossego*” (P26), “*sossego*” (P28) e “*refúgio*” (P29). Percebe-se que o lugar foi associado por dois participantes ao sentimento de felicidade, o que destaca que o ambiente hospitalar pode ofertar sentimentos de valência positiva. Paraíso foi uma palavra mencionada por dois participantes, remetendo-se aos aspectos estéticos e físicos do ambiente que ofertam bem-estar. O elemento refúgio refere-se à capacidade do ambiente em oferecer ao acompanhante um ambiente de escape. Como visto, Souza et al. (2015) indicam que o escape é a capacidade que o ambiente possui em afastar a pessoa física e/ou psicologicamente do ambiente que lhe proporciona estresse.

Em relação à Capela (Figura 4), o aspecto da religiosidade e da fé associados à enfermidade do paciente acompanhado foram os principais elementos presentes nas narrativas ao serem questionados sobre a escolha do ambiente como o favorito. Estes aspectos foram vistos nas seguintes narrativas: “*gera paz, único lugar que conheci, um lugar para desabafar, é necessário procurar Deus e se apegar nessas condições*” (P2), “*santíssimo, lugar forte, lugar de conforto*” (P3), “*um lugar para falar com Deus, devemos ter Deus na vida da gente. Um lugar para sentar, relaxar a cabeça*” (P6) e “*lugar sossegado, que dá para rezar, para focar mais nele*” (P12). A tranquilidade e a distração também foram aspectos associados a capela como ambiente restaurador: “*traz tranquilidade para o coração, alma e corpo*” (P17) e “*sai um peso, consegue se distrair um pouco*” (P21).

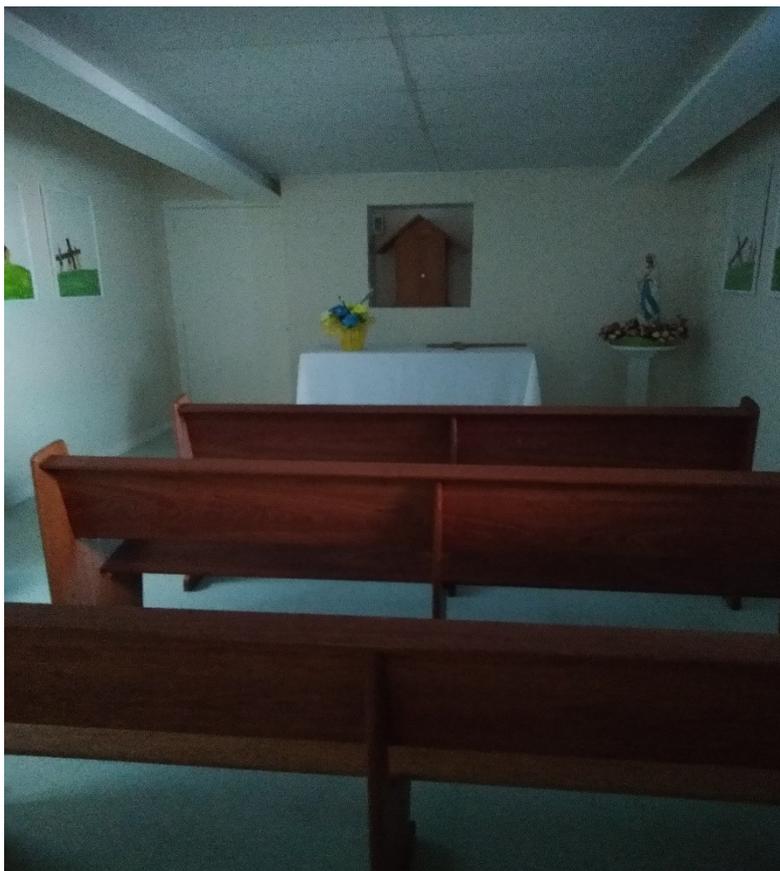


Figura 4. Fotografando ambientes: Capela.

Fonte: Imagem capturada pela pesquisadora, arquivos de pesquisa, 2019.

Quanto ao significado atribuído a capela, percebeu-se que novamente o elemento conforto esteve presente, assim como a paz e o desabafo. A religiosidade esteve associada a um fator protetivo aos acompanhantes e, o ambiente da capela, por conter elementos religiosos, reforçam a fé e o amparo em momentos de dificuldade. Tal interpretação foi possível obter a partir das nomeações ao ambiente da capela: “*cantinho da paz*” (P2, P6), “*conforta o coração*” (P3), “*canto da paz*” (P17) e “*canto do desabafo*” (P21). Cabe mencionar que o participante 12 não soube nomear o ambiente.

O terceiro ambiente mais mencionado como restaurador no âmbito hospitalar foi a área externa (Figura 4), próxima à garagem dos funcionários do hospital. Percebeu-se que o ambiente externo foi classificado como restaurador por permitir a saída do hospital e o vislumbre de ambientes que não se assemelham a tal. Dois participantes não conseguiram nomear e explicar os motivos que os fizeram escolher pela área externa como ambiente de restauração, embora os outros três participantes tenham escolhido pelos seguintes aspectos: “*distração, um lugar para pensar*” (P18), “*lá vem um ar, tira o peso das costas*” (P25) e “*lá tu vê coisas diferentes, se distrai*” (P30). Novamente a ventilação foi um aspecto ambiental

favorável para a restauração psicológica do estresse. A distração é outro favorecedor que possibilita o desfoque temporário no paciente e em sua enfermidade. O vislumbre de objetos, pessoas e ambientes diferentes foi associado à restauração, tendo em vista que a maioria do que é observado no âmbito dos quartos de internação pediátricos remete ao objetivo principal da internação, isto é, o tratamento de doenças.



Figura 5. Fotografando ambientes: Área externa.

Fonte: Imagem capturada pela pesquisadora, arquivos de pesquisa, 2019.

A fotografia da área externa foi capturada pela P25, expressando o local em que a participante se desloca para refletir e consumir café e que considera um ambiente restaurador. Neste ambiente é possível observar que possuem árvores, uma parte coberta por gramado e carros de funcionários estacionados no fundo. Ao lado direito desta imagem existe um banco para usuários se sentarem e uma caixa de madeira no chão com restos de cigarro. Do lado

esquerdo existe uma área para caminhões estacionarem com alimentos, remédios e produtos de limpeza.

Partindo para o significado atribuído a área externa, os participantes ressaltaram que o ambiente propicia paz, momentos de reflexão e distração, como visto nas nomeações: “*paz, cantinho da paz*” (P18), “*momento de reflexão*” (P25) e “*paraíso da distração, um lugar para pensar*” (P30). Ressalta-se que P4 e P16 não souberam nomear o ambiente, mas o consideraram restaurador. Outro aspecto observado na fotografia diz respeito à árvore em evidência e vestígios ambientais de desgaste do gramado logo abaixo da árvore, indicando uso constante do ambiente.

Logo em seguida, o quarto ambiente mais mencionado foram os corredores e rampas do hospital (Figura 5). Este ambiente foi classificado como restaurador devido a sua extensão de uma extremidade a outra, que permite aos usuários realizar caminhadas entre as unidades, como visto na narrativa de P20 “*é grande, dá pra caminhar*”. Além disso, P8 ressaltou que essas caminhadas pelos corredores e rampas favorecem momentos de reflexão: “*é bom para pensar*”. Nos corredores há intervalos entre uma unidade e outra com vidraças com vista para uma área aberta com jardins, aspecto este ressaltado por P7: “*vê tudo de frente, é espaçoso e ao ar livre*”.



Figura 6. Ambiente fotografado: Corredores e rampas.

Fonte: Imagem capturada pela pesquisadora, arquivos de pesquisa, 2019.

Quanto ao significado atribuído aos corredores e rampas, destacou-se novamente o seu comprimento e os pensamentos, que devido a essa longa extensão de corredores, permite que os acompanhantes reflitam sobre seus embates e pensem em estratégias de enfrentamento. Tais resultados foram extraídos das seguintes nomeações atribuídas ao ambiente: “*caminho sem fim*” (P7), “*lugar sem fim*” (P8) e “*corredor do pensamento*” (P20).

De modo sequencial, a sala de espera da Unidade de Terapia Intensiva – UTI (Figura 6) foi mencionada por dois participantes (P19 e P22) que acreditam que este ambiente seja restaurador por possuir um mobiliário de conforto e entretenimento através de livros, revistas e televisão, assim como ressalta o P19 “*tem sofá, tem TV, livros para ler. É um lugar confortável [...] uma bíblia, um pote com palavras de conforto, achei muito legal*”. Além disso, o ambiente foi escolhido devido à presença de outros pais, possibilitando o compartilhamento de experiências na condição de acompanhante pediátrico: “*não pelo lugar, mas pelo convívio com outros pais, pela troca de experiência tu consegues ver casos mais complexos*” (P22). Este último ressalta ainda que, por poder visualizar outros casos mais graves e ouvir discursos de pais com sofrimentos ainda mais agravantes, a dor é minimizada e sobressai o sentimento de gratidão: “*é um lugar onde você aprende a dar valor pela vida, pela saúde*” (P22).



Figura 7. Ambiente fotografado: Sala de espera da UTI.

Fonte: Imagem capturada pela pesquisadora, arquivos de pesquisa, 2019.

Cabe destacar que a fotografia retirada pela pesquisadora da sala de espera da UTI destacou apenas uma parte do ambiente, pois o ambiente estava ocupado por usuários que estavam aguardando atendimento. Na fotografia, retirada a partir da técnica de ambiente fotografado, é possível analisar alguns elementos mencionados pelo P19, como a Bíblia, os livros e revistas disponíveis para leitura, o aparelho de televisão e logo ao lado direito do vaso com flores, o recipiente com bilhetes em papel contendo frases de conforto aos acompanhantes. Embora não mencionado, o ambiente é climatizado e possui bebedouro com água mineral natural ou gelada, cadeiras no lado direito e dois sofás no lado esquerdo.

O participante 22 não soube nomear o ambiente supracitado, enquanto que o P19 atribuiu ao ambiente o significado de “*agradável*”. Embora o ambiente tenha sido mencionado por dois usuários como restaurador, há uma controvérsia. O participante 28 considerou a sala de espera da UTI o ambiente que menos gosta, devido à ansiedade gerada em aguardar por notícias dos médicos. Tendo isso em vista, algumas variáveis podem modificar o significado ambiental,

como por exemplo, o motivo de aguardar na sala de espera. Enquanto os participantes P19 e P22 estavam esperando seus filhos realizar exames de acompanhamento, o participante P28 aguardava notícias de seu filho que estava realizando uma cirurgia de emergência, sob risco de vida.

Por fim, o último lugar considerado restaurador foi a ‘sala da psicóloga’ (Figura 7), assim nomeado pela participante 10, localizado próximo à entrada da emergência. Como o ambiente estava sendo utilizado, não foi possível adentrar no local para capturar a fotografia. A partir das narrativas, fica nítido que o ambiente se tornou restaurador devido ao simbólico atribuído ao ambiente, como visto nas falas a seguir: “*sala calma, ela sabe como me acalmar, ela abraça e tranquiliza a gente*” (P10). Ao mencionar que “*ela abraça*”, a participante se refere à psicóloga e seu afeto, empatia e acolhimento profissional que a proporciona bem-estar e tranquilidade. Contudo, como tais afetos são dados no consultório, o mesmo está carregado de significados de restauração. A mesma participante ainda ressalva que a sala da psicóloga “*é um lugar ótimo. Tem aparelhos, computadores, mesa e armários*”. Nesse momento o mobiliário do ambiente mostrou-se importante para a restauração.



Figura 8. Ambiente fotografado: Sala da Psicóloga.

Fonte: Imagem capturada pela pesquisadora, arquivos de pesquisa, 2019.

Já sobre o significado ambiental que a participante atribuiu, também se relaciona com a decorrência do atendimento psicológico: “*sala da tranquilidade*” (P10). O serviço de psicologia do hospital é direito dos usuários, mantendo a disposição uma psicóloga para realizar atendimentos e acompanhamentos psicológicos em casos encaminhados ou quando solicitada pelo próprio usuário. A Psicoterapia Breve é muito utilizada em casos em que não será realizado o acompanhamento. Já nos casos de acompanhamento, o paciente já possui um histórico de internações intermitentes ou contínuas e duradouras. Casos de violência, abandono e abuso sexual também são encaminhados a psicóloga com urgência.

5.3.2 Categoria 2: Atributos físicos e significados de lugares que proporcionam estresse

Para identificar os lugares estressores no âmbito hospitalar, foi questionado aos participantes “*qual é o lugar do hospital que você menos gosta?*”. A partir dessa questão,

verificou-se que nove participantes não mencionaram nenhum lugar, justificando que não tiveram contato com lugares que não gostaram no hospital infantil. Verificou-se que, dentre esses nove participantes, a maioria não teve contato com outros ambientes além do quarto de internação, impossibilitando-os de classificar os ambientes como estressores ou mesmo com o contato, não o causaram sensações de estresse. O restante dos participantes mencionaram, em ordem crescente, os seguintes ambientes: “banheiro” (P6, P15, P16, P23, P27, P30), “emergência” (P2, P3, P7, P8, P21), “UTI” (P1, P11, P22, P25, P28), “ambulatório” (P4, P9, P26), “recepção” (P5) e “unidade D” (P10). A exposição gráfica na Figura 9 destaca os dados supracitados.

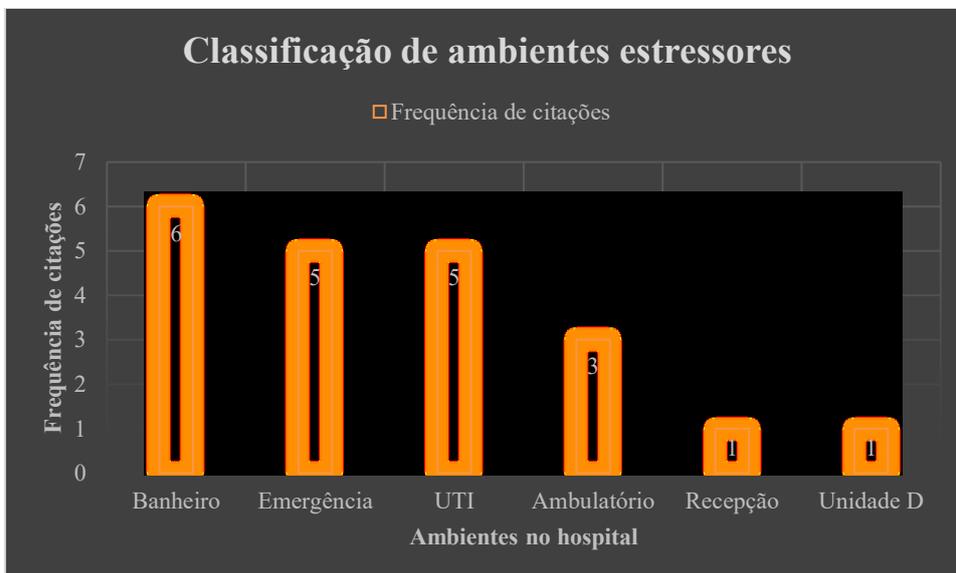


Figura 9. Gráfico de Classificação de Ambientes Estressores.

Fonte: Dados extraídos dos resultados oriundos do Excel, versão 2016.

No que concerne aos banheiros do hospital (Figura 8), os estressores em maior evidência foram a falta de mobiliário e objetos indispensáveis no banheiro, como por exemplo disto, P6 e P27, respectivamente, ressaltam que “*não tem descarga, nem trinque e nem tampa. Medo de alguém entrar e pegar a gente ali*” e “*não tem um espelho para a gente se ver, pentear os cabelos, se arrumar, não tem papel e nem tampa no vaso*”. Outro estressor diz respeito à falta de limpeza constante, causando odores, sujeira no chão e no vaso sanitário, assim como destaca o P23 “*nojo, porquice, xixi em cima das tampas, é horrível*”. Foi mencionado que nos banheiros próximos à emergência existem banheiros com duchas para os funcionários. Nestes banheiros, alguns acompanhantes realizam seu banho, queixando-se de possuírem água gelada, imprópria

para banho, principalmente no inverno. Por conta dos aspectos estressores dos banheiros, a evitação foi uma atitude adotada pela P15: “*nem vou, evito ao máximo de ir, é nojento*”.



Figura 10. Ambiente fotografado: Banheiro.

Fonte: Imagem capturada pela pesquisadora, arquivos de pesquisa, 2019.

Já em relação às nomeações dos banheiros, carregadas de significados, os participantes mencionaram: “*ridículo*” (P6), “*terror*” (P15), “*confusão*” (P16), “*desastre*” (P16), “*nojo*” (P23), “*nojo, porcaria*” (P27) e “*castigo*” (P30). A hostilidade percebida nas nomeações indica que o banheiro é considerado o lugar mais estressante e desagradável no hospital devido às próprias características ambientais de limpeza, organização, mobiliário e usuários. Ressalta-se que as nomeações estão carregadas de significado ambiental, que por sua vez, está ligado a atribuição de sentido e valor que o usuário oferta sobre determinado ambiente. Tendo em vista

que o conjunto de acepções mencionadas possuem valência negativa, entende-se que as reações emocionais decorrentes do uso dos banheiros possam causar estresse.

É necessário destacar que a captura fotográfica do banheiro, expressa na Figura 8, diz respeito ao banheiro que permanece a disposição dos usuários do hospital infantil nos corredores, entre as unidades de internação. O banheiro da captura fotográfica estava com todos os acessórios do vaso sanitário, distinguindo-se das menções de falta de tranca nas portas, tampa e assento de vaso sanitário, embora nenhum dos banheiros do corredor realmente possuísse espelhos. O banheiro com queixas referente à água gelada e falta de acessórios básicos refere-se ao banheiro próximo à emergência, mas não foi possível tirar a fotografia deste banheiro devido à quantidade de usuários no local.

Em sequência, o segundo ambiente mais presente no discurso dos acompanhantes no que se refere ao estresse foi a emergência (Figura 9). Porém, percebeu-se nas exposições orais que o ambiente foi classificado como estressor devido ao significado atribuído ao ambiente e pelas enfermidades dos pacientes infantis expostas neste ambiente do que atributos físicos em si. Algumas narrativas representam o que está sendo destacado: “*crianças doentes, tristeza*” (P2), “*crianças passando mal, uma chegou a falecer na nossa frente*” (P3) e “*você vê tantas mães sofrendo, vê cada coisa*” (P8). O sofrimento foi o elemento temático mais destacado nas manifestações orais dos participantes, ou seja, o aspecto emocional é o indicador de estresse deste ambiente.



Figura 11. Ambiente Fotografado: Emergência.

Fonte: Imagem capturada pela pesquisadora, arquivos de pesquisa, 2019.

