

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DA SEGURANÇA

Deborah Raya Ibáñez

Arquiteta e Urbanista

**COMO DESENVOLVER UM PROJETO SEGURO PARA PESSOAS COM
TRANSTORNOS MENTAIS EM UNIDADE PSIQUIÁTRICA**

Agosto
2011

Deborah Raya Ibáñez

**COMO DESENVOLVER UM PROJETO SEGURO PARA PESSOAS COM
TRANSTORNOS MENTAIS EM UNIDADE PSIQUIÁTRICA**

Trabalho de Conclusão de Curso de
Especialização em Engenharia de
Segurança, da Universidade do Vale do
Rio dos Sinos.

Orientador

Pablo Ricardo Barrera

Especialista em Engenharia de
Segurança

Porto Alegre

2011

RESUMO

Desenvolver um projeto arquitetônico seguro para pacientes com transtornos mentais, que estão sempre em risco devido a determinadas patologias – caracterizadas no trabalho, é o objetivo deste artigo. A fundamentação utilizada para seu desenvolvimento foi o gerenciamento de riscos. Através do esquema “desvio causado pela doença, causa e efeito - recomendação para o projeto arquitetônico” foi buscar, de forma clara, uma resposta segura sobre como um projeto arquitetônico que deverá ser elaborado para garantir a segurança deste pacientes.

Palavras Chave- Segurança do paciente com transtornos de conduta, Gerenciamento de Riscos, Projeto Arquitetônico seguro, CID-10

ABSTRACT

To develop architectural guides to project safe environments for patients with mental disorders is the goal of this article. These patients are always at risk due to they're diseases, which will be described during this article. The methodology used to develop this article was the risks management, through "deviation, cause and effect" clearly seeking a safe answer of how architectural project should be developed to ensure the safety of the patient.

1. INTRODUÇÃO

Elaborar um projeto arquitetônico seguro para doentes mentais envolve várias questões, entre as quais estão: o que é considerado seguro? O que é doença mental? O que é cronicidade na doença mental? O tema é, pois, amplo e instigante e, nos limites do presente trabalho, vou me ater a uma unidade psiquiátrica de um hospital e algumas patologias classificadas pelo CID-10. Também retomarei alguns elementos teóricos e informativos que contribuem para o entendimento do tema.

Para definir loucura, existem vários conceitos, alguns deles envolvidos em preconceitos; talvez um dos mais sábios tenha sido do psiquiatra e psicanalista Sylvio Raya Ibáñez, que comentava que os doentes mentais “são as pessoas que não se enquadram nos padrões gerais da sociedade em que vivem e causam perigo para si e para os outros, gerando de alguma forma um dano que pode resultar em suicídio da pessoa ou morte de outro”¹. Se pensarmos bem, esta reflexão também gera insegurança, pois aponta que, na medida em que não se está na conformidade com os padrões sociais, se está em risco. Portanto, saúde mental e segurança caminham juntas, lado a lado.

Sabemos que estes pacientes sofrem também com a insensibilidade e o desconhecimento dos projetistas arquitetos na área dos EAS (Estabelecimentos Assistenciais de Saúde), os quais, por falta de informação sobre os transtornos mentais dessas pessoas, cometem, em seus projetos, erros arquitetônicos que podem, por exemplo, levar o paciente a um estado de paralisia (não conseguir se locomover), por ver um piso xadrez, e a não conseguir atravessar uma sala, como no caso dos Obsessivos Compulsivos.

Por ocasião da realização de um curso de pós-graduação em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde, pela Universidade Unievangélica, em outubro de 2004, elaborei meu trabalho final sob o título de “Espaço de Transição Camille Claudel para Doentes Mentais”; de certa forma, pretendo prosseguir abordando o tema, agora sob o aspecto de segurança, especificamente na ótica da segurança do paciente.

Para tanto, utilizarei o gerenciamento de segurança para doentes mentais, com vistas a um Projeto Arquitetônico que mantenha os pacientes seguros, investindo na metodologia a ser desenvolvida. Considerarei, pois, os sintomas mais

¹ Comunicação pessoal.

característicos dos Esquizofrênicos, dos portadores de Transtorno Afetivo Bipolar (transtorno do humor), Episódio Depressivo Grave com Sintomas Psicóticos Profundos, Transtorno Obsessivo-Compulsivo. Levando em conta tais sintomas em suas peculiaridades, fica claro quais materiais, formas, cores e programa de necessidades devem ser adotados na concepção de um projeto para pessoas com problemas mentais e quais soluções podem contribuir para evitar riscos e colaborar com a saúde desses pacientes dentro da Unidade Psiquiátrica.

Tais pacientes estão em risco a todo o momento, como o risco de suicídio, o mais importante, que é o risco final e fatal. É um preço muito caro a pagar e uma vida não tem preço. Evitar o suicídio é o objetivo maior da internação na Unidade Psiquiátrica, mas também há outros. Assim, evitar também que o paciente faça um episódio de regressão (surto), evitar que a unidade entre em conflito com o paciente, evitar riscos noturnos, evitar falta de monitoramento, incêndios, troca de medicação, enfim, projetar uma unidade psiquiátrica segura é o objetivo de elaboração de um projeto arquitetônico seguro.

Por outro lado, vencer o preconceito do próprio psiquiatra que sabe que este paciente não vai ter cura, pois é um paciente crônico; tomar ciência de que o paciente sabe que é doente e manipula a família e a equipe de atendimento são também tarefas para que o engenheiro de segurança e o arquiteto integrem uma equipe multidisciplinar. Ambos podem trabalhar juntos neste projeto e gerenciar a segurança, sabendo do medo que as pessoas possuem da loucura alheia ou, mesmo, de ficarem loucas. Sabemos que a loucura faz fronteira com a sanidade através de uma linha muito tênue, da mesma forma que a segurança e o risco. É só fechar o olho em um instante, que o risco vem e o acidente acontece.

Hipócrates afirmou: “primeiro, não cause dano”. Seguindo tal afirmação, vê-se como necessário o conhecimento das principais características das patologias que vou abordar, para que sejam evitados riscos. O objetivo que inspira o trabalho é a busca, em 100%, de não haver suicídio de pacientes. Parto, para isso, do gerenciamento de risco para vida, que é em igual em qualquer lugar, seja no chão de fábrica, no canteiro de obra, no Pronto Atendimento ou Unidade Psiquiátrica de pacientes com transtornos mentais, que é o foco deste artigo. Sabedora desta premissa, descarto o preconceito, com a certeza de que, usando um método seguro, o resultado deve ser seguro. Abre-se, apenas, a eventualidade de um erro humano e/ou médico.

Buscando, através do esquema **desvio causado pela doença, causa e efeito recomendação para o projeto arquitetônico**, um método para projetar o projeto arquitetônico seguro, reafirmo a necessidade de segurança do paciente com transtornos mentais. Para tanto, utilizei algumas patologias citadas no CID-10 (Classificação Internacional de Transtornos Mentais e de Comportamento).

O objetivo do CID-10 (Classificação Internacional de Doenças de 2010) é que se tenha uma classificação mundial para as patologias mentais, com uma lista de categorias. Existem resoluções como a que está sendo usada neste artigo e que foi adotada pela OMS (Organização Mundial da Saúde), foi traduzida e prefaciada pelo Prof. Dr. Dorgival Caetano, diretor do Centro Colaborador OMS Unicamp para Pesquisa e Treinamento para Saúde Mental, com a colaboração de Dr^a Maria Lúcia Domingues e Dr. Marco Antônio Marcolin. Sobre o CID-10 (2010). Couto e Silva, presidente da Associação Mundial de Psiquiatria, afirma:

[...] consideramos divulgar esta linguagem universal, no campo da Psiquiatria, de importância fundamental para ajudar o desenvolvimento dos indivíduos com transtornos mentais através do mundo. A Associação Mundial de Psiquiatria estará dando assim uma importante contribuição aos projetos de educação continuada através das 100 sociedades nacionais filiadas ao meio (CID-10, 2010, p. IX-X).