Em relação aos atributos ambientais que causam estresse na emergência, foi apontado que o ambiente possui fortes ruídos por ser um espaço exíguo e confinar muitos usuários, conforme destaca P21 *“lá tem pouco espaço [...] estressada porque tinha muito barulho”*. Além dos ruídos, a desorganização, o desconforto, o atendimento e a mobília do ambiente foram destacados como estressores. Sobre o atendimento da emergência, percebeu-se que foi classificado devido à forma que os funcionários abordam os usuários e pela espera decorrente da alta demanda de usuários, assim como destacam P7 e P8, nesta ordem: *“demora muito o atendimento”* e *“fora os atendentes, que te atendem mal, tem que gostar do que faz”*.

Com exceção do acompanhante P21 que não soube nomear o ambiente, o restante dos participantes que optaram pela emergência como local que menos gosta o nomeou como: *“horrível, triste, decadência”* (P2), *“lugar de dor”* (P3), *“eternidade sem fim, dolorosa”* (P7) e

“*desespero*” (P8). Percebem-se elementos temáticos que remontam ao emocional e à estética associada à emergência.

A fotografia da emergência apenas foi retirada da área externa, devido à concentração de usuários internamente e que poderiam ser identificados na imagem. Neste ambiente, há um funcionário na portaria que oferece informações e orienta os usuários, funcionárias no atendimento geral para cadastrar os pacientes e distribuir as senhas de atendimento, salas para os atendimentos profissionais e um local para os usuários aguardarem atendimento.

O terceiro ambiente considerado o mais estressor foi a UTI (Figura 6). Semelhante com o ambiente supracitado, a UTI abarca consigo questões emocionais e psicológicas decorrentes da internação e vislumbre de um ente querido sob risco de morte. Assim, o ambiente foi classificado como estressor sobrepondo suas características físicas, mas sim pelo aguardo de notícias e pela angustiante sensação de iminente perda. O anseio por informações sobre o estado clínico de saúde dos pacientes infantis foi um aspecto destacado entre os acompanhantes: “*angustiante, sem informação se estava bem ou não*” (P1), “*você aguarda notícias do teu filho, dá aflição*” (P28). Além disso, os acompanhantes queixam-se que o ambiente da UTI causa desconforto pelas sensações psicológicas e físicas decorrentes do aguardo na sala de espera: “*desespero, vontade de chorar, para uma mãe não é fácil*” (P11), “*o psicológico fala mais alto. Angustiante, o tempo de espera, de não ver resultados, o tratamento não estar evoluindo*” (P22), “*crise de asma, nervosa, ver minha filha entubada, em coma, principalmente por não conhecer o desfecho do que ela tinha, me deixou muito abalada*” (P25), “*dor de cabeça, mal-estar, ânsia de vômito*” (P28).

Neste momento, ressalta-se a ambivalência entre os acompanhantes: enquanto dois acompanhantes acreditam que a sala de espera da UTI é um ambiente restaurador, outros cinco acompanhantes a classificaram como estressor. Cabe destacar que o acesso para a UTI apenas é permitido à profissionais da saúde. Portanto, o ambiente que os acompanhantes tiveram contato e que classificaram como estressor, foi, na verdade, a sala de espera da UTI. Os profissionais que atendem na UTI foram destacados como um fator de proteção a favor da restauração do estresse, visto que os participantes consideraram que os melhores profissionais estão condensados neste ambiente.

As nomeações da UTI remetem a sensações psicológicas decorrentes do estresse, tais como: angustia, desespero, inquietude e choro constante. As significações associadas ao estresse foram: “*cantinho da dor. Tu não sossegas, dá um desespero*” (P11), “*angustiante*” (P22) e “*desespero, angustiante*” (P28). O medo e a preocupação foram sentimentos atrelados aos sintomas mencionados. Além disso, as nomeações indicam que existe, em alguns casos,

sentimentos de gratidão envolvidas ao ambiente da UTI, devido ao atendimento multiprofissional e a saída do paciente com o estado de saúde estável. Os significados que remetem a sentimentos de gratidão foram: “*eu sai feliz, tive sorte, mas nem todo mundo tem*” (P1) e “*salva vidas*” (P28).

O ambulatório foi o ambiente classificado por três participantes como sendo o menos agradável dentre todos do hospital. O acompanhante P4 indicou que, por lhe proporcionar sintomas de ansiedade, a fuga é um dos principais anseios no ambiente: “*vontade de fugir, ansiedade, estresse, vontade de ir para casa, mas não podia*” (P4). O ambulatório foi descrito como sendo um local aglomerado de usuários, o que indica escassez de espaço para atender a todo o público-alvo. Por estar com lotação de usuários, foi mencionado que o ambiente oferece sensações de falta de ar e sufocamento. Ressalta-se tal afirmação diante das narrativas: “*Todo fechado, um cubículo com muita gente aglomerada*” (P4) e “*todo mundo amontoadado, muita gente para atender, uma muvuca*” (P26).



Figura 12. Ambiente fotografado: Ambulatório.

Fonte: Imagem capturada pela pesquisadora, arquivos de pesquisa, 2019.

A falta de janelas, permitindo a entrada de ventilação e iluminação naturais também foi referenciada como um aspecto prejudicial para aqueles usuários do ambulatório por dificultar a visualização, respiração e pelos odores desagradáveis que se acumulam no ambiente pela falta de circulação de ar. Sobre a ventilação, iluminação e odores, os participantes P4 e P26 destacaram, respectivamente que o ambulatório é um ambiente “*sem ventilação*” e “*é escuro, tem cheiro de suor, cheiro ruim, todo mundo amontoado. Dá falta de ar, é sufocante, não tem nenhuma janela aberta*”.

Os significados conferidos ao ambulatório remetem novamente sentimentos e sensações desagradáveis que os acompanhantes experimentam neste ambiente, como é o caso do participante P4 e P9 ao nomearem, na devida ordem, o ambulatório como “*sufocante, pânico*” e “*porta dos desesperados*”. A acompanhante P26 demonstrou em seu significado ambiental certa irritação com o ambulatório: “*lugar do demônio*”.

A captura fotográfica do ambulatório exposta na Figura 10 demonstra que as narrativas condizem com o ambiente fotografado a respeito da ausência de janelas. As cores do ambiente são escuras, o que favorece as narrativas sobre o ambiente não possuir iluminação adequada. Outro aspecto mencionado pelos participantes foi a lotação de usuários neste ambiente. Justamente por este motivo não foi possível tirar a fotografia na área da recepção, mas somente dos corredores do ambulatório em que se encontram os profissionais da saúde (psicólogo, médicos, enfermeiros, assistente social, etc.).

Por fim, tanto a recepção como a unidade D obtiveram um participante cada que o mencionou como o que menos gostou dentre todos os ambientes no hospital infantil. O acompanhante P5 destacou que a recepção foi o ambiente que menos gostou devido à demora no atendimento e ansiedade decorrente da espera. Enquanto que o acompanhante P10 escolheu a Unidade D como sendo o pior ambiente devido à presença de sua filha adoecida nesta unidade, não havendo aspectos físicos envolvidos. Esta participante ainda destacou que permanecer na unidade em que sua filha se encontra internada e “*ver ela sofrer*” (sic) faz com que o nervosismo, estresse e o choro constante sejam vivenciados. Apesar disso, a acompanhante P10 nomeou a Unidade D como “*melhor unidade*”, devido ao atendimento multiprofissional prestado. Já a acompanhante P5 não soube nomear o ambiente da recepção.



Figura 13. Ambiente fotografado: Unidade D.

Fonte: Imagem capturada pela pesquisadora, arquivos de pesquisa, 2019.

A fotografia da Unidade D foi tirada da porta de entrada. Um dos profissionais foi capturado na imagem, sendo necessária a modificação da imagem para a segurança do indivíduo. Enquanto que a captura da recepção não foi possível pelo mesmo motivo anterior: quantidade de usuários no local. Como havia muitos indivíduos em rotatividade intensa de entrada e saída, optou-se por não tirar a fotografia.

5.3.3 Categoria 3: Características ambientais dos quartos de internação que proporcionam bem-estar e conforto

Nesta categoria estão contemplados os elementos temáticos sobre conforto e bem-estar ofertados por mobiliário e características ambientais do quarto de internação, extraídos por meio dos seguintes questionamentos na entrevista semiestruturada: “*Quais objetos, móveis ou características nesse ambiente que você gosta?*” e “*Quais móveis desse ambiente você considera confortáveis?*”. Ressalta-se que o quarto de internação pediátrico deve ofertar

acomodações para que o acompanhante possa pernoitar até que o paciente menor de 18 anos receba a alta médica e retorne para sua residência. Tendo isso em vista, o quarto é o ambiente mais utilizado, não somente por pacientes, mas pelos seus respectivos acompanhantes, devendo ser um ambiente favorável ao cuidado e a recuperação. Para ilustrar as respostas das questões acima foi elaborado uma Nuvem de Palavras, exposta na Figura 14.



Figura 14. Nuvem de palavras sobre as características ambientais que favorecem o bem-estar.
Fonte: Gerada pelo Atlas.ti versão 5.0.

Com 29 menções, fica evidente que o móvel que propicia maior sensação de conforto é a cama do paciente. Mesmo sem utilizá-la, os acompanhantes destacaram que a cama possui proteção para evitar quedas, colchão e travesseiros macios, assim como existe a possibilidade de modificar a posição de inclinação para maior conforto. Contudo, vale ressaltar que a cama não é um móvel disponível para acompanhantes, sendo seu uso exclusivo para os pacientes. O móvel de repouso para os acompanhantes é uma cadeira estofada padrão com possibilidade de reclinar, disponíveis nas cores verde, azul e amarelo. Embora a cadeira estofada seja um móvel padrão neste hospital, algumas se encontram mais conservadas do que outras. Como algumas cadeiras (também chamadas de “*poltronas*” e “*sofás*” pelos acompanhantes) proporcionavam desconforto por estarem estragadas, somente quatro acompanhantes mencionaram que a cadeira

era um móvel confortável (P12, P20, P21, P24) enquanto o restante demonstrou insatisfação em relação a este móvel.

O aparelho de televisão foi um eletrodoméstico que também obteve destaque por possibilitar distração aos acompanhantes e pacientes nos quartos. Mencionado por 16 participantes (P1, P2, P3, P4, P9, P10, P12, P13, P16, P23, P25, P26, P27, P28, P29, P30), a televisão se sobressaiu perante a possibilidade de mudar o foco de concentração de acompanhantes e pacientes com dores e sofrimentos, para algum entretenimento, que na maioria das vezes, é destinado a crianças. Dessa forma, a televisão propicia desenhos e filmes infantis que são propagados por canais abertos, como SBT e Globo.

O aparelho de televisão pode ser controlado pelos usuários do quarto de internação, tanto sobre o volume, o canal televisivo e o conteúdo expositivo. O controle remoto encontra-se com as enfermeiras de cada unidade de internação, devendo o acompanhante solicitá-lo. O que será exposto e o volume são decididos entre os indivíduos no quarto por meio de um diálogo consensual.

O ar-condicionado, mencionado por cinco acompanhantes, propicia um ambiente agradável quando há calor intenso no verão e auxilia a ventilar o ambiente. Foi mencionado que o odor do hospital, principalmente nos quartos, afeta a qualidade da respiração. De acordo com o acompanhante P4, o ar é “*pesado*” devido ao ambiente ser totalmente fechado para impossibilitar a contaminação dos pacientes com bactérias externas. Assim, o ar-condicionado proporciona ventilação necessária para movimentar o ar e melhorar os odores (ventilação higiênica).

Três pessoas mencionaram que os brinquedos disponíveis nos corredores das unidades e dentro dos quartos são objetos que proporcionam bem-estar aos pacientes e, como consequência, aos acompanhantes por possibilitá-los vislumbrar a criança em um momento de diversão. Foi destacado que algumas voluntárias elaboram bonecos(as) feitos de pano e tecidos para os pacientes e distribuem gratuitamente em todas as unidades. Embora a atitude seja direcionada a motivar a criança por meio da brincadeira, o brinquedo com esse tipo de material é inadequado para o ambiente hospitalar já que não permite a higienização com álcool gel.

Sobre os profissionais do hospital, os elementos “*médico*” e “*enfermeiras*” foram mencionados duas vezes cada. Os acompanhantes destacaram que os profissionais que atendem no hospital infantil são competentes e eficientes no tratamento de seus pacientes, o que favorece o bem-estar por tranquilizá-los. Sobre as enfermeiras, as narrativas indicam que estão prontificadas a atender os pacientes com afeto e dispunham de atenção para com os acompanhantes para sanar dúvidas referente ao tratamento de saúde do paciente. Já os médicos,

foi salientado a qualidade dos atendimentos em especialistas e a atenção redobrada que possuem com os pacientes na UTI.

Sobre ambientes, foram mencionados os elementos “*recreação*” e “*parquinho*”, ambos referindo-se a área de sol do hospital infantil. Houve a repetição dupla em cada elemento, somando quatro participantes que consideram a área de sol um ambiente agradável e que favorece o bem-estar para acompanhantes. De acordo com as descrições, a área de sol dispõe de brinquedos, mesas, bancos, ventilação e iluminação naturais. Nesse ambiente, os acompanhantes podem dialogar com outros indivíduos ali presentes, ao mesmo tempo em que podem contemplar seu filho(a), enteado(a), neto(a) ou sobrinho(a) brincando e se divertindo, em um enredo distinto daquele disponível no quarto de internação.

Os elementos: “*iluminação*”, “*organização*”, “*organizado*”, “*bonito*”, “*limpinho*”, “*proteção*”, “*segurança*”, “*higienizado*”, todos mencionados uma vez cada, indicam aspectos do arranjo espacial que tornam a estadia no hospital mais agradável. O ambiente ser limpo e higienizado mostrou-se importante devido à possibilidade de contaminação por bactérias e doenças, algo comum no ambiente hospitalar. A iluminação e organização foram novamente destacadas, o que salienta a sua importância. Os elementos proteção e segurança foram associados às camas dos pacientes que possuem grades, evitando acidentes de quedas. A estética do ambiente também se demonstrou relevante devido à menção de “*bonito*”.

5.3.4 Categoria 4: Características ambientais dos quartos de internação que proporcionam estresse

Nesta categoria estão contemplados os elementos temáticos sobre as características ambientais que proporcionam estresse nos acompanhantes. Os elementos dessa categoria foram coletados por meio do seguinte questionamento: “*quais objetos, móveis ou características nesse ambiente que te proporcionam sensações de estresse ou desconforto?*”, presente na entrevista semiestruturada. Desta forma, os elementos apresentados nesta seção e as frequências de menções referem-se somente ao questionamento acima. Para apresentar os elementos temáticos coletados, na Figura 15 estão em destaque as palavras mais narradas e em menor destaque aquelas que obtiveram menores frequências de citação.

prejudicando a audição de outra. Em relação às pessoas, os diálogos entre acompanhantes e ligações que realizam no quarto de internação foram mencionados como um aspecto que causa estresse se realizados em tom elevado. Os ruídos dos pacientes referem-se aos gemidos de dor, que, por sua vez, foram descritos como “*triste*”, “*mal*”, “*ruim*” e “*pesado*”. Os aparelhos médicos foram destacados devido ao seu alarme quando a medicação inserida no soro está sendo finalizada. Embora tenha sido considerado um eletrodoméstico de grande importância para manter o ambiente climatizado e agradável, o ar-condicionado também acumulou cinco queixas relacionadas aos ruídos que esboça. Já as grades, ao serem erguidas ou rebaixadas fazem ruídos, que segundos as narrativas, acabam por acordar os pacientes enfermos durante a madrugada.

O banheiro foi a queixa de cinco participantes (P3, P5, P6, P7, P8). Corroborando com os dados já descritos no *Wish Poem*, novamente foi destacado que o banheiro se situa fora do quarto de internação, necessitando haver o deslocamento até os corredores entre as unidades. Foi mencionado que alguns objetos necessários para melhorar o conforto nos banheiros não estão instalados e outros estão com defeitos: fechadura na porta, espelho, tampa do vaso sanitário, ausência de chuveiros e descarga com entupimento. Contudo, cabe ressaltar que as menções se referem a um dos banheiros, não se tratando de uma afirmativa generalista. Outro aspecto mencionado por causar estresse associado ao banheiro é a carência de chuveiros, para evitar que os acompanhantes se retirem de seus postos de cuidadores e necessitem ir à casa de passagem para efetuar o banho. Destaca-se que a casa de passagem fica localizada a cerca de 20 minutos do referido hospital, caso o deslocamento for realizado a pé.

Outros elementos relacionados ao mobiliário, mencionados uma vez cada, indicam que a estética dos móveis, a limpeza do ambiente e organização são essenciais para a melhora da estadia no hospital. Destacou-se que alguns móveis estão “*desgastados*” e “*relaxados*” pelo seu uso constante e sujeira que acumulam. Por conta dessa aparência e pelo desgaste dos móveis, o conforto que propiciavam quando estavam em estado de novo também é afetado. Dois acompanhantes corroboram essa afirmação, ao afirmar que a mobília com desgaste ou má aparência é “*desconfortável*”, causa “*desconforto*”.

Outra característica ambiental que causa certo incômodo diz respeito à falta de ventilação do hospital. Novamente o elemento “*ventilação*” foi associado à sensação de “*pânico*” por serem “*mecânicas*”, ao invés do natural. Os quartos de internação possuem certas restrições sobre a abertura de janelas, devido à possibilidade de contaminação de doenças pela saída de ar ou entrada de bactérias infecciosas.

5.3.5 Categoria 5: *Percepções ambientais*

Presentes nesta categoria estão as percepções ambientais que os acompanhantes mencionaram referindo-se ao hospital, as unidades e os quartos de internação. Tratando-se de ambientes diferentes, do mais amplo ao mais específico, os acompanhantes traduziram em elementos o modo como selecionam, organizam e interpretam os estímulos ambientais, isto é, traduziram sua percepção sobre os ambientes supracitados (Batista, Rodrigues, Brizante, & Francheschi, 2008).

5.3.5.1 Percepções ambientais sobre os quartos de internação pediátricos

As respostas provenientes da questão: “*qual sua percepção sobre o quarto de internação?*”, permitiram a criação desta subcategoria e da Nuvem de Palavras exposta abaixo (Figura 16). Os elementos temáticos com maiores frequências de menções foram: “*bem*”, “*bom*” e “*banheiro*”, todos com sete repetições cada. Enquanto os dois primeiros elementos possuem valência positiva, o segundo julga o ambiente de forma depreciativa. Como já destacado no *Wish Poem* e nas fotografias, o banheiro foi um dos ambientes mais destacados por causar estresse. Ressaltou-se nesta última questão da entrevista que seria ideal construir banheiros nos interiores dos quartos para acompanhantes e pacientes, separadamente. Em contrapartida, os dois primeiros elementos, isto é, “*bem*” e “*bom*” foram mencionados indicando que houve satisfação e bem-estar relacionados aos quartos. Este é um dado relevante, tendo em vista que o quarto é o ambiente no hospital mais frequentado pelos acompanhantes.

na privacidade entre acompanhante e paciente pediátrico. Além disso, foi mencionado que quatro leitos no mesmo quarto de internação interferem no cuidado, pois existem mais indivíduos adoecidos no mesmo ambiente, maior risco de contaminação e/ou contrair de novas doenças, menos espaço e mais ruídos.

Adentrando nos aspectos afetivos da percepção sobre os quartos de internação, o elemento temático “*amigas*” alcançou duas menções. As acompanhantes que citaram este elemento demonstraram que sua percepção sobre os quartos de internação está atrelada a possibilidade de aproximações afetivas com outros acompanhantes devido à identificação com a problemática enfrentada.

Além do elemento temático acima, houve mais elementos com valência positiva associados a percepção do quarto de internação, tais como “*tranquilo*”, “*confortável*” e “*gosto*”. Além destes, os elementos “*aconchegante*”, “*aliviada*”, “*silencioso*”, “*excelente*”, “*casa*”, “*parabéns*”, “*gostoso*” e “*preservado*” foram mencionados uma vez cada e sugerem percepções de valência positiva.

Partindo para as percepções ambientais de valência negativa, pode-se destacar “*calor*” e “*frio*”, ambos elementos que remetem à temperatura, mas no contexto das narrativas foram ambivalentes, pois se referiam a aspectos distintos. O elemento “*calor*” foi mencionado devido aos quartos possuírem janelas e encontram-se via de regra fechadas, dando a sensação da acompanhante estar “*sufocada*” e “*presa*”, como foi sustentado. No entanto, o elemento “*frio*” foi destacado não para revelar baixas temperaturas, mas sim, para sustentar a percepção de que os quartos de internação “*não são aconchegantes*”. Outros elementos relacionados ao odor do ambiente foram destacados, como por exemplo “*cheiro*” e “*fossa*”. Ambos os elementos salientam os odores nos quartos de internação devido à presença de problemas com obstruções de materiais fecais em um dos banheiros.

Do mesmo modo, houve percepções de valência negativa sobre os quartos devido à má avaliação de algum objeto ou móvel presente no ambiente, como é o caso dos elementos: “*madrugada*”, “*acorda*”, “*atrapalha*”, “*batendo*”, “*cadeira*” e “*concertos*”. Esses elementos referiam-se aos aparelhos, em sua maioria, o monitor de sinais vitais, que permanece ao lado do leito pediátrico e que emite sons de alerta quando necessário para as enfermeiras e médicos plantonistas verificarem o paciente. Neste caso, o aparelho acaba acordando (“*acorda*” e “*atrapalha*”) os demais pacientes do quarto de internação em momentos de repouso (“*madrugada*”) embora isso seja algo improvável de ser modificado já que é um aparelho padrão e que auxilia a manutenção da saúde dos pacientes. O elemento “*batendo*”, sugere que o aparelho seja extenso e se choca com outros móveis do quarto de internação quando o

“*anjos*” (uma repetição), “*maravilhoso*” (uma repetição), “*carinhosos*” (uma repetição), “*respeito*” (uma repetição), “*atenciosos*” (uma repetição), “*ajudam*” (uma repetição). No entanto, alguns profissionais foram criticados por falta de “*informação*” (uma repetição), “*mal-educadas*” (uma repetição), “*chata*” (uma repetição) e “*arrogantes*” (uma repetição).

As percepções sobre as unidades de internação também estiveram associadas às sensações que os acompanhantes obtiveram ao adentrar e utilizar este ambiente. Observa-se que houve mais elementos de valência negativa em detrimento das sensações de valência positiva sobre as unidades. As sensações de valência positiva sobre a unidade são: “*alegria*” (uma repetição), “*alegre*” (uma repetição) e “*paz*” (uma repetição). Contudo, as sensações de valência negativa indicam que o ambiente proporciona as seguintes sensações: “*sufocante*” (uma repetição), “*perturbada*” (uma repetição), “*péssima*” (uma repetição), “*susto*” (uma repetição), “*ansiedade*” (uma repetição), “*desesperar*” (uma repetição) e “*pânico*” (uma repetição).

Cabe destacar que as sensações de valência negativa supracitadas foram mencionadas ao indicar o que o acompanhante sentia durante a internação pediátrica nas unidades de internação pesquisadas. Nesse sentido, as narrativas sobre as unidades estão carregadas de sentimentos e sensações proporcionadas pela própria infelicidade em estar acompanhando um ente querido adoecido no hospital. É perceptível que o ambiente necessita de qualificações, embora, neste questionamento, as narrativas apontam que a própria condição de acompanhante já propicia essas sensações de estresse.

Todos os demais elementos distribuídos na Nuvem de Palavras (Figura 17) foram mencionados uma única vez cada. Foi possível extrair elementos temáticos de valência positiva sobre a organização das unidades, como “*enfeitado*” e “*organizado*”, que indicam aspectos estéticos e satisfação em relação ao modo como os objetos e mobiliário estão distribuídos nas unidades, principalmente em datas festivas. Outro elemento temático que ressalta a estética das unidades foi “*bonitos*”, enquanto que “*grande*” indicou satisfação pelas dimensões da unidade. Esses elementos também foram associados à presença de jardins internos nas unidades.

5.3.5.3 Percepções ambientais sobre o hospital pediátrico

Como visto na Figura 18, os três elementos mais mencionados foram “*criança*”, “*gente*” e “*bem*”, acumulando cinco repetições cada. Os dois primeiros elementos foram mencionados associando-os à demanda do hospital. Foi destacado que o hospital atende muitas crianças e

Outros elementos classificados como percepções de valência positiva foram: “*grande*”, “*boa*”, “*ótimo*” e “*lugar*”. Cada qual foi repetido duas vezes entre os participantes. O elemento “*grande*” indica o tamanho do hospital infantil. De acordo com as narrativas, como o hospital é “*grande*”, possui capacidade para demandas maiores, podendo assim atender as necessidades da população. Os elementos “*boa*” e “*ótimo*”, assim como “*bom*” e “*bem*”, foram elementos utilizados para qualificar o ambiente, indicando que o hospital satisfaz as expectativas e oferta aquilo que está em sua missão. O elemento “*lugar*” foi mencionado por dois participantes, cada qual com percepções opostas. Enquanto P10 utiliza lugar para designar outra cidade, distinta da sua de origem, que possui um tratamento adequado e eficiente para a filha, P8 utilizou o mesmo elemento para indicar que é um ambiente que a “*sufoca*”, similar a uma “*prisão*”.

Ainda sobre as sensações e sentimentos descritos pelos participantes que foram associados ao hospital, foi possível observar que houve ambivalência entre as percepções. Por um lado, sensações e sentimentos de valência positiva, tais como “*paz*” e “*tranquilidade*”. Também foram obtidos elementos neutros, como “*receio*” e “*dúvida*”. Por outro lado, os elementos que indicam sensações e sentimentos de valência negativa: “*susto*”, “*triste*”, “*mal*”, “*medo*”, “*receio*”, “*dúvida*”, “*ansiedade*”, “*desconfortante*”, “*pânico*”, “*apavorante*” e “*apavorada*”. Percebe-se que, em maior quantidade, foram mencionadas percepções de valência negativa acerca do hospital, já que todos os elementos foram mencionados uma vez cada, com exceção do elemento “*susto*”, repetido duas vezes pelo mesmo participante (P30).

Outros elementos mencionados remontam que a percepção dos acompanhantes pode estar associada à alta demanda e insatisfação com o tempo de espera. Como o hospital infantil recebe pacientes encaminhados de várias localidades, dentro e fora do estado, os usuários reconhecem que é inevitável aguardar pelo atendimento, mas P13 ressaltou que avaliou o processo como “*lento*” e “*devagar*”. A alta demanda transparece a visão de extrapolar a capacidade de atendimento, assim como P12 evidenciou afirmando que percebeu o hospital “*lotado*” de crianças e P18 acreditou que não conseguiria sequer uma “*vaga*” para sua filha. Um dos participantes culpabilizou a “*desorganização*” do hospital como uma das causas pela demora em efetuar o primeiro atendimento emergencial às crianças.

Como visto, a percepção esteve enviesada, desde elementos que envolvem a própria demanda, neste caso, as crianças, a qualidade do atendimento profissional, a eficiência dos tratamentos médicos, sentimentos de valência positiva, até sentimentos que causam sensação de estresse perante o desconhecido e espera por atendimento.

6 DISCUSSÃO

6.1 *Wish Poem* (Poema dos Desejos)

Salienta-se que este instrumento passou pela análise de juízes. Ao todo foram três juízes que realizaram a avaliação dos resultados de forma pré-estruturada e individual. Destes, dois são membros do Laboratório de Psicologia Ambiental e um membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Desenvolvimento Infantil (NEPeDI), ambos pertencentes a Universidade Federal de Santa Catarina. Quanto ao nível de escolaridade, uma das juízas está cursando o segundo ano do doutorado, um mestrando em Psicologia na mesma instituição e uma mestre em psicologia. Após julgados os elementos temáticos, suas categorias e subcategorias por todos os juízes, os resultados foram analisados e expostos a seguir.

Na categoria 1 “Aspectos ambientais associados à restauração” estão contemplados os elementos que indicam aspectos ambientais presentes no hospital infantil que cooperam para a restauração psicológica do estresse de acordo com a perspectiva dos acompanhantes. Encontram-se nessa categoria as subcategorias: mobiliário, atendimento multiprofissional, aspectos físicos, aspectos naturais, saúde e significados.

Na subcategoria “mobiliário” fica perceptível que a TV, as mesas de apoio para refeições e a cama do paciente foram considerados móveis que ofertam bem-estar aos usuários. Em sua maioria, o aparelho de televisão disponível nos quartos de internação, como já destacado, transmite imagens e desenhos infantis. Contudo, fica a critério dos acompanhantes modificar os canais de entretenimento que são transmitidos. Assim, apenas nessa subcategoria foram mencionados elementos temáticos que sugerem que os quartos de internação possuem dois dos componentes do tripé da Teoria de Design de Suporte, isto é, o controle ambiental e as distrações positivas. O controle ambiental é observado com a possibilidade de escolha dos canais de entretenimento, enquanto que este último acaba se tornando as distrações positivas, retirando o foco da doença e redirecionando a atenção para elementos mais prazerosos (Ulrich, 1997).

Nessa categoria serão apresentados estudos que buscam demonstrar a capacidade restauradora de ambientes naturais por meio de simulações, testando e comparando os resultados de pesquisas. É consenso entre os autores (Depledge et al., 2011; Felipe et al., 2017; Han, 2010; Hartmann & Apaolaza, 2008; Kjellgren & Buhrkall, 2010; Korta et al., 2006; Pals et al., 2014) que o acesso a ambientes simulados naturais proporciona efeitos análogos aqueles resultantes de ambientes reais, embora em níveis moderados. Felipe et al. (2017) defendem que a fotografia pode ser empregada em pesquisas científicas como uma técnica que possibilita

simular ambientes restauradores e capaz de produzir respostas psicofisiológicas de redução de estresse e restauração da atenção, embora em níveis significativamente menores se comparados aos potenciais restauradores de ambientes reais. Hartmann e Apaolaza (2008) corroboram ao expressar que experiências virtuais com natureza podem propiciar benefícios emocionais, auto-expressivos e bem-estar à consumidores de produtos através de representações visuais de produtos verdes na mídia e publicidade.

Na subcategoria de “atendimento multiprofissional” estão os elementos temáticos que sugerem que a qualidade do atendimento profissional é qualificada e efetiva. Isso demonstra concomitantemente que há satisfação entre os acompanhantes pelo serviço prestado. De forma complementar a subcategoria precedente, fica perceptível que os profissionais atuam como suporte social, já que na maioria dos casos, os acompanhantes permanecem desacompanhados no hospital. A única forma de contato com familiares ou cônjuges é por meio de visitas, que podem ocorrer periodicamente com restrições de frequência e horários. Nessa direção, o suporte social do acompanhante poderá ser feito pelos familiares e amigos que efetuam visitas no hospital ou que se comunicam por outros meios, assim como pelos próprios profissionais da saúde. O suporte social é, portanto, um dos principais fatores que ajudam a qualificar a estadia do acompanhante no hospital (Guelli & Zucchi, 2005).

De acordo com a Teoria de Design de Suporte, existem três fatores que contribuem para a humanização de contextos de saúde: o controle do ambiente, suporte social possibilitado pelo ambiente e distrações positivas do ambiente. Controle do ambiente associa-se a livre utilização do ambiente pelo paciente, possibilitando-o controlar estímulos que lhe fornece (como temperatura, volume da televisão, abrir ou fechar cortinas, etc). O suporte social poderá ser feito pelo acompanhante, por familiares não presentes no hospital, mas que prestam auxílio as eventuais necessidades do paciente e pelos próprios profissionais da saúde. Suporte social é um dos fatores que mais auxilia a melhorar as condições de hospitalização do paciente. As distrações positivas dizem respeito aos elementos disponíveis no ambiente que provocam sentimentos positivos no paciente, retirando o foco da doença e redirecionando a atenção para elementos mais prazerosos (Guelli & Zucchi, 2005; Ulrich, 1997). Complementar a isso, incluem-se nos fatores de humanização do *Evidence Based Design* a qualidade e intensidade da luz dos ambientes, a acústica, cor, a textura, assim como o conforto hidrotérmico (Zhang et al., 2016).

Com a subcategoria “aspectos físicos” foram identificados elementos temáticos que também sugerem satisfação dos acompanhantes sobre a estrutura, amplitude e estética. Foi evidenciado o ambiente físico do refeitório como um espaço propício à troca de experiências,

estabelecimento e/ou fortalecimento de vínculos afetivos entre acompanhantes. Ademais, ressaltaram-se como aspectos físicos as aparelhagens médicas, que propiciam sensações positivas nos acompanhantes por permitir o monitoramento da saúde dos pacientes. A partir disso, fica evidente novamente que o suporte social e controle ambiental atuam como favorecedores da restauração do estresse. Hartig e Staats (2003) contribuem ao afirmar que a percepção de falta de controle ambiental aumenta consideravelmente as sensações físicas e psicológicas de estresse nos indivíduos. Além disso, os primeiros aspectos ambientais mencionados relacionados ao espaço físico do hospital sugerem que ambientes abertos, amplos e com vista panorâmica atraem esteticamente os acompanhantes. Essa observação respalda o estudo já apresentado de Han (2010), que constatou a preferência ambiental por ambientes com diversidade de informações, aparentemente abertos e amplos.

Com relação à subcategoria “aspectos naturais” foi identificado que ambientes com elementos naturais, como árvores e plantas, auxiliam a restauração do estresse e propiciam bem-estar aos acompanhantes. Além disso, o ambiente com elementos naturais foi ressaltado por causar familiaridade, devido à recordação da própria residência. Como visto, o ambiente favorito dos acompanhantes foi a área de sol, ou também chamada de recreação. Nesse ambiente, além dos brinquedos e objetos infantis, existe um gramado, plantas, árvores, vista para o mar, acesso ao sol e iluminação natural. Estudos confirmam que ambientes com elementos líquidos e naturais a céu aberto são fortemente associados à restauração por serem os favoritos dos indivíduos em detrimento de ambientes urbanos e construídos. Já em relação aos lugares favoritos, esses estão associados a maiores níveis de restauração, tanto da atenção (van den Berg et al., 2003; Wilkie & Stavridou, 2013) quanto do estresse psicofisiológico (Bogerd et al., 2018; Korpela & Ylen, 2007; Stigsdotter & Grahn, 2011), assim como propicia qualidade de vida (Ogunseitán, 2005), auto-regulação de emoções e cognições (Korpela, Klemetilä, & Hietanen, 2002; Korpela & Ylen, 2007) além de melhorar propriedades relacionadas à memória (Ratcliffe & Korpela, 2016).

Na subcategoria “saúde” o elemento temático indica que a alimentação é um fator que contribui para o bem-estar do acompanhante no hospital. Pensando nos acompanhantes, Correa (2006) reforça que é necessário que ambientes hospitalares se atentem a estrutura ofertada aos usuários, de modo a ser congruente com as suas necessidades para proporcionar uma estadia qualificada. Em outras palavras, para um ambiente ser considerado restaurador será necessário que suas características físicas coincidam com as necessidades e anseios de seus usuários. Esse fenômeno é denominado por Kaplan (1995) como grau de compatibilidade. Nesse sentido, a

compatibilidade se concretiza quando existem capacidade no ambiente de suprir as necessidades de seus usuários (Souza et al., 2015).

Na última subcategoria da Categoria 1 “significado” o elemento categórico “*segunda casa*” (P30) expressa a vinculação afetiva e a sensação de familiaridade que o ambiente oferta ao acompanhante. A partir disso, observa-se que o hospital infantil oferta escopo ou extensão, uma das quatro características ambientais necessárias para que o ambiente seja classificado como restaurador. O escopo ou extensão, como já caracterizado, é capaz de proporcionar no indivíduo a sensação de pertencer aquele lugar e causar familiaridade. Assim, embora seja discrepante a estrutura de uma residência com o hospital infantil, o ambiente é capaz de proporcionar sensações semelhantes aquelas vivenciadas em uma residência familiar (Souza et al., 2015).

De forma sucessiva, na Categoria 2 denominada de: “aspectos ambientais associados ao estresse”, estão presentes os elementos de valência negativa que indicam aspectos ambientais que provocam sensações de estresse. Além disso, foram destacados aspectos ambientais que causam mal-estar, incômodo, desconforto e sintomas de ansiedade.

Na subcategoria “mobiliário” os elementos temáticos indicaram, principalmente, o desconforto vivenciado ao utilizar o móvel de descanso do acompanhante e seu estado de conservação. Outro aspecto relacionado à mobília que causa estresse são os armários dispostos nos interiores dos quartos de internação. Foi ressaltado que já houve objetos e dinheiro furtados, o que causa preocupação nos acompanhantes. Sobre a mobília, o único estudo encontrado na pesquisa integrativa exposta diz respeito a Pals et al. (2014). O enfoque principal dos autores foi investigar preferência, prazer e restauração relacionados com cenários virtuais com mobília de metal, madeira e sem mobília. Embora não tenha abordado a estética da mobília na pesquisa dos referidos autores, os resultados demonstraram que móveis de metal influenciaram negativamente a coerência percebida, bem como preferência, prazer e restauração, em comparação a ambientes com móveis e sem móveis. A coerência percebida do ambiente com móveis de madeira foi significativamente maior do que o ambiente com móveis de metal e menor do que o ambiente sem mobília. Ambientes sem móveis também proporcionaram prazer e restauração, porém foi mencionado com menos frequência se comparado com ambiente com móveis de madeira. No hospital, os móveis dispostos nos quartos de internação são feitos de metal e madeira. O móvel de descanso, por exemplo, possui uma estrutura de ferro, coberta por um material semelhante ao couro e revestido por enchimento sintético para o estofamento. Já a cama dos pacientes pediátricos é completamente produzida com ferro. Dessa forma, pode-se observar que o material da mobília pode influenciar, tanto positiva quanto negativamente na

restauração do estresse. Além disso, o estado de conservação e estética foram aspectos ressaltados como importantes para os acompanhantes em relação ao conforto.

Na subcategoria “atendimento multiprofissional” os elementos temáticos sugerem que a comunicação e o relacionamento entre profissionais-acompanhantes devem ser mais frequentes e efetivos, de forma a cada qual contribuir de forma significativa para o restabelecimento da saúde do paciente. Embora supracitado que os profissionais atuam como suporte social dos acompanhantes no interior do hospital, cada qual possui uma forma que lhe é subjetiva de perceber e avaliar as situações e vivências nesse ambiente. A comunicação, quanto mais presente na relação entre acompanhante-profissional, mais causa a sensação de controle sobre a situação-problema para o acompanhante. A necessidade constante de informações sobre o estado de saúde do paciente demonstra que a pressão e ansiedade são sintomas constantemente vivenciados pelos acompanhantes, o que corrobora para que avaliem e julguem de forma negativa certos aspectos relacionados ao atendimento profissional (Hartig & Staats, 2003).

Na subcategoria “aspectos físicos” os elementos temáticos novamente indicam que a falta de chuveiros nos banheiros causa estresse, desconforto e preocupação nos acompanhantes. O elemento temático “*desorganizado*” sugere que a disposição de móveis, objetos e características ambientais do hospital infantil também é um aspecto do ambiente físico que gera sensação de desconforto. O ambiente da cozinha foi destacado por ofertar sensações de estresse devido ao receio de haver alimentos contaminados com resíduos hospitalares. Dessa forma, fica nítido que o arranjo ambiental, a possibilidade de contrair doenças, assim como a falta de alguns objetos indispensáveis para a higiene pessoal dentro do hospital são fatores que motivam sensações de estresse nos acompanhantes. Nota-se ainda que não somente a falta de chuveiros causa estresse, como a necessidade de se deslocar para outro ambiente, externo ao hospital, deixando o paciente solitário no leito.

Na subcategoria “saúde” os elementos que sobressaem sugerem que, apesar das refeições serem um aspecto de bem-estar, o modo como são distribuídos e organizados os horários para efetuar as refeições causam mal-estar nos acompanhantes. Além disso, a limpeza dos ambientes novamente foi ressaltada. Percebeu-se que ambientes limpos e higienizados proporcionam sensação de alívio do estresse vivenciado. Vieira et al. (2011) indicam que são diversas as características ambientais presentes nos hospitais que afetam diretamente a saúde dos usuários, como é o caso das contaminações, doenças transmitidas pelos pacientes, enfermidades geradas pela diminuição de imunidade, que somadas as variáveis situacionais

agravam os prejuízos. Diante disso, ambientes que proporcionam a sensação de higienização e limpeza ofertam maior bem-estar e tranquilidade aos acompanhantes.

O elemento temático pertencente a subcategoria “significado” aponta que o hospital ainda é caracterizado por ser um lugar estressante, em decorrência das sensações físicas e psicológicas de estresse vivenciados pelos acompanhantes. Embora possua diversos aspectos ambientais de valência positiva e que contribuem para a restauração do estresse, nota-se que o processo de hospitalização é uma via de mão dupla, em que mesmo diante dos constantes esforços do hospital para garantir uma estadia de qualidade aos usuários, ainda são insuficientes diante da realidade de suportar um ente querido em sofrimento. Hartig e Staats (2003) confirmam que a hospitalização exige dos acompanhantes uma abrupta mudança e adaptação a uma nova realidade, que poderá perdurar por pouco ou por longos períodos no hospital na condição de acompanhante. Assim, o acompanhante necessita lidar com o adoecimento de seu ente querido, que em sua maioria, são pais acompanhando seus filhos, nova rotina, nova alimentação, novas pessoas, novos ambientes, gastos financeiros, distância da família e de sua residência, etc. Esse conjunto de variáveis somadas são brutalmente vivenciadas pelos indivíduos que estão no hospital, o que explica tal atribuição de significado ao lugar.

A Categoria 3 denominada de “expectativas e indicações para qualificar o ambiente hospitalar” contempla as subcategorias e elementos temáticos de valência neutra que indicam sugestões, anseios e expectativas de acompanhantes que poderiam servir para melhorar a estadia e acolhimento de futuros acompanhantes no hospital.

A subcategoria “mobiliário” está composta por elementos temáticos que confirmam o que já foi revelado sobre o móvel de descanso, conforto e manutenções no ar-condicionado. O que foi indicado pelos acompanhantes coincide com a concepção de Correa (2006). Para essa autora, os hospitais devem se atentar para a congruência entre as necessidades de seus usuários, os móveis e estrutura que possuem para acolhê-los. Salienta-se que o hospital dispõe de mobília suficiente para acomodar os acompanhantes, mas o que foi analisado pelos usuários foi a qualidade dos materiais ofertados.

Na subcategoria “atendimento multiprofissional” os elementos temáticos recomendam que os profissionais também envolvam a afetividade e o acolhimento em suas práticas. Outra observação relevante sugere ser necessário um acompanhamento psicológico para os acompanhantes lidarem melhor com suas demandas de sofrimento. Para além da humanização dos ambientes, percebe-se relevante humanizar as relações interpessoais estabelecidas nesses meios. Os aspectos destacados pelos acompanhantes corroboram com a noção de integralidade e humanização dos serviços e políticas públicas na área da saúde, uma das ações preconizadas

pelo SUS desde o século XX. Percebe-se que, embora tenham sido modificados diversos aspectos profissionais, ambientais, técnicos e de saúde em prol da humanização do atendimento em saúde, ainda são necessárias novas modificações e melhorias em prol de um olhar mais atento e empático aos acompanhantes e seu sofrimento (Neves et al., 2018). A humanização que é discutida pela PNH corrobora novamente com os anseios dos acompanhantes, pois engloba as interações sociais estabelecidas entre profissionais da saúde, usuários, gestores e demais trabalhadores. O enfoque principal da PNH são as relações e interações sociais e a valorização desses sujeitos em instituições de assistência à saúde (Carvalho et al., 2009).

Os elementos temáticos sobre as expectativas que compõe a subcategoria de “aspectos físicos” reafirmam o que já foi destacado por Hunter e Askarinejad (2015) sobre as qualidades ambientais necessários para que ambientes sejam considerados restauradores e preferidos. Os elementos preconizam mudanças e possíveis melhorias na estrutura física do hospital infantil, como amplitude, reformas e manutenções para conservar a estética do ambiente. Isso, de acordo com os autores supracitados, refere-se a abertura e coerência estrutural.

Na subcategoria “saúde” os elementos temáticos prescrevem a importância e necessidade de vigilância no ambiente hospitalar para prevenir contaminações por meio da limpeza dos ambientes e alimentação. Além disso, novamente foi evidenciado a necessidade de o hospital infantil possuir aparelhos médicos e medicações de qualidade para fornecer aos pacientes pediátricos. Isso demonstrou-se não somente um aspecto relevante para o paciente propriamente dito, mas mantém o acompanhante aliviado por reconhecer que o tratamento está sendo executado e efetivo.

A última subcategoria “significado” contempla elementos temáticos que manifestam anseios que poderiam tornar o hospital um ambiente propício para estreitar vínculos afetivos entre acompanhante-paciente e acompanhante e seus familiares. Como demonstrado anteriormente, é necessário que o acompanhante utilize de uma rede de apoio para lidar com a situação. A rede de apoio, ou suporte social como também foi chamado, propicia ao acompanhante a sensação de pertencimento, de estar acompanhado e ter com quem contar em momentos de necessidade, como esse (Cama, 2009).

6.2 Entrevista Semiestruturada

6.2.1 Categoria 1: Atributos físicos e significados de lugares que proporcionam restauração

Retomando os resultados, a área de sol foi classificada pelos acompanhantes como sendo a ambiente favorito no hospital devido à presença de ventilação e iluminação naturais, brinquedos e bancos. A ventilação e iluminação naturais proporcionam uma diferenciação com o quarto de internação, onde prevalece a iluminação artificial e odores. Enquanto os brinquedos na área de sol propiciam o brincar e introduzem o paciente em atividades lúdicas, os acompanhantes podem se dispersar do constante sofrimento vivenciado e também brincar com a criança. Os bancos foram atributos físicos mencionados devido à possibilidade de descanso e comunicação com outros acompanhantes. Além disso, ressaltou-se que nesta área os usuários possuem acesso a diversos elementos naturais, tais como: árvores, plantas, flores e vista para o mar.

Já os significados atribuídos a área de sol indicam que o lugar traz sentimentos de valência positiva (“*sala feliz*” e “*sala da felicidade*”), possui elementos que causam fascinação (“*paraíso*”), proporciona tranquilidade (“*cantinho do sossego*” e “*sossego*”) e, por fim, o lugar possui capacidade de escape (“*refúgio*”). Percebe-se com as narrativas que a área de sol possui três das quatro características existentes na Teoria da Restauração da Atenção de Kaplan e Kaplan (1989) para que ambientes sejam classificados como restauradores: escape, fascinação e escopo/extensão. Isto pois, a área de sol possibilita a fuga do ambiente estressor decorrente da saída física do quarto de internação. Além disso, nesse ambiente o acompanhante poderá ter o vislumbre do paciente em momentos de diversão e brincadeiras, assim como pode dialogar com outros acompanhantes, lhe ofertando a identificação e familiaridade.

A área de sol foi um ambiente já destacado em sessões anteriores como um dos ambientes restauradores que o hospital infantil possui de acordo com os acompanhantes. Novamente cabe mencionar os quatro atributos desenvolvidos por Kaplan e Kaplan (1989) para que um ambiente seja considerado restaurador: escape, fascinação, escopo/extensão e compatibilidade. Como visto, a área de sol não só afasta o indivíduo fisicamente do quarto de internação, ambiente com maiores atributos que ofertam estresse, como também afasta psicologicamente, dando a sensação de não estar inserido no hospital. Além disso, o ambiente possui árvores, bancos, brinquedos e pinturas coloridas, que provocam a atenção involuntária para algo distinto daquele habitual hospitalar. Como no ambiente circulam profissionais, outros pacientes e acompanhantes, o ambiente também possibilita a aproximação entre pacientes e acompanhantes, o que vem a favorecer a construção de vínculos afetivos e redes de apoio. Enfim, o ambiente também consegue suprir as necessidades dos acompanhantes de entrar em contato com um ambiente sem características hostis, assim como socialização com outros pais e profissionais da saúde, além de possibilitar a distração da doença e padecimento do paciente.

Para as crianças, oferta a manutenção do desenvolvimento infantil, do brincar e da socialização (Kaplan & Kaplan, 1989; Souza et al., 2015).

Duas características ambientais foram ressaltadas diante dessa escolha de ambiente restaurador: ventilação e iluminação naturais. No interior das unidades a iluminação é artificial e a ventilação mecânica. As janelas, a maior parte do tempo, permanecem fechadas para que a climatização do ar-condicionado seja viabilizada. De acordo com Bittencourte e Cândido (2005) o indivíduo infere características que estão carregadas de significados positivos que irão atraí-lo, ou negativas que irão causar repulsa. Quando o indivíduo se sente atraído pelo ambiente, tende a usufruir desse espaço por mais tempo, caso contrário a reação será oposta e o indivíduo buscará evitar o ambiente ou deixá-lo rapidamente.

A iluminação, seja ela natural ou artificial, é de extrema importância para a arquitetura. Ela não só possibilita a percepção do ambiente, como oferece vantagens fisiológicas por facilitar a visão, tendo em vista que poupa os órgãos visuais e diminui a fadiga. Inclusive, ambientes iluminados possuem vantagens técnicas, pois auxiliam na execução de tarefas de precisão, melhoram a qualidade do trabalho e previnem acidentes, aspecto de extrema relevância em um ambiente hospitalar. Ainda, a iluminação favorece a aparência de objetos, realça seu valor artístico, dá forma e relevo à arquitetura, inspira bem-estar e segurança (Bastos, 2003; Bittencourte & Cândido, 2005).

De modo a contribuir com as supracitadas afirmações, Ulrich (1983) indica que ambientes visualmente e esteticamente prazerosos estimulam as emoções de valência positiva e a atenção não vigilante, na qual o dispêndio de atenção é significativamente reduzido. O mesmo autor corrobora que ambientes restauradores, neste caso, a área de sol, são responsáveis por diminuir a excitação fisiológica e psicológica desencadeados perante a experimentação constante do estresse.

Em seguida, a capela foi escolhida como um dos ambientes restauradores do hospital infantil devido a sensação de tranquilidade e pelo conforto que proporciona em momentos de tristeza. As narrativas denotam que o ambiente propicia paz e distração pelos objetos religiosos ali presentes. Verificou-se que o ambiente foi escolhido mais pelo que simboliza aos usuários do que pelo mobiliário disponível. De acordo com Koenig (2005), pacientes acreditam em um Deus que está no controle da situação ou que possa ter permitido tal enfermidade para obter aprendizado e fortalecimento. Isto, conforme o autor supracitado, causa sensação de apoio e conforto ao paciente e seus familiares, assim como redução da ansiedade, aumento da esperança e senso de controle. Dessa forma, os conhecimentos religiosos e suas práticas auxiliam a regular

as emoções negativas durante o tratamento e acontecimentos inesperados que estão fora do controle pessoal dos pacientes.

Os significados atribuídos a capela corroboram as afirmações de Koenig (2005), que a espiritualidade do lugar possui capacidade para melhorar o estado mental (“*cantinho da paz*”, “*conforta o coração*”, “*canto da paz*”, “*canto do desabafo*”). Dessa forma, salienta-se que a espiritualidade e a religião foram acometidas como estratégias de enfrentamento para os acompanhantes frente à enfermidade de um filho(a) ou neto(a). Nesta direção, Mesquita et al. (2013) afirma que indivíduos religiosos apresentam maior capacidade para lidar com situações adversas com a utilização do *Coping* Religioso/Espiritual positivo. Quando positivo, este *coping* fornece ao indivíduo religioso a sensação de amor e proteção divina. Já quando negativo, o indivíduo observa o acontecimento como punição ou castigo divino e adquire novos prejuízos perante os sentimentos negativos que abarca consigo. Cabe destacar que *coping* é caracterizado como um conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais para o enfrentamento de situações traumáticas ou que causam estresse (Mesquita et al., 2013).

Com aspectos semelhantes, a área externa do hospital foi o lugar consecutivo classificado como ambiente restaurador no hospital decorrente da capacidade de distrair o acompanhante dos momentos de sofrimento. Já em relação aos significados (“*paz, cantinho da paz*”, “*momento de reflexão*”, “*paraíso da distração, um lugar para pensar*”), indicam que além da sensação de paz, o ambiente fornece um espaço para reflexão. Foi verificado que na área externa existem árvores, gramado e espaço para fumantes. Os acompanhantes que classificaram este lugar como sendo restaurador eram fumantes, o que indica compatibilidade devido a área externa suprir uma de suas necessidades: a manutenção do ato de fumar. Como visto no referencial teórico, Kaplan (1995) indica que indivíduos tendem a classificar um lugar como sendo restaurador de acordo com sua preferência ambiental, percepção ambiental, compatibilidade e identidade de lugar. Nesse sentido, o indivíduo projeta sobre o ambiente características que lhe são pessoais e psicológicas e isso pode afetar o potencial restaurativo do ambiente para maior ou menor. Portanto, afirma-se que o ambiente não apenas supre necessidades fisiológicas dos usuários como também psicológicas, ofertando o alívio do estresse diante da possibilidade de refletir e pensar fora do quarto de internação (Kaplan, 1995).

Ainda sobre o ato de refletir, o respectivo ambiente escolhido como restaurador do hospital foram os corredores e rampas de acesso entre as unidades de internação. De acordo com as narrativas e significados atribuídos aos ambientes (“*caminho sem fim*”, “*lugar sem fim*”, “*corredor do pensamento*”) fica nítido que estes espaços são extensos, permitindo longas caminhadas e reflexões. Foi destacado que é possível pensar sobre os acontecimentos e avistar

jardins terapêuticos presentes no interior do hospital, revestidos por vidraças. Sobre a vista para os jardins, ressalta-se o estudo de Martínez-Soto, Lena e Vázquez (2014) que aplicaram um modelo social ecológico e investigaram o impacto da natureza urbana na restauração em 120 pessoas em suas residências no México. Como já destacado, os resultados asseguram que à vista da janela para a natureza em seu exterior, jardins no interior de casas e plantas podem favorecer à restauração psicológica.

Em seguida, o ambiente classificado como restaurador no hospital foi a sala de espera da UTI. Ambiente que apresentou ambivalências entre acompanhantes, já que dois usuários o consideraram restaurador, enquanto outros três o classificaram como estressor devido a associação com a UTI e variáveis situacionais. Cabe destacar tal afirmação já que, ao investigar os motivos da espera na sala da UTI, aqueles que classificaram como restaurador tinham a situação assegurada pelos médicos como sendo favorável, enquanto aqueles que classificaram como ambiente estressor estavam aguardando notícias de seus filhos em meio a procedimentos cirúrgicos. Estes que classificaram como restaurador indicaram alguns atributos ambientais e físicos que o fazem agradável, tais como o sofá, livros, aparelho de televisão, bíblia, recipiente com mensagens de conforto, conforto e possibilidade de socialização e trocas de experiências com outros pais. Além do ambiente ofertar este conforto pelo mobiliário e móveis, aproxima o indivíduo a outros que estão vivenciando situações adversas semelhantes, o que lhe provoca a sensação de pertencimento, característica do escopo/extensão. Já os móveis destacados indicam certa familiaridade com a própria residência. A bíblia e as mensagens de conforto, assim como já visto acima, trazem a espiritualidade e religiosidade como fatores protetivos e de enfrentamento aos acompanhantes (Kaplan, 1995; Mesquita et al., 2013).

O último ambiente classificado como restaurador, assim como a capela, teve influência do próprio atendimento psicológico ofertado no ambiente. A sala da psicóloga foi nomeada como “*sala da tranquilidade*”. A participante que a sinalizou como a sua favorita foi uma acompanhante que recebeu auxílio psicológico decorrente de uma crise de ansiedade que havia tido no quarto de internação ao vislumbrar sua filha em processo de intubação. A acompanhante também foi influenciada por aspectos pessoais em sua escolha, por ter sido acolhida e aconselhada em um momento de tristeza. Mas, além disso, a acompanhante destacou alguns atributos físicos, como decoração e mobiliário, que tornaram a sala da psicóloga mais restaurador.

Em relação à decoração e mobília do ambiente, cabe destacar os resultados de Felipe et al. (2017) em hospitais infantis e sua relação com a recuperação de recursos psicofisiológicos e sociais. As autoras ressaltam que os ambientes favoritos de pacientes pediátricos possuíam

algumas características ambientais, tais como: cores vivazes, mobiliário e *layout* interessantes, presença de aparelho de televisão, com equipamentos médicos suficientes para os leitos, janelas e portas-janela amplas com acesso visual ou físico à natureza. Embora sejam participantes com faixa etária distintas, a mobília e a estética do ambiente de ambientes hospitalares também foram associadas a restauração do estresse (Felippe et al., 2017).

6.2.2 Categoria 2: Atributos físicos e significados de lugares que proporcionam estresse

Partindo para a categoria que contempla os elementos temáticos que indicam lugares e seus atributos físicos que proporcionam estresse aos acompanhantes, o banheiro obteve destaque. Fica claro que torna esse um ambiente estressor para o acompanhante é justamente a falta de alguns itens indispensáveis, como tranca nas portas, descarga, espelho, tampa e assento de vaso sanitário. Como já mencionado, não são todos os banheiros do hospital infantil que não possuem estes objetos. A ausência de chuveiros foi um aspecto recorrente nas narrativas, pois para efetuar a higiene pessoal os acompanhantes necessitam abandonar o leito e deslocar-se ao albergue que fica nas proximidades do hospital infantil. Assim, ao se ausentar, o acompanhante necessita do auxílio de terceiros, que muitas vezes, são desconhecidos. No tocante as nomeações atribuídas aos banheiros, percebe-se que devido ao estresse e desconforto que o ambiente provoca sobre os acompanhantes, a resposta comportamental evocada é a evitação.

Sobre a inexistência de objetos no banheiro, segundo a *Evidence Based Design* uma das características de ambientes humanizados é possibilitar o controle ambiental. De acordo com essa teoria, o controle ambiental dá ao usuário maior liberdade para regular e controlar estímulos ambientais. Com os objetos citados, os acompanhantes poderiam controlar o ambiente e usufruir com maior conforto. Embora nesse ambiente não haja controle, sabe-se que nos quartos de internação os acompanhantes podem alterar o volume da televisão, temperatura do ar-condicionado, abrir ou fechar janelas e cortinas, mas isso exige que todos os usuários do quarto estejam de acordo (Guelli & Zucchi, 2005).

Comparando esses resultados aos anteriores, assim como aqueles obtidos por Felippe et al. (2017), é possível inferir que a sensação de possuir equipamentos e mobiliário suficientes proporciona redução no estresse de acompanhantes e pacientes. Além disso, percebe-se que o estresse já é gerado nos acompanhantes perante a ameaça de que o paciente estará sozinho enquanto realiza sua higiene pessoal. Nesse sentido, Ulrich (1921) indica que, por conta de uma situação antecedente, a resposta emocional do organismo é o estresse psicológico e físico.

O segundo ambiente levantado como sendo estressor foi a Emergência, com cinco classificações. Para os acompanhantes, o ambiente causa estresse por aglomerar muitas crianças doentes em pouco espaço. Somando estes aspectos: crianças adoecidas aguardando atendimento médico; pais preocupados; atendentes sobrecarregados; e ambiente hospitalar, a única resposta emocional, psicológica e física esperada é o estresse. Sobre os significados atribuídos, novamente ressaltou-se que a própria demanda torna o ambiente comovente (*“horível”*, *“decadência”* e *“lugar de dor”*). O aguardo pela resolução do problema de saúde também foi destacado pelos acompanhantes (*“eternidade sem fim”*), assim como os sentimentos decorrentes (*“desespero”* e *“triste”*).

Semelhante ao ambiente anterior, a UTI também somou cinco classificações. Assim como na Emergência, na UTI existem pacientes pediátricos em estado grave, assim como pais e avós em estado de angústia aguardando notícias de seus filhos e netos. Percebeu-se que a própria funcionalidade do ambiente hospitalar causa estresse em seus usuários, característica que está enviesada no ambiente em que estes eventos se sucedem. Os significados atribuídos a este ambiente corroboram com as afirmações acima sobre as emoções decorrentes, principalmente a ansiedade e angústia (*“angustiante”*, *“desespero e angustiante”* e *“cantinho da dor”*), embora duas participantes tenham demonstrado sentimentos de gratidão pelos serviços de saúde prestados (*“eu sai feliz, tive sorte”* e *“salva-vidas”*).

Com similaridades à Emergência, o próximo ambiente classificado por três acompanhantes como estressor foi o Ambulatório. Como visto, os relatos indicam que o ambiente causa sensações de estresse e ansiedade por aglomerar muitos usuários. Outras reações do organismo frente ao ambulatório foi a sensação de sufocamento e falta de ar. Como o ambiente não possui janelas, impossibilita que o ar circule e renove a respiração, atribuindo ao ambulatório odores indesejáveis. Os significados atribuídos ao ambulatório reafirmam os atributos físicos associados ao estresse (*“sufocante, pânico”*, *“porta dos desesperados”* e *“lugar do demônio”*).

Por fim, os dois últimos ambientes classificados como estressores foram a recepção e a Unidade D. A recepção foi sugerida como ambiente estressor devido a presença de muitas crianças doentes e pela ansiedade gerada no aguardo do atendimento, assim como o ambulatório e a UTI. A unidade D foi avaliada decorrente da presença de sua filha adoecida nesse ambiente, mas não por características próprias do ambiente, considerando que o significado que foi atribuído a unidade indica justamente o inverso (*“melhor unidade”*).

Como é possível analisar, os ambientes foram classificados como estressores principalmente pela sua funcionalidade. Ambientes hospitalares costumam ter diversos

pacientes com enfermidades graves e outros ainda aguardando atendimento. Os sentimentos dos acompanhantes são decorrentes desse próprio ambiente em que se predomina a doença. Os processos de saúde-doença são projetados para o ambiente de acordo com a percepção e avaliação pessoal de cada indivíduo. No entanto, ressalta-se que embora seja inevitável que instituições de saúde possuam características ambientais estressoras, próprias de ambientes hostis e de intenso sofrer, podem ser adotadas estratégias para que acompanhantes possam ter suas necessidades básicas todas supridas dentro do hospital.

6.2.3 Categoria 3: Características ambientais dos quartos de internação que proporcionam bem-estar e conforto

Em relação às características ambientais dos quartos que mais agradam os acompanhantes destacam-se a cama dos pacientes (29 menções), aparelho de televisão (16 menções) e ar-condicionado (cinco menções). Percebeu-se que o móvel mais importante no quarto é aquele em que o paciente utiliza para o descanso enquanto aguarda pela recuperação de sua saúde, isto é, a cama. No caso dos acompanhantes, a cadeira foi mencionada quatro vezes como um móvel que propicia conforto, enquanto o restante dos acompanhantes o considera um móvel desconfortável. O aparelho de televisão propicia entretenimento durante períodos ociosos e distração para acompanhantes e pacientes. Apesar de ser um hospital infantil, os programas podem ser controlados de acordo com a preferência dos adultos. Já o ar-condicionado foi destacado pela função de ventilar o ambiente e arejar o ambiente, deixando-o com odores mais agradáveis.

Ambientes e objetos infantis também foram enfatizados como características ambientais que ofertam conforto e bem-estar. Dentre eles, enfatiza-se os brinquedos (três menções), recreação (duas menções) e o parquinho (duas menções). O brinquedo possibilita que a criança encontre elementos que instiguem a criatividade, a aprendizagem e a interação social por meio do lúdico. Novamente demonstra-se que o brincar é um comportamento próprio da criança e necessário para lhe ofertar a continuidade e manutenção de seu desenvolvimento infantil.

De modo consecutivo, os elementos “iluminação”, “organizado”, “organização”, “bonito”, “limpinho”, “proteção”, “segurança” e “higienizado” obtiveram uma menção cada. Esses resultados demonstram semelhanças com a pesquisa de Hunter e Askarinejad (2015) sobre os atributos físicos favoritos e a sua contribuição para a restauração. De acordo com esses autores, a preferência ambiental e a restauração estão associadas à certas qualidades ambientais,

tais quais: complexidade, coerência estrutural, forma estrutural, dicas de profundidade, abertura, suporte de coleta de informações, acesso, segurança e envolvimento. Os elementos temáticos citados demonstram que o quarto de internação não possui todos os atributos físicos listados para ser considerado restaurador, mas indica-se que possui certas qualidades ambientais: forma estrutural, segurança e envolvimento. A forma estrutural diz respeito a organização ambiental e o modo como as linhas, curvas, ângulos agudos e sua mistura estão dispostos no ambiente. A segurança diz respeito a sensação de proteção que o ambiente fornece ao usuário. Finalmente, o envolvimento se refere à presença de características ambientais, objetos ou elementos físicos que prendem a atenção e proporciona imersão do usuário no ambiente.

6.2.4 Categoria 4: Características ambientais dos quartos de internação que proporcionam estresse

Os elementos temáticos presentes nessa categoria ressaltam que o mobiliário mais importante para os acompanhantes diz respeito ao móvel de repouso. Foram 19 menções de valência negativa sobre a poltrona dos acompanhantes, indicando que o móvel é capaz de ofertar estresse ao invés de ser confortável e ofertar descanso para os acompanhantes. Além disso, a estética da mobília foi outro aspecto destacado pelos acompanhantes como algo que causa desconforto devido a aparência. Os móveis de descanso possuem desgastes no couro de revestimento e alguns defeitos na opção de inclinação, o que indica vestígios ambientais decorrentes de sua utilização constante.

Outra característica ambiental que causa estresse nos acompanhantes é a falta de ventilação natural nos ambientes. Normalmente, as janelas dos quartos permanecem fechadas e o ar-condicionado ligado em modo ventilação. Embora haja ventilação mecânica, o ar não é renovado. Por conta disso, os acompanhantes julgaram que o ambiente causa sensações de estresse e pânico. Embora o ar-condicionado auxilie na ventilação higiênica e minimização de odores, ainda se perdura um ar denso com odores exalados de medicações, excreções e do ambiente fechado. De acordo com Bittencourte e Cândido (2005), fluxos de ventilação podem ampliar as condições de conforto pelo efeito de resfriamento fisiológico trazido pela evaporação da sudorese na pele. Já sobre os ambientes fechados, os mesmos autores recomendam que haja renovação contínua do ar interno de um recinto, e não somente sua circulação.

Outro aspecto que causa estresse no hospital são os banheiros. Como visto anteriormente, nos quartos de internação existem banheiros para uso exclusivo dos pacientes pediátricos. Os acompanhantes devem retirar-se dos quartos e se deslocar para os banheiros que estão espalhados pelos corredores entre as unidades. Embora sejam próximos da unidade, os acompanhantes queixam-se dessas saídas, pois acreditam que o paciente pode necessitar de cuidados nesse período de tempo. Analisando as narrativas, foi possível compreender que os acompanhantes sentiriam maior conforto se nos quartos de internação fosse possível sanar a maior parte de suas necessidades. Como visto, no hospital e mais especificamente nos quartos de internação um usuário já tem várias necessidades básicas atendidas: alimentação, abrigo, proteção, segurança, autonomia, socialização com outros usuários e serviços especializados em saúde. Entretanto, foi ressaltado que as necessidades fisiológicas dos acompanhantes não são atendidas no quarto de internação.

A viabilidade dos sanitários dentro dos quartos de internação proporcionaria maior conforto e diminuição na preocupação de acompanhante para com paciente. Analisou-se que, quanto menor o tempo e distância entre acompanhante e paciente, menores são as sensações de estresse. Foi percebido ainda que não somente os acompanhantes se preocupam, mas pacientes também são acometidos por sintomas fisiológicos e psicológicos decorrentes da saída, mesmo que temporária, de seus acompanhantes. Vale lembrar que Neves et al. (2018) e Santos et al. (2013) indicaram que o acompanhante possui uma função mediadora no hospital, viabilizando a redução dos sintomas psicológicos, além de prover o cuidado, confiança, suporte emocional e proteção necessários para melhor recuperação e adesão ao tratamento.

6.2.5 Categoria 5: Percepções ambientais

6.2.5.1 Percepções ambientais sobre os quartos de internação pediátricos

Foram sete repetições dos elementos “*bem*” e “*bom*”, três repetições para “*melhor*” e “*muito*”, indicando que a percepção ambiental dos acompanhantes sobre os quartos de internação esteve associada a sensação de bem-estar pela transição da emergência para o quarto, no qual o paciente, enfim, terá o tratamento de saúde adequado. Percebeu-se ainda que os acompanhantes obtiveram reduções de estresse psicofisiológico nessa transição de ambiente, o que indica que o quarto é um ambiente que proporciona menos estresse, se comparado com os

ambientes da recepção e da emergência. Além disso, verificou-se que estresse é diminuído pela possibilidade de efetivar o cuidado entre profissional-paciente e acompanhante-paciente.

Derivado do latim *'perception'*, o termo percepção pode ser definido como o ato ou efeito de perceber, combinação de sentidos no reconhecimento de um objeto, recepção de um estímulo, sensação, ideia, imagem, representação intelectual, entre outras definições encontradas nos dicionários de língua portuguesa. Mais especificamente a percepção ambiental trata da tomada de consciência do homem sobre o ambiente, isto é, o ato de perceber o ambiente que está inserido, de modo a aprender, proteger e cuidar do mesmo. O modo com que cada indivíduo percebe, reage e responde às ações sobre um determinado ambiente irão depender das percepções individuais e coletivas, processos cognitivos, julgamentos e expectativas de cada um sobre o ambiente. Nesse sentido, investigar a percepção dos indivíduos sobre os ambientes torna-se de extrema importância para compreender as inter-relações entre homem e ambiente, expectativas, anseios, satisfações e insatisfações, julgamentos e condutas (Hochberg, 1973).

Como visto, os julgamentos dos acompanhantes indicaram que os quartos são ambientes melhores em detrimento das emergências e recepção. Entretanto, o elemento *"banheiro"*, também mencionado sete vezes, salienta uma insatisfação sobre a falta de banheiros no interior dos quartos de internação para uso dos acompanhantes. Devido à falta de banheiros para acompanhantes no interior dos quartos de internação, os comportamentos voltados aos cuidados para com o paciente são inibidos temporariamente em decorrência do deslocamento até os sanitários entre as unidades.

Outros elementos que indicam uma percepção sobre limitações dizem respeito a *"apertado"*, mencionado três vezes, assim como *"quatro leitos"* com duas repetições. Alguns quartos de internação possuem quatro leitos ou mais, de modo a abrigar os pacientes de acordo com a demanda da região. Como o hospital infantil é referência nacional nos serviços de saúde prestados as crianças e adolescentes, é comum que outros hospitais transfiram pacientes de outras regiões para serem atendidos de modo coerente com suas necessidades. Isso e demais fatores situacionais contribuem para que o hospital acumule usuários e leitos nos quartos de internação. Um dos aspectos ambientais observados que possa contribuir para essa percepção de ambiente escasso diz respeito a organização do espaço e, a mais óbvia, as dimensões físicas do ambiente. Alguns quartos possuem mais espaço físico do que outros, como já mencionado. Nas unidades investigadas, percebeu-se que os quartos que se localizavam nos corredores tinham menos espaços se comparados com o último quarto, localizado no final do corredor. Os quartos menores acumulavam cerca de quatro leitos e quatro acompanhantes, assim como o

quarto maior. Dessa forma, as percepções sobre os quartos serem pequenos corresponde aqueles que estavam ocupando quartos nos corredores.

Sobre o que foi mencionado, Hunter e Askarinejad (2015) sugerem que ambientes com capacidade de abertura, ou seja, amplos em sua dimensão, possuem maior capacidade de restauração do estresse em seus usuários. Foi analisado ainda que a percepção dos acompanhantes sobre os quartos permitiu não somente a discussão das potencialidades, como também as suas limitações enquanto base-física. A percepção, portanto, indica o conjunto de informações que expressam o que os usuários percebem de valor sobre o ambiente, tanto percepções de valência positiva como também negativas.

Houveram elementos que indicam que o quarto de internação proporciona percepções ambientais positivas por ser um ambiente que possui o mobiliário necessário para acomodar um acompanhante, aparelhos médicos suficientes para o tratamento médico do paciente, bom estado de conservação dos objetos e móveis, assim como a possibilidade de fazer amizades no âmbito do hospital.

6.2.5.2 Percepções ambientais sobre as unidades de internação

As percepções ambientais relacionadas às unidades de internação pesquisadas foram, em sua maioria, de valência positiva. A atribuição de qualidade a percepção foi principalmente mediada pelo atendimento profissional ofertado. Assim que os acompanhantes e demais usuários adentram nas unidades, o primeiro contato é feito com os profissionais logo na entrada. Diante disso, a percepção dos acompanhantes sobre as unidades esteve principalmente atrelada ao julgamento subjetivo sobre a forma como foram recepcionados nas unidades de internação.

De acordo com os elementos mencionados, entende-se que o ambiente favorece a relação entre profissionais-acompanhantes devido ao cuidado que possuem em comum, isto é, ambos estão no hospital em prol de uma melhor recuperação do paciente. Dito isso, os elementos preconizam que quando há um objetivo e o lugar em comum entre os seus usuários as percepções ambientais tendem a ser positivas não apenas sobre o lugar, mas sobre os demais indivíduos ali presentes. A atuação dos profissionais, como visto na descrição dos resultados, foi de modo majoritário, o aspecto mais associado a percepção ambiental nas unidades. Embora a maioria tenha descrito percepções positivas sobre o lugar devido aos profissionais que prestam atendimento, foi mencionado que a falta de informações e algumas condutas ainda interferem na qualidade da percepção.

Uma das estratégias fortemente adotadas por instituições de saúde é a humanização das práticas em saúde, e isso engloba também a qualidade na relação entre profissionais e usuários. Uma relação pautada na ética profissional e respeito mútuo tende a gerar cooperatividade no cuidado, facilitar as informações prestadas e tomadas de decisões. Embora o paciente seja o principal enfoque de atenção dos profissionais, é necessário atender as necessidades dos acompanhantes no que diz respeito a informações sobre estado de saúde, prognóstico, tratamentos, exames, medicações, entre outros assuntos pertinentes à saúde do paciente enfermo (Corbella, 2003).

Como visto, essa comunicação clara entre profissionais e acompanhantes não somente auxilia a minimizar sensações de estresse, como também ajuda na aquisição de percepções de valência positiva sobre a atuação profissional, que, conseqüentemente, são refletidas sobre o ambiente em que se inserem. Além da comunicação, de acordo com a PNH, o hospital deve propiciar aos usuários ambiência acolhedora e conforto, englobando aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais. O conforto ambiental já deve ser uma precaução antes mesmo do hospital ser implementado, em decorrência da sua forte influência sobre o processo de recuperação de saúde dos pacientes (Carvalho et al., 2009; Martins, 2004).

A percepção ambiental também esteve ligada as sensações de “alegria” e “paz” experienciadas ao sair da emergência e recepção e adentrar nas unidades. Embora essas sensações indiquem valência positiva, outras sugerem o inverso, dividindo opiniões. As percepções ambientais de valência negativa também transmitem que as unidades causam estresse e sintomas de ansiedade nos acompanhantes.

Essas percepções de valência positiva corroboram com o que Kort et al. (2006) propõe ao sugerir que o ambiente físico hospitalar é capaz de transmitir cognições e afetos, além de percepções de restauração do estresse. Os mesmos autores salientam que o hospital, embora seja um ambiente construído para recuperar a saúde de pacientes enfermos e em estado de sofrimento intenso, é um ambiente que pode ser modificado e planejado para suscitar bem-estar e auxiliar na restauração de recursos desgastados, como a atenção e estresse emocional e psicológico.

Já em questões relacionadas ao ambiente, propriamente dito, a percepção dos acompanhantes sugere que o arranjo ambiental é agradável, organizado, esteticamente atraente e com abertura. A partir disso, vale ressaltar o estudo de White e Gatersleben (2011) sobre aspectos de paisagismo de residências e seu potencial estético de restauração e preferência. De acordo com os autores supracitados, a presença de vegetação foi associada a estética mais atraente, restauração, ambiente preferido e qualidades afetivas positivas em detrimento de

residências sem vegetação. Sugerem ainda que, ambientes construídos adotem vegetações em telhados, fachadas, paredes e muros.

Como já descrito, no decorrer das unidades existem jardins descobertos, dando acesso a iluminação natural nos corredores do hospital. Além disso, os jardins possibilitam a vista para plantas, folhagens e demais vegetações que acabam auxiliando na restauração do estresse. Esse resultado coincide com o estudo de Martínez-Soto, Lena e Vázquez (2014). Ao investigar a aplicação de um modelo social ecológico e o impacto da natureza urbana na restauração em 120 pessoas no México constataram que a vista da janela com natureza em seu exterior, jardins no interior de casas e plantas favorecem a restauração psicológica.

6.2.5.3 Percepções ambientais sobre o hospital pediátrico

Os elementos levantados sobre as percepções de acompanhantes acerca do hospital indicam que o ambiente é percebido como carregado de usuários, crianças aguardando atendimentos e pais em estado de ansiedade. Como efeito disso, a percepção do ambiente como estando lotado de crianças conseqüentemente sugeriu que os trâmites do hospital relacionados a tratamento e internação fossem vagarosos. Embora a visão dos acompanhantes tenha remetido a diversas percepções de cunho negativo, houveram nove menções de que as percepções foram boas (“*bem*” repetido cinco vezes e “*bom*” quatro vezes).

Outros elementos que indicam que a percepção dos acompanhantes possui cunho positivo diz respeito ao “*hospital*”, “*médicos*” e “*gostei*”. Foi verificado que as percepções dos acompanhantes estiveram a todo instante associadas ao atendimento profissional e ao ambiente. O atendimento multiprofissional é visto como o principal trabalho que deve ser feito no âmbito hospital, requerendo aptidão, experiência, aparelhos médicos e um ambiente propício para o atendimento. Embora o elemento “*hospital*” tenha sido mencionado para descrever características ambientais favoráveis ao bem-estar e percepções positivas sobre o lugar, ficou nítido que o hospital infantil possui em sua aparência as características ambientais que lhe são esperadas, mas que também são destacadas por diversos autores (Cavalcanti, 2002; Fischer, 1994; Harris et al., 2002; Lino & Nogueira, 2015; Velarde et al., 2007) como características antiquadas e que devem ser modificadas para melhor estadia e bem-estar de seus usuários.

De acordo com Lino e Nogueira (2015), as instituições de assistência à saúde devem buscar em sua arquitetura e design uma aproximação estética com a de residências, para melhor ambiência interna e externa, tornando o ambiente menos institucional e mais humanizado. Os

mesmos autores salientam que, uma estratégia possível no caso de hospitais infantis é implementar ambientes temáticos divertidos e com diversas cores vivazes, de modo a distrair e animar os pacientes pediátricos. Cavalcanti (2002) corrobora com a estratégia de assemelhar ambientes hospitalares com residência e acrescenta que também podem ser parecidos com ambientes hoteleiros. De acordo com a autora, a tendência é que ambientes hoteleiros e residenciais propiciem maior conforto e comodidade aos usuários.

Embora o ambiente seja percebido como algo que faz jus ao nome, também foi percebido como um ambiente que possui ótima estrutura e com amplitude suficiente para atender a alta demanda. Como já visto, a abertura é uma das características que implicam sobre os usuários de modo a favorecer a restauração do estresse. Além disso, Han (2010) sugere que as pessoas preferem ambientes amplos e abertos, ao invés de espaços confinados.

Outro aspecto analisado diz respeito às próprias opiniões e julgamentos que compõem a percepção dos acompanhantes. Fischer (1994) compreende que todo espaço está sujeito a receber significados de usuários. Partindo desse ponto de vista, não existem ambientes vazios ou neutros, todos estão passíveis de receber significados, valor simbólico, cultural e social de seus usuários. Nesse sentido, os usuários projetam sobre os ambientes, sejam eles naturais, urbanos ou construídos, sentidos e significados que lhes são subjetivos e sugerem a própria apreensão, expectativas e necessidades que possui sobre o espaço.

As percepções dos acompanhantes também estiveram associadas aos sintomas emocionais e psicológicos decorrentes do contato com o ambiente hospitalar. Cabe destacar aqueles ligados à ansiedade, como o medo, a dúvida, susto, tristeza e pânico. Esses sintomas foram mencionados pelos acompanhantes para destacar as primeiras reações que obtiveram ao perceber o hospital, ou seja, sintomas associados à percepção ambiental do hospital infantil. Isso demonstra que o âmbito hospitalar pode acarretar diversos prejuízos físicos, emocionais e psicológicos aos acompanhantes. Vieira et al. (2011) indica que os sintomas que surgem ao adentrar no hospital podem ser originados do estresse, ansiedade, mudança do estilo de vida da família e adaptação rápida a nova situação. O mesmo é reiterado por Correa (2006), ao sugerir que o ambiente produz efeitos, positivos e negativos, sobre os indivíduos que o usufruem, sendo possível transformá-lo em um promotor de saúde e bem-estar. Ainda de acordo com a autora supracitada, ambientes hospitalares podem aderir à presença de elementos naturais em seu interior, assim como acesso visual à natureza pela janela dos quartos de internação de modo a promover a restauração do estresse. Destaca ainda que outras características ambientais são favoráveis à restauração do estresse e, conseqüentemente, uma melhor estadia no hospital: luminosidade, conforto térmico, cores das pinturas de cada ambiente e mobiliário. Portanto, ao

adotar transformações no ambiente, o hospital passa a transmitir ambiência aos acompanhantes, assim como bem-estar aos pacientes (Vieira et al., 2011).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para identificar características ambientais de um hospital infantil que favorecem sensações psicológicas de restauração do estresse aos acompanhantes foi realizada a aplicação do *Wish Poem*, assim como de um roteiro de entrevista semiestruturada com variação da técnica da Caminhada pelo local e registros fotográficos por meio das técnicas de Ambiente fotografado e Fotografando ambientes. Foi possível identificar que os ambientes favoritos dos acompanhantes são aqueles responsáveis por diminuir significativamente os sintomas emocionais, psicológicos, físicos e fisiológicos decorrentes do estresse. Como visto, a área de sol e a capela foram os ambientes mais destacados como favorecedores da restauração do estresse. As características do primeiro ambiente remontam que ambientes amplos, com possibilidade de brincadeiras para pacientes infantis, com móveis que permitem o descanso, com iluminação e ventilação naturais e contato visual a natureza e elementos naturais são os favoritos entre os acompanhantes. Já a capela, ambiente que remete à religiosidade e espiritualidade, sugere que esses espaços promovem estratégias de enfrentamento e resiliência nos acompanhantes para lidar com a constante carga de estresse vivenciada.

De modo geral, foi analisado ainda que ambientes visualmente organizados, com arranjo ambiental harmonioso e mobiliário disposto de forma funcional foram características ambientais que favorecem a restauração do estresse. Os acompanhantes destacaram, principalmente durante a aplicação do roteiro de entrevista, que os móveis e aparelhos médicos necessitam de espaços que favoreçam sua função para o tratamento de saúde. Além disso, ambientes limpos e higienizados foram ressaltados por tranquilizar os acompanhantes no que remete a prevenção de contaminações e bactérias. A decoração dos ambientes também foi ressaltada, indicando que a aparência das unidades com decorações temáticas e festivas é visualmente atrativa não apenas para as crianças, mas também para os adultos. Por ser algo que atrai atenção, percebeu-se que as decorações ambientais acabam atuando como uma distração. Outras distrações dizem respeito ao aparelho de televisão, disponível nos quartos de internação pediátricos.

Foi analisado que ambientes complexos, isto é, com riqueza de informações e elementos que despertam a atenção dos usuários são favoráveis ao bem-estar e restauração do estresse. Nesse sentido, os ambientes com mais informações, objetos e mobiliário, exceto com

aglomerações de pessoas, foram classificados como restauradores pelos acompanhantes. Além disso, ambientes com objetos infantis, como por exemplo, brinquedos e atividades lúdicas, foram classificados como restauradores por possibilitar a criança um momento de aprendizado, diversão, enquanto que o acompanhante também se beneficia ao observar seu ente querido realizando tais atividades. Nesse sentido, ambientes que propiciem atividades lúdicas não somente distraem os pacientes, como propiciam bem-estar e conforto psicológico aos acompanhantes.

Como o cotidiano desses últimos é demarcado pelo constante cuidado e vislumbre do ente querido em sofrimento, fica perceptível a importância de proporcionar momentos de descontração e diversão entre pacientes-acompanhantes. Ademais, percebeu-se que alguns acompanhantes destacaram ambientes que favoreciam a troca de experiência com outros acompanhantes, como forma de confortá-los de sua atual situação. Um desses ambientes propícios a troca de experiência é na área de sol e na sala de espera da UTI. Ambos os ambientes foram mencionados como favoráveis à socialização. Dessa forma, observa-se que reconhecer a história e o sofrimento alheio é uma estratégia conferida aos acompanhantes para lidar com o próprio estresse.

Partindo para o significado atribuído às características físicas do ambiente que suscitam sensações de estresse em acompanhantes, primeiramente ressaltam-se os ambientes classificados como mais estressores no hospital infantil: banheiro, emergência, UTI e ambulatório. O significado atribuído a esses ambientes esteve associado a características ambientais, tais como: limpeza; estética; estado de conservação do mobiliário; emoções; sintomas psicológicos; físicos e fisiológicos; tempo de espera e julgamentos de valência negativa.

Os significados atribuídos as características físicas do banheiro indicam que os acompanhantes o consideram um ambiente repulsivo devido à falta de alguns objetos indispensáveis para melhor conforto, como tranca nas porcas, descarga, assento sanitário e tampa. Como já foi ressaltado, não são todos os banheiros que estão nessa condição, mas esse banheiro destacado pelos acompanhantes situa-se no corredor entre as unidades de internação, sendo assim, muito utilizado pelos usuários e demais indivíduos que transitam nesse ambiente. Devido à repulsa, alguns acompanhantes adotam comportamentos de evitação e esquiva frente a esse ambiente, deslocando-se para outros sanitários, mesmo que sejam mais distantes da unidade de internação em que se encontram.

Sobre a emergência, os significados que os acompanhantes atribuíram às características físicas sugerem que o ambiente acolhe indivíduos em sofrimento intenso, não somente físicos,

mas também emocionais. Além disso, percebeu-se que os significados estão associados à estética e à ansiedade em aguardar atendimento. Fica perceptível a importância da estética dos ambientes, não somente sobre a emergência, mas em diversos momentos da coleta de dados esse aspecto ambiental foi ressaltado. De acordo com as narrativas, os acompanhantes acreditam que a estética da emergência deve ser alterada e o ambiente melhor organizado para atender toda a demanda. Feito isso, a ansiedade dos acompanhantes seria controlada e os pacientes não aguardariam por longos períodos por atendimento.

Similar ao ambiente acima, os significados destacados sobre as características ambientais da UTI remontam a ansiedade e estresse gerados a partir da expectativa por notícias do paciente enfermo. Na UTI, os acompanhantes possuem um espaço para aguardar de modo confortável, com aparelho de televisão, livros, revistas, artigos religiosos, sofá e poltronas estofadas, além de um recipiente com palavras de apoio e incentivo. Embora existam essas características ambientais destacadas como positivas, os significados atribuídos a esse ambiente ressaltam as reações fisiológicas e psicológicas decorrentes da espera por melhoras no quadro de saúde do paciente. Nesse sentido, o significado está atrelado não às características físicas do ambiente, mas sim das características situacionais que levaram o indivíduo a frequentar a UTI.

Diferente do ambiente anterior, os significados atribuídos às características ambientais do ambulatório indicam falta de iluminação e ventilação naturais. A falta de janelas nesse ambiente foi ressaltada pelos acompanhantes, o que causa sensações de sufocamento e pânico em alguns acompanhantes ao usufruir desse ambiente. Além disso, foi destacado ainda que o ambiente suporta uma quantidade de pessoas, inferior ao que é atendido. Isso confere ao ambiente, novamente, a premissa que superlotação e excesso de usuários aguardando atendimento.

No que concerne aos elementos físicos associados à restauração psicológica do estresse em acompanhantes, foi analisado que os lugares favoritos escolhidos pelos acompanhantes eram aqueles capazes de distraí-los da condição atual de permanecer em um hospital. Em outras palavras, quanto mais familiaridade o ambiente ofertava, melhores eram suas capacidades restaurativas sobre o estresse. Essa observação confirma o que alguns estudos destacam sobre a importância de ambientes hospitalares ofertar ambiência a partir de seu design e arquitetura semelhantes a residências ou hotéis, de modo a diminuir os esforços psicológicos em prol da adaptação necessária ao novo contexto e situação. Nessa direção, os lugares favoritos classificados pelos acompanhantes foram: área de sol, capela, área externa do hospital, corredores e rampas situados entre as unidades, sala de espera da UTI e sala da psicóloga, respectivamente.

Foram levantadas as características ambientais dos ambientes supracitados que os tornam ambientes restauradores do estresse no hospital infantil. Dentre elas, ressaltam-se ambientes com abertura, amplitude, iluminação e ventilação naturais e com escassez de ruídos. Além disso, os acompanhantes evidenciaram que os ambientes classificados como restauradores lhe ofertam tranquilidade, reflexão e espaço para poder pensar nas problemáticas enfrentadas com concentração. O convívio com outros acompanhantes também foi uma característica ambiental realçada. Assim, a troca de experiências com outros acompanhantes foi um aspecto enfatizado por causar a sensação de acolhimento e conforto psicológico.

Em relação aos elementos físicos do hospital e os efeitos psicológicos decorrentes da inter-relação acompanhante-ambiente, predominam sintomas associados a ansiedade e ao estresse, principalmente medo, nervosismo, irritabilidade, tristeza, sentimento de impotência, preocupação excessiva, sensação de que algo ruim irá acontecer e fadiga mental (problemas significativos na concentração). Concomitante a isso, também foram levantados sintomas físicos e fisiológicos que se associam aos psicológicos, tais como: agitação nos membros inferiores e superiores, sudorese, sensação de aumento do batimento cardíaco, falta de ar, insônia, dores estomacais e má digestão, dores de cabeça e no peito.

Pode-se avaliar que o ambiente não é o único que influi sobre os usuários. A maioria dos acompanhantes destacou que os sintomas provêm de um conjunto de variáveis associadas: situacionais, familiares, sociais e ambientais. A princípio, o adoecimento já começa a modificar toda a estrutura e cotidiano familiar para o processo de recuperação de saúde. Existe o deslocamento da família para o hospital, a busca por tratamentos de saúde eficazes, o remanejamento salarial da família para os custos com medicações e hospitalizações, o trabalho dos pais é prejudicado, o desenvolvimento escolar e educacional dos filhos é reorganizado, etc. Com isso, percebe-se que antes mesmo do acompanhante adentrar no hospital existirá uma carga de estresse significativa, que tende a ser projetada sobre o ambiente atual.

Ressalta-se que o estresse é uma reação do organismo frente a uma modificação, adaptação imediata a uma nova realidade ou situação desafiadora, em que o indivíduo percebe que há complexidade ou incapacidade de resolução. Visto que o estresse já é vivenciado antes mesmo de se deslocar ao hospital, assim que chegam são acrescentadas novas situações e novas adaptações, que acrescentam novos sintomas e/ou pioram aqueles que já estavam sendo acometidos nos acompanhantes.

No tocante às ferramentas de coleta de dados utilizadas na pesquisa, cabe salientar suas potencialidades e suas fragilidades de modo a informatizar futuras pesquisas realizadas nesse contexto e com situações problema semelhantes. O questionário sociodemográfico aplicado foi

indispensável para levantar o perfil dos acompanhantes e identificar variáveis que atravessam a situação atual da família. Foi possível reconhecer se a família era composta por várias ou poucas pessoas, se a família está na cidade ou se o acompanhante está sozinho durante os cuidados, se possui mais filhos além daquele adoecido, se está em um relacionamento e possui uma rede de apoio, assim como o quanto seu acompanhamento no hospital é importante. O próximo instrumento utilizado foi o *Wish Poem*, que se demonstrou satisfatório para levantar não somente expectativas, mas aspectos positivos e negativos sobre o ambiente hospitalar. No entanto, o contexto hospitalar não favoreceu que os acompanhantes expressassem suas opiniões de forma manual, pois todos os acompanhantes estavam exercendo o cuidado para com o paciente e coube a pesquisadora coletar as narrativas e registrar no instrumento. O roteiro de entrevista semiestruturada foi o instrumento de maior importância devido a sua capacidade de responder a todos os objetivos propostos nessa pesquisa. Foi o instrumento capaz de levantar o maior conjunto de informações e foi empregado com a variação de outras duas técnicas utilizadas em Psicologia Ambiental: ambiente fotografado ou a técnica fotografando ambientes, bem como a caminhada pelo local. Assim, foi possível capturar os locais narrados durante as entrevistas para melhor compreensão dos leitores, assim como da pesquisadora durante a análise dos resultados. Já sobre a caminhada pelo local, foi o instrumento que permitiu a pesquisadora exercer a empatia, colocando-se no lugar do acompanhante e permitindo-se sentir sensações experienciadas pelos usuários do hospital. No entanto, as fragilidades desses instrumentos foi o acompanhamento ou não dos acompanhantes durante o trajeto e o uso da técnica fotografando ambientes. Como visto, apenas dois acompanhantes (P3 e P25) utilizaram as técnicas fotografando ambientes e caminhada pelo local, enquanto o restante preferiu permanecer cuidando do paciente no quarto de internação. As duas primeiras técnicas demonstraram ser enriquecedoras, pois durante o trajeto o acompanhante dialogava sobre seu cotidiano no hospital, seus sintomas, dificuldades, sentimentos, rotina, o que auxiliava a pesquisadora a compreender essa realidade.

O segundo instrumento aplicado, o *Wish Poem*, ressaltou que o ambiente que mais gera desconforto é o banheiro e ausência de chuveiros para efetuar a higiene pessoal. Ademais, a característica mais importante no âmbito do hospital para os acompanhantes é um bom atendimento multiprofissional para os pacientes. Dessa forma, sugere-se que os acompanhantes possuem expectativas de que o hospital irá resolver os problemas médicos e que os profissionais devem ser qualificados para que seja breve sua permanência no hospital. Além disso, foi ressaltado que os quartos de internação também devem ser repensados para ofertar conforto aos acompanhantes devido a sua importante atuação no cuidado diário para com o paciente.

Destacou-se ainda que, embora existam aspectos a serem qualificados, o hospital infantil oferta um atendimento médico de qualidade, com aparelhos e utensílios médicos suficientes, boas refeições e uma cama com conforto e segurança para os pacientes.

Como exigência do hospital infantil, foram elaborados dois relatórios de pesquisa que continham informações sobre os resultados parciais e totais alcançados. Assim, inicialmente foi enviado ao hospital infantil mediante a Plataforma Brasil um relatório de pesquisa com resultados parciais, pois a pesquisadora estava há cerca de 60 dias na coleta de dados e ainda não havia dados suficientes para iniciar a análise. O segundo relatório de pesquisa foi enviado em 2020 assim que todos os dados já haviam sido analisados, discutidos e revisados pela orientadora. Esse último relatório foi enviado contendo recomendações indicadas pelos acompanhantes para qualificar a estadia no hospital e os cuidados para com o paciente.

De modo geral, foi percebido que o ambiente hospitalar já possui enraizado em sua cultura a percepção ambiental de ser um ambiente hostil e de significativo sofrimento. Então, antes mesmo de entrar em contato com o hospital infantil, os acompanhantes já o julgavam e avaliavam como um ambiente estressor. Somando esses julgamentos com todas as mudanças e adaptações abruptas que comovem toda a família para lidar com a situação emergente, resulta em um estado de estresse elevado que tende a ser perpetuado durante toda a internação ou estabilizado, dependendo das experiências do acompanhante no hospital.

Como indicações a novas pesquisas semelhantes a essa, pode-se inferir que conhecer o contexto, a realidade dos acompanhantes *a priori*, foi indispensável para a pesquisadora organizar, planejar e adaptar os instrumentos utilizados na coleta de dados. No ano anterior à coleta de dados, a pesquisadora atuou como auxiliar de coleta de dados de uma pesquisa de pós-doutorado no mesmo hospital, embora que com um público-alvo diferente. Dessa forma, foi possível identificar as problemáticas existentes no hospital, possíveis situações-problema para uma pesquisa, reconhecer o trabalho da equipe multiprofissional, assim como conhecer o ambiente hospitalar a fundo. Além disso, indica-se a utilização dos instrumentos aplicados, principalmente o *Wish Poem*, a captura fotográfica e caminhada pelo local, mas com vistas a realidade de cada ambiente.

Além disso, foi percebido como elemento ambiental de extrema importância a personalização dos leitos de internação pelos pacientes. Cada leito possui na cabeceira ou nas grades desenhos e objetos feitos pelo próprio paciente. O hospital possui diversas pesquisas com voluntários que acompanham as crianças em seu desenvolvimento educacional, e todos os produtos desses acompanhamentos são deixados com o paciente, que pode distribuí-los em seu leito de internação. Isso faz com que o paciente se sinta em um ambiente menos hostil, com

presença de elementos que remetem a sua infância, personalidade e alegria, auxiliando a recuperação de sua saúde. Dessa forma, estudos que investiguem a apropriação de lugar e as emoções de crianças em quartos de internação pediátricos podem fazer uso dos próprios desenhos realizados pelos pacientes para a pesquisa.

O ambiente em que os profissionais de saúde se encontram também é passível de pesquisas. Investigar como o ambiente laboral influi sobre o engajamento da equipe e o atendimento multiprofissional é uma pesquisa possível de ser realizada, visto que normalmente esses profissionais usufruem de um espaço escasso e compartilhado com vários profissionais de áreas distintas.

8 REFERÊNCIAS

- Albuquerque, D. da 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. doi: 10.1590/1982-3703002972015
- Alvarez, M. E. B. (1991). *Organização, Sistemas e Métodos*. São Paulo: McGraw Hil.
- Aspinall, P., Mavros, P., Coyne, R., & Roe, J. (2015). The urban brain: Analysing outdoor physical activity with mobile EEG. *British Journal of Sports Medicine*, 49(4), 272–276. doi: 10.1136/bjsports-2012-091877
- 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. doi: 10.1371/journal.pone.0051474
- Atlas ti. versão 8.0. (2017). Berlim. Recuperado de <https://atlasti.com/2017/07/25/atlas-ti-8-windows-user-manual/>
- 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, 1–9. doi: 10.1016/j.jenvp.2014.11.005
- 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.
- Bardin, L. (2010). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bastos, M. A. J. (2003). *Pós-Brasília: rumos da arquitetura brasileira*. São Paulo: Perspectiva FAPESP.
- Batista, L. L., Rodrigues, C. D. R. R., Brizante, J. G., & Franchesci, R. (2008). Aspectos

cognitivos da percepção na propaganda. *Ciências & Cognição*, 13(3), 137-150.

- 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. doi: 10.1016/j.ufug.2013.03.008
- Berman, M. G., Jonides, J., & Kaplan, S. (2008). The Cognitive Benefits of Interacting With Nature. *Psychological Science*, 19(12), 1207–1212. doi: 10.1111/j.1467-9280.2008.02225.x
- Berto, R. (2007). Assessing the restorative value of the environment: A study on the elderly in comparison with young adults and adolescents. *International Journal of Psychology*, 42(5), 331–341. doi: 10.1080/00207590601000590
- Berto, R. (2014). The Role of Nature in Coping with Psycho-Physiological Stress: A Literature Review on Restorativeness. *Behavioral Sciences*, 4(4), 394–409. doi: 10.3390/bs4040394
- Beute, F., de Kort, Y., & Ijsselstein, 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. doi: 10.3390/ijerph13040420
- Bittencourte, L. S.; Cândido, C. (2005). *Introdução à ventilação natural*. Maceió: EDUFAL.
- Bogerd, N. Van Den, Dijkstra, S. C., Seidell, J. C., & Maas, J. (2018). Greenery in the university environment: Students’ preferences and perceived restoration likelihood. *PLoS ONE*, 13(2), 1–20. doi: 10.1371/journal.pone.0192429
- Bonnes, M., & Bonaiuto, M. (2002). Environmental Psychology: from spatial-physical environment to sustainable development. In *Handbook of Environmental Psychology* (pp. 28–54). New York: Wiley.
- Calogiuri, G., Nordtug, H., & Weydahl, A. (2015). The Potential of Using Exercise in Nature as an Intervention to Enhance Exercise Behavior: Results from a Pilot Study. *Perceptual and Motor Skills*, 121(2), 350–370. doi: 10.2466/06.PMS.121c17x0
- Cama, R. (2009). *Evidence-based healthcare design*. John Wiley & Sons.
- Campos-de-Carvalho, M. I. (2003). Pesquisas contextuais e seus desafios: uma contribuição a partir de investigações sobre arranjos espaciais em creches. *Estudos de Psicologia*, 8(2), 9. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/%0D/epsic/v8n2/19045.pdf>
- Carrus, G., Scopelliti, M., Panno, A., Laforzezza, R., Colangelo, G., Pirchio, S., ... Sanesi, G. (2017). A different way to stay in touch with “Urban Nature”: The perceived restorative qualities of botanical gardens. *Frontiers in Psychology*, 8, 1–13. doi: 10.3389/fpsyg.2017.00914
- Carvalho, D. B. de, Santana, J. M., & Santana, V. M. de. (2009). Humanização e controle social: o psicólogo como ouvidor hospitalar. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 29(1), 172–183. doi:10.1590/S1414-98932009000100014
- Cavalcanti, P. B. (2002). *Qualidade da iluminação em ambientes de internação hospitalar*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Recuperado de

<https://lume.ufrgs.br/handle/10183/1988>

- 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*, 119–128. doi: 10.1016/j.landurbplan.2016.10.003
- Clemesha, M. R. (2003). *A nova imagem do hospital: subsídios e diretrizes para o projeto arquitetônico*. 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. 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*, 1–9. doi: 10.3389/fpsyg.2016.01885
- Corbella, O. (2003). *Em busca de arquitetura sustentável para os trópicos: conforto ambiental*. Rio de Janeiro: Revan.
- Corral-Verdugo, V. (2005). Psicologia Ambiental: objeto, "realidades" sócio-físicas e visões culturais de interações ambiente-comportamento. *Psicologia USP*, *16*(1–2), 71–87. doi: 10.1590/S0103-65642005000100009
- Correa, M. L. T. (2006). *Psicologia ambiental em um hospital infantil: uma análise comportamental enfatizando qualidade de vida e bem-estar*. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 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. doi: 10.1021/es103907m
- Elali, G. A. (1997). Psicologia e Arquitetura: em busca do locus interdisciplinar. *Estudos de Psicologia*, *2*(3), 349–362. doi: 10.1590/S1413-294X1997000200009
- Evensen, K. H., Raanaas, R. K., Hagerhall, C. M., Johansson, M., & Patil, G. G. (2015). Restorative Elements at the Computer Workstation: A Comparison of Live Plants and Inanimate Objects With and Without Window View. *Environment and Behavior*, *47*(3), 288–303. doi: 10.1177/0013916513499584
- Falkembach, E. M. F. (1987). Diário de Campo: um instrumento de reflexão. *Contexto e Educação*, *2*(7), 19–24.
- Felippe, M. L., & Kuhnen, A. (2012). O apego ao lugar no contexto dos estudos pessoa-ambiente: práticas de pesquisa. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, *29*(4), 609–617. doi: 10.1590/S0103-166X2012000400015
- Felippe, M. L., Kuhnen, A., Da Silveira, B. B., & Klein, C. (2017). Realidade mediada: compreendendo qualidades restauradoras de ambientes através da fotografia. *Psicologia e Saber Social*, *6*(1), 26–41. doi: 10.12957/psi.saber.soc.2017.25083

- Fischer, G.-N. (1994). *O indivíduo na organização: dimensões esquecidas*. São Paulo: Atlas.
- Fontanella, B. J. B., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*, 24(1), 17–27. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>
- Gatersleben, B., & Andrews, M. (2013). When walking in nature is not restorative-The role of prospect and refuge. *Health and Place*, 20, 91–101. doi: 10.1016/j.healthplace.2013.01.001
- Gidlow, C. J., Jones, M. V., Hurst, G., Masterson, D., Clark-Carter, D., Tarvainen, M. P., ... Nieuwenhuijsen, M. (2016). Where to put your best foot forward: Psycho-physiological responses to walking in natural and urban environments. *Journal of Environmental Psychology*, 45, 22–29. doi: 10.1016/j.jenvp.2015.11.003
- Godfrey, W., Bowen, M. (Produtores), & Boone, J. (Diretor). (2014). *A culpa é das estrelas* [DVD]. Estados Unidos da América: Temple Hill 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. 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, 131–139. doi: 10.1016/j.jenvp.2016.09.007
- Gressler, S. C., & Günther, I. A. (2013). Restorative environments: Definition, history, approaches and research. *Estudos de Psicologia*, 18(3), 487–495. doi: 10.1590/S1413-294X2013000300009
- Gunther, H. (2003). Mobilidade e affordance como cerne dos Estudos Pessoa-Ambiente. *Estudos de Psicologia*, 8(2), 273–280. doi: 10.1590/S1413-294X2003000200009
- 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, 1885–1892. doi: 10.1016/J.JCLEPRO.2016.09.161
- Han, K. T. (2009). Influence of limitedly visible leafy indoor plants on the psychology, behavior, and health of students at a junior high school in Taiwan. *Environment and Behavior*, 41(5), 658–692. doi: 10.1177/0013916508314476
- 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. doi: 10.1177/0013916509333875
- Harris, P. B., McBride, G., Ross, C., & Curtis, L. (2002). A Place to Heal: Environmental Sources of Satisfaction Among Hospital Patients1. *Journal of Applied Social Psychology*, 32(6), 1276–1299. doi: 10.1111/j.1559-1816.2002.tb01436.x

- Hartig, T., Evans, G. W., Jamner, L. D., Davis, D. S., & Gärling, T. (2003). Tracking restoration in natural and urban field settings. *Journal of Environmental Psychology, 23*(2), 109–123. doi: 10.1016/S0272-4944(02)00109-3
- Hartig, T., Kaiser, F. G., & Bowler, P. A. (2001). Psychological Restoration in Nature As a Positive Motivation. *Environment and Behavior, 33*(4), 590–607. 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. doi: 10.1016/j.jenvp.2006.07.007
- Hartmann, P., & Apaolaza-Ibañez, V. (2008). Virtual Nature Experiences as Emotional Benefits in Green Product Consumption. *Environment and Behavior, 40*(6), 818–842. 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. doi: 10.1177/0013916508328610
- Hipp, J. A., & Ogunseitan, O. A. (2011). Effect of environmental conditions on perceived psychological restorativeness of coastal parks. *Journal of Environmental Psychology, 31*(4), 421–429. doi: 10.1016/j.jenvp.2011.08.008
- Hochberg, J. E. (1973). *Percepção*. Trad. de Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar.
- Hunter, M. R., & Askarinejad, A. (2015). Designer's approach for scene selection in tests of preference and restoration along a continuum of natural to manmade environments. *Frontiers in Psychology, 6*, 1–32. doi: 10.3389/fpsyg.2015.01228
- 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.
- Ittelson, W. H., Proshansky, H. M., Rivlin, L. G., & Winkel, G. H. (2005). Homem ambiental. *Laboratório de Psicologia Ambiental.*, (14), 1–9.
- Joye, Y., Pals, R., Steg, L., & Evans, B. L. (2013). New Methods for Assessing the Fascinating Nature of Nature Experiences. *PLoS ONE, 8*(7). 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. doi: 10.1016/j.ufug.2011.07.004
- Kaplan, R., & Kaplan, S. (1989). *The experience of nature: a psychological perspective*. Cambridge University Press. Recuperado de https://books.google.com.br/books/about/The_Experience_of_Nature.html?id=7180AAA-AIAAJ&redir_esc=y
- Kaplan, S. (1995). The restorative benefits of nature: Toward an integrative framework. *Journal of Environmental Psychology, 15*(3), 169–182. 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. doi: 10.1016/j.jenvp.2010.01.011
- Koenig, H. M. D. (2005). *Espiritualidade no cuidado com o paciente: por quê, como, quando e o quê*. São Paulo, SP: FE Jornalística Ltda.
- Korpela, K., Kyttä, M., & Hartig, T. (2002). Restorative experience, self-regulation, and children's place preferences. *Journal of Environmental Psychology, 22*(4), 387–398. doi: 10.1006/jevp.2002.0277
- 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. doi: 10.1177/00139160121973133
- Korpela, K. M., Klemettilä, T., & Hietanen, J. K. (2002). Evidence for rapid affective evaluation of environmental scenes. *Environment and Behavior, 34*(5), 634–650. doi: 10.1177/0013916502034005004
- Korpela, K. M., & Ylén, M. (2007). Perceived health is associated with visiting natural favourite places in the vicinity. *Health and Place, 13*(1), 138–151. doi: 10.1016/j.healthplace.2005.11.002
- Kort, Y. A. W. de, 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. doi: 10.1016/j.jenvp.2006.09.001
- Kruse, L. (2005). *Compreendendo o ambiente em psicologia ambiental*. *Psicologia USP* (Vol. 16). Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicousp/v16n1-2/24642.pdf>
- 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. 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. 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, 01*(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>
- Loureiro, A., & Veloso, S. (2014). Outdoor Exercise, Well-Being and Connectedness to Nature. *Psico, 45*(3), 299–304. doi: 10.15448/1980-8623.2014.3.19180
- Machado, Y. S., Peres, P. M. S., Albuquerque, D. da S., & Kuhnen, A. (2016). Brincadeiras Infantis e Natureza: Investigação da Interação Criança-Natureza em Parques Verdes Urbanos, *24*, 655–667. doi: 10.9788/TP2016.2-14Pt
- 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. doi: 10.3390/ijerph10115603
- Martens, D., Gutscher, H., & Bauer, N. (2011). Walking in “wild” and “tended” urban forests: The impact on psychological well-being. *Journal of Environmental Psychology*, 31(1), 36–44. doi: 10.1016/j.jenvp.2010.11.001
- Martínez-Soto, J., Lena, M. M.-L., & Córdova Vázquez, A. (2014). Restauración psicológica y naturaleza urbana: algunas implicaciones para la salud mental. *Artículo Original Salud Mental*, 3737(3), 217–224. doi: 10.17711/SM.0185-3325.2014.025
- Martins, V. P. (2004). *A humanização e o ambiente físico hospitalar*. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizacao_ambiente_fisico.pdf
- Matarazzo, A. K. Z. (2010). *Composições cromáticas no ambiente hospitalar: estudo de novas abordagens. (Dissertação de Mestrado)*. Universidade de São Paulo.
- Mejía-Castillo, A. de J., López-Suárez, A. D., Estrada Rodríguez, C., & Lagunes-Córdoba, R. (2016). Percepción de cualidades restauradoras de los espacios escolares de bachillerato en la ciudad de Xalapa, México. *Acta Colombiana de Psicología*, 19(2), 199–209. doi: 10.14718/ACP.2016.19.2.9
- Mesquita, A. C., Chaves, E. de C. L., Avelino, C. C. V., Nogueira, D. A., Panzini, R. G.,...Carvalho, E. C. de A. (2013). A utilização do enfrentamento religioso/espiritual por pacientes com câncer em tratamento quimioterápico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 21(2), 1-7. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/pt_0104-1169-rlae-21-02-0539.pdf
- Mínayo, M. C. S. (2010). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. (Abrasco, Ed.) (12th ed.). São Paulo/Rio de Janeiro: Abrasco.
- 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. 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, 65–77. doi: 10.1016/j.jenvp.2016.11.002
- Moser, G. (1998). Psicologia Ambiental. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 3(1), 121–130. doi: 10.1590/S1413-294X1998000100008
- Muhr, T., & Friese, S. (2004). *User's Manual for ATLAS. ti 5.0. (ATLAS. ti)*. Berlim: ATLAS. ti Scientific Software Development GmbH.
- Neiva-Silva, L., & Koller, S. H. (2002). O uso da fotografia na pesquisa em Psicologia. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 7(2), 237–250. doi: 10.1590/S1413-294X2002000200005
- Neves, L., Gondim, A. A., Soares, S. C. M. R., Coelho, D. P., Pinheiro, J. A. M., Neves, L., ... 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). 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. doi: 10.1016/j.jcps.2016.02.005
- Nico, L. S., Bocchi, S. C. M., Ruiz, T., & Moreira, R. da S. (2007). A Grounded Theory como abordagem metodológica para pesquisas qualitativas em odontologia. *Ciência & Saúde Coletiva, 12*(3), 789–797. doi: 10.1590/S1413-81232007000300029
- Ogunseitán, O. A. (2005). Topophilia and the quality of life. *Environmental Health Perspectives, 113*(2), 143–148. doi: 10.1289/ehp.7467
- Oliveira, J. H. B. (2002). Neuroticismo: Algumas variáveis diferenciais. *Análise Psicológica, 20*(4), 647–655. Recuperado de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312002000400009
- Paddle, E., & Gilliland, J. (2016). Orange is the new green: Exploring the restorative capacity of seasonal foliage in schoolyard trees. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 13*(5), 1–18. doi: 10.3390/ijerph13050497
- 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*, 108–116. doi: 10.1016/j.jenvp.2014.05.004
- Pinheiro, J. P. (1997). Psicologia Ambiental: a busca de um ambiente melhor. *Dossiê Psicologia Ambiental Estudos de Psicologia, 2*(2), 377–398. doi: 10.1590/S1413-294X1997000200011
- Pinheiro, J. Q. (2003). *Construindo a Psicologia Brasileira: desafios da ciência e prática psicológica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Pinheiro, J. Q., & Gunther, H. (2008). *Métodos de pesquisa nos estudos pessoa-ambiente*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Pol, E. (1993). *Environmental psychology in Europe : from architectural psychology to green psychology*. Aldershot: Avebury.
- Ratcliffe, E., Gatersleben, B., & Sowden, P. T. (2013). Bird sounds and their contributions to perceived attention restoration and stress recovery. *Journal of Environmental Psychology, 36*, 221–228. doi: 10.1016/j.jenvp.2013.08.004
- Ratcliffe, E., & Korpela, K. M. (2016). Memory and place attachment as predictors of imagined restorative perceptions of favourite places. *Journal of Environmental Psychology, 48*, 120–130. doi: 10.1016/j.jenvp.2016.09.005
- 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. doi: 10.1590/S1413-294X2003000200003
- Sampieri, R. H., Collado, C. H., Lucio, P. B., Murad, F. C., & Garcia, A. G. Q. (2006). *Metodologia de pesquisa* (3a ed.). São Paulo: McGraw-Hill.

- Santos, L. F., Oliveira, L. M. de 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. doi: 10.1590/S0034-71672013000400002
- Saúde, S. de E. da. (n.d.-a). Comitê de Ética em Pesquisas. Recuperado de <http://www.hijg.saude.sc.gov.br/index.php/comite-etica/comite-de-etica-em-pesquisas>
- Saúde, S. de E. da. (n.d.-b). Sobre o HIJG. Recuperado de <http://www.hijg.saude.sc.gov.br/index.php/institucional>
- Sousa, A. de L., Medeiros, J. de S., Albuquerque, D. da S., & Higuchi, M. I. G. (2015). Parque Verde Urbano como Espaço de Desenvolvimento Psicossocial e Sensibilização Socioambiental, 46(3), 301–310. doi: 10.15448/1980-8623.2015.3.17423
- Staats, H., Jahncke, H., Herzog, T. R., & Hartig, T. (2016). Urban options for psychological restoration: Common strategies in everyday situations. *PLoS ONE*, 11(1), 1–25. doi: 10.1371/journal.pone.0146213
- Stigsdotter, U. K., Corazon, S. S., Sidenius, U., Kristiansen, J., & Grahn, P. (2017). It is not all bad for the grey city – A crossover study on physiological and psychological restoration in a forest and an urban environment. *Health and Place*, 46(May), 145–154. doi: 10.1016/j.healthplace.2017.05.007
- Stigsdotter, U. K., & Grahn, P. (2011). Stressed individuals' preferences for activities and environmental characteristics in green spaces. *Urban Forestry and Urban Greening*, 10(4), 295–304. doi: 10.1016/j.ufug.2011.07.001
- Tassara, E. T. de O., & Rabinovich, E. P. (2003). Perspectivas da Psicologia Ambiental. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 8(2), 339–340. 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, 1–9. doi: 10.1016/j.jenvp.2013.12.005
- Ulrich, R. S. (1983). Aesthetic and affective response to natural environment. In *Behavior and the Natural Environment*. Nova Iorque: Plenum.
- Ulrich, R. S. (1984). View through a window may influence recovery from surgery. *Science*, 224(4647), 420–421.
- 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. doi: 10.1016/S0272-4944(05)80184-7
- Ulrich, R. S. (1997). A theory of supportive design for healthcare facilities. *Journal of Health Care Interior Design*, 9(7), 97-109. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/12761803_A_theory_of_supportive_design_for_healthcare_facilities
- Valera, S. (1996). Psicología Ambiental: bases teóricas y epistemológicas. In: L. Iñiguez & E. Pol (eds.). *Cognición, representación y apropiación del espacio* (pp. 1–14). Barcelona:

Universidade de Barcelona.

- 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. doi: 10.1177/1359105310365577
- 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. doi: 10.1111/j.1540-4560.2007.00497.x
- 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. doi: 10.1016/S0272-4944(02)00111-1
- 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. doi: 10.1016/j.ufug.2007.07.001
- Vieira, G. D. B., Alvarez, A. M., & Girondi, J. B. R. (2011). O estresse do familiar acompanhante de idosos dependentes no processo de hospitalização. *Revista Eletrônica de Enfermagem, 13*(1). doi: 10.5216/ree.v13i1.8719
- White, E. V., & Gatersleben, B. (2011). Greenery on residential buildings: Does it affect preferences and perceptions of beauty? *Journal of Environmental Psychology, 31*(1), 89–98. doi: 10.1016/j.jenvp.2010.11.002
- Wilkie, S., & Stavridou, A. (2013). Influence of environmental preference and environment type congruence on judgments of restoration potential. *Urban Forestry & Urban Greening, 12*, 163–170. doi: 10.1016/j.ufug.2013.01.004
- Zanuck, R. D., Roth, J., Todd, S., Todd, J. (Produtores), & Burton, T. (Diretor). (2010). *Alice no país das maravilhas* [DVD]. Estados Unidos da América: Walt Disney Pictures.
- Zhang, Y., Tzortzopoulos, P., & Kagioglou, M. (2016). *Evidence-Based Design in Healthcare: a lean perspective with an emphasis on value generation*. Recuperado de www.iglc.net

9 APÊNDICES

9.1 Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Você está sendo **convidado(a)** a participar da pesquisa intitulada “**Estresse e Restauração Hospitalar: preditores ambientais na perspectiva de acompanhantes**” a ser conduzida pela pesquisadora Maísa Hodecker, sob responsabilidade da Prof^a Dr^a Ariane Kuhnen, do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Peça orientação quantas vezes for necessário para esclarecer todas as suas dúvidas. A proposta deste Termo é explicar tudo sobre o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo.

O **objetivo** desta pesquisa é identificar características ambientais de um hospital infantil relacionados ao estresse e a restauração do estresse para acompanhantes. Se você aceitar participar da pesquisa, você responderá a um questionário, fará um desenho ou frases para indicar o que você gostaria que o hospital tivesse (poema dos desejos), responderá uma entrevista sobre o hospital e por fim você fará algumas fotografias pelo hospital em lugares que você escolher. A duração de todos os procedimentos levará aproximadamente 35 minutos. Para que os dados da entrevista não modifiquem com o que realmente você irá mencionar, peço autorização para que seja gravada com aparelho celular. A aplicação dos instrumentos será feita no próprio quarto de internação, apenas ao final da entrevista quando serão feitas as fotografias que peço que você me indique locais ou coisas no hospital que te causam bem-estar e estresse.

Participar desta pesquisa poderá oferecer **riscos** mínimos a você podendo ser algum possível constrangimento, cansaço ou aborrecimento ao responder as perguntas da entrevista. **Caso isso ocorra**, você poderá interromper sua participação sem nenhum problema e a entrevistadora (que é psicóloga) estará apta a oferecer atendimento psicológico gratuito ou lhe encaminhará para acolhimento psicológico com a pesquisadora responsável (também psicóloga), caso você manifeste desejo. Outro **risco** é a possibilidade da quebra do sigilo, mesmo que involuntário e não intencional (por exemplo, perda ou roubo de documentos,

computadores, *pen-drive*). Sinta-se **absolutamente à vontade** em deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem ter que apresentar qualquer justificativa e com a certeza de que você não terá qualquer prejuízo. Apenas repito que você ou o paciente que você acompanha não terão qualquer modificação no tratamento ou no atendimento no hospital caso você não participe ou interrompa a pesquisa por qualquer motivo. Caso você venha a sofrer qualquer dano ou prejuízo decorrente desta pesquisa, você terá **garantia de indenização**.

Todas as informações colhidas serão analisadas apenas em caráter científico, os pesquisadores serão os únicos a ter acesso aos dados e tomarão todas as providências necessárias para manter o **sigilo**. Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas da área da psicologia e mostrarão apenas os resultados obtidos como um todo, **sem revelar seu nome e do paciente que você acompanha**, instituição ou qualquer informação relacionada à sua privacidade. Os dados da sua entrevista serão utilizados apenas para essa pesquisa e ficarão **armazenados por cinco anos**, em sala e armário chaveados, de posse da pesquisadora responsável, podendo ser descartadas (deletados e incinerados) posteriormente ou mantidos armazenados em sigilo. Você não terá despesas em qualquer fase deste estudo e também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Caso você tenha alguma despesa ou qualquer prejuízo financeiro em decorrência desta pesquisa, você terá garantia de **ressarcimento**.

Por outro lado, embora esta pesquisa não lhe ofereça **benefícios** diretos imediatos, você poderá contribuir para que futuros hospitais venham a ser mais agradáveis e confortáveis para seus usuários. Além disso, os resultados serão apresentados em relatório de pesquisa ao hospital, que poderá tomar iniciativas e mudanças no hospital. Caso o participante queira saber sobre o andamento da pesquisa ou queira receber os resultados prévios este terá o direito de solicitar e receberá os resultados via e-mail, WhatsApp ou por correspondência ao endereço que disponibilizar a pesquisadora.

A pesquisadora responsável, que também assina esse documento, compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a **Resolução 466/12**, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa. **Dois vias** deste documento estão sendo **rubricadas e assinadas por você e pelo pesquisador responsável**. Guarde cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

Caso você queira maiores explicações sobre a pesquisa você poderá entrar em **contato** com a **pesquisadora** Máisa Hodecker, **responsável** por este estudo, através do telefone: (0 XX 47) 99959-4884; do e-mail: maisa_hodecker@hotmail.com ou pessoalmente no endereço Rua

Servidão Crescêncio Francisco Mariano, nº 129, Pantanal. Em caso de dúvidas ou preocupações quanto aos seus direitos como participante deste estudo, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC pelo telefone (48)3721-6094; e-mail cep.propesq@contato.ufsc.br, ou pessoalmente na rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, 4º andar, sala 401, bairro Trindade. Além dessa opção, você poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG) pelo telefone (48)3251-9092 e e-mail cephijg@saude.sc.gov.br.

Declaração de consentimento

Eu, _____, RG _____, li este documento (ou tive este documento lido para mim por uma pessoa de confiança) e obtive dos pesquisadores todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecido e optar por livre e espontânea vontade participar da pesquisa intitulada “**Estresse e Restauração Hospitalar: preditores ambientais na perspectiva de acompanhantes**”. Estou ciente que receberei uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por mim e pela pesquisadora responsável. Entendo que ao assinar este documento, não estou abdicando de nenhum de meus direitos legais.

Assinatura do participante da pesquisa

Data

Assinatura da pesquisadora responsável pelo estudo
MAÍSA HODECKER

Data

9.2 Apêndice B – Questionário Sociodemográfico

Dados de identificação do participante

Código de identificação do participante:

- 1) Em qual das unidades de internação abaixo você está:
 - a) () Unidade B;
 - b) () Unidade C;
 - c) () Unidade D;
 - d) () Unidade E;
 - e) () Ortopedia.
- 2) Estado onde reside:
 - a) () Estado da Região Sul do Brasil (Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul);
 - b) () Estado da Região Norte do Brasil (Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins);
 - c) () Estado da Região Nordeste do Brasil (Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe);
 - d) () Estado da Região Centro-Oeste do Brasil (Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Distrito Federal);
 - e) () Estado da Região Sudeste do Brasil (Espírito Santo, Minas Gerais, São Paulo e Rio de Janeiro);
- 3) Sexo:
 - a) () Feminino;
 - b) () Masculino.
- 4) Escolaridade:
 - a) () Ensino Fundamental completo;
 - b) () Ensino Fundamental incompleto;
 - c) () Ensino Médio completo;
 - d) () Ensino Médio incompleto;
 - e) () Ensino Superior completo;
 - f) () Ensino Superior incompleto;
 - g) () Mestrado ou Doutorado;
 - h) () Sem escolaridade.
- 5) Idade em anos:

- a) () De 18 a 21 anos
- b) () De 22 a 25 anos
- c) () De 26 a 30 anos
- d) () Mais de 31 anos
- 6) Estado Civil:
 - a) () Solteiro(a);
 - b) () Casado(a);
 - c) () Viúvo(a);
 - d) () Separação Legal (Judicial ou Divórcio);
 - e) () União Estável;
 - f) () Outro: _____.
- 7) Caso possua filhos, quantos são?
 - a) () Não possui filhos;
 - b) () Um;
 - c) () Dois;
 - d) () Três;
 - e) () Mais de três filhos.
- 8) Grau de parentesco com o paciente:
 - a) () Avô ou avó;
 - b) () Pai ou mãe;
 - c) () Tio ou tia;
 - d) () Padrinho ou madrinha;
 - e) () outro _____.

Dados referentes ao paciente acompanhado

- 1) Idade do paciente:
 - a) () 0 a 3 anos;
 - b) () 4 a 7 anos;
 - c) () 8 a 11 anos;
 - d) () 12 a 15 anos;
 - e) () 16 a 18 anos.
- 2) Motivo de internação:
 - a) () Tratamento de doença crônica;
 - b) () Tratamento de doença não diagnosticada;

- c) () Infecção;
 - d) () Alergia;
 - e) () Cirurgia;
 - f) () Acidente;
 - g) () Outro _____.
- 3) Durante a internação, qual a importância dos seus cuidados e presença para o paciente?
- a) () Importante;
 - b) () Muito importante;
 - c) () Pouco importante;
 - d) () Sem importância.
- 4) Quanto tempo por dia você permanece com o paciente no hospital?
- a) () 24 horas;
 - b) () de 5 a 10 horas;
 - c) () até 5 horas.
- 5) Quantidade aproximada de tempo em dias na condição de acompanhante:
- a) () menos de uma semana;
 - b) () Até um mês;
 - c) () De dois a cinco meses;
 - d) () De seis a nove meses;
 - e) () De 10 a 12 meses;
 - f) () Há mais de um ano.

9.3 Apêndice C – Instrumento de Coleta de dados: Poema dos Desejos (*Wish Poem*)

Abaixo você pode observar que existe um quadro e acima a seguinte frase: “eu gostaria que o meu ambiente...”. Peço que você escreva com palavras, frases, poemas ou desenhos o que você gostaria que o ambiente em que você está no hospital tivesse.

Eu gostaria que o meu ambiente do hospital fosse ou tivesse...



9.4 Apêndice D - Entrevista semiestruturada

Código de identificação do participante:

I - Questões sobre levantamento de características do ambiente favoráveis a restauração psicológica do estresse

- 1) Quais objetos, móveis ou características nesse ambiente que você gosta?
- 2) Quais os móveis desse ambiente você considera confortáveis?
- 3) Se nesse momento você estivesse se sentindo estressado, de mal-estar, ansioso, triste, preocupado, que lugar do hospital você procuraria para se sentir melhor?

II - Questões relacionadas às fotografias de ambientes restauradores elencados

- 1) Poderia me levar até esse lugar que mencionou?
- 2) O que esse ambiente possui que torna ele seu preferido dentre todos?
- 3) Se você pudesse nomear esse lugar com uma única palavra ou frase, qual seria?
- 4) Se você pudesse descrevê-lo para outra pessoa, o que você diria?

III - Questões sobre o levantamento de características do ambiente que favorecem o estresse

- 1) Quais objetos, móveis ou características nesse ambiente que te proporcionam sensações de estresse ou desconforto?
- 2) Qual é o lugar do hospital que você menos gosta?

IV - Questões relacionadas às fotografias de ambientes que provocam sensações de estresse

- 1) Você mencionou que o ambiente _____ é o que você menos gosta no hospital. Você poderia me levar até lá?
- 2) O que esse ambiente possui que te desagrada?
- 3) Poderia mencionar quais sensações desconfortáveis esse ambiente te proporciona?
- 4) Se você pudesse nomear esse lugar com uma única palavra ou frase, qual seria?

V - Questões sobre sugestões de melhorias no ambiente físico do hospital

- 1) Em relação ao hospital, o que você acredita que poderia ser melhorado?
- 2) Qual sua percepção sobre o hospital?
- 3) Qual sua percepção sobre a unidade?
- 4) Qual sua percepção sobre o quarto de internação?

10 ANEXOS

10.1 Anexo 1 - Concordância do serviço onde a pesquisa foi realizada

Florianópolis, _____, _____ de 2019.

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que concordo com a realização da Pesquisa intitulada: Estresse e Restauração Hospitalar: preditores ambientais na perspectiva de acompanhantes, no Serviço de _____ do Hospital Infantil Joana de Gusmão.

Nome e Assinatura da Chefia do Serviço