Para organizar a produção das classificações dos transtornos mentais de comportamento do CID-10 e desenvolvimento dos textos que acompanham vários pesquisadores contribuíram, ligados ou não à OMS, destacando-se o C. Jablensky, então diretor médico sênior da divisão de saúde mental da OMS Genebra, que coordenou esta parte do projeto, reunindo grupos e pensadores e criando um protocolo com um *staff* com a ajuda do C Cooper e Dr. Mezzica. Tal trabalho envolveu um grande número de docentes com a tarefa de produzir traduções equivalentes do CID-10 nas linguagens usadas em seus países. Nesta fonte de testagem de campo, o Dr. J. E. Cooper prestou uma ajuda inigualável à equipe de coordenação da OMS.

Algumas nações participaram da composição do CID-10, devendo-se relembrar que as patologias e o comportamento também estão relacionados com o meio em que o paciente vive. Daí, a importância desta equipe, com a tarefa de buscar também informações de vários países e suas culturas para compor, da forma mais universal possível, um quadro dos transtornos mentais e de comportamento.

Assim, os governos dos membros da OMS, incluindo em particular a Bélgica, Alemanha, Espanha e EUA, foram de importância vital, tanto por sua participação científica, quanto pelo auxílio de verbas para financiar as propostas do CID-10. Em resumo, as propostas do CID-10 são um produto da colaboração de muitos pesquisadores de países que se interessam e se preocupam mundialmente com o cuidado dos dentes mentais e de suas famílias. As citações seguintes esclarecem aspectos do CID-10.

Numerosas publicações surgiram de testes de campo descrevendo os resultados de seus estudos em conexão com o CID-10. Uma lista complexa dessas publicações é separada dos avanços, podem ser obras da Divisão de Saúde Mental.

O CID-10 está disponível para uso clínico educacional e assistencial. Para cada transtorno é fornecida uma descrição dos aspectos clínicos principais e também de quaisquer outros aspectos associados importantes específicos 'diretrizes diagnósticas' são então fornecidas na maioria dos casos indicados o número é o balanço de sintomas usualmente necessários antes que um diagnóstico confiável possa ser feito. As diretrizes são formuladas de maneira que um grau de flexibilidade seja mantido para decisões diagnósticas no trabalho clínico, particularmente na situação na qual um diagnóstico provisório para neurose e psicose. (CID-10, 2010, p. XII).

Em relação ao termo "transtorno", encontramos, na mesma publicação, que ele é usado

[...] para indicar a existência de um conjunto de sintomas ou comportamento clinicamente reconhecível associado, na maioria das vezes, a sofrimento e interferência com funções pessoais, desvio ou conflito social sozinho, sem disfunção pessoal, não deve ser incluído em transtorno mental, como aqui definido (CID-10, 2010, p. 5).

Sempre houve entre nós, desde que o homem é homem, doentes mentais temidos, ridicularizados e, mesmo que momentaneamente curados, carregam o estigma oriundo do medo de refletir a loucura instalada em nós mesmos.

Para tal questão, retomaremos brevemente alguns apontamentos históricos sobre a relação da sociedade com a doença mental.

2. BREVE HISTÓRICO DA PSIQUIATRIA

O tratamento da saúde mental existe desde a Antiguidade. Desde então, inúmeras tentativas de se conhecer a mente humana e suas patologias foram exercidas por feiticeiros, filósofos, médicos, cientistas, num esforço variado e por vezes multidisciplinar de se entender e tratar a doença mental.

Na Antiguidade, os doentes eram tratados em templos por sacerdotes; os estabelecimentos de saúde tratavam das doenças em geral e não efetuavam divisões entre as mesmas, como atualmente. As patologias eram vistas como possessões demoníacas, e a forma de tratá-las era através de drogas e encantamentos. Alguns procedimentos utilizados por alguns sacerdotes da Antiguidade são usados até hoje; por exemplo, no Egito usava-se terapia ocupacional e se fazia prontuário dos pacientes. Os hebreus usavam a interpretação dos sonhos e a livre associação (técnica usada posteriormente por Freud), além de não fazerem anotações e usarem o Talmude.

Os rabinos recomendavam um tratamento em que o paciente falasse livremente sobre suas preocupações (terapia de livre associação), o que pode ser aproximado ao pensamento freudiano e aos princípios da psicanálise.

Na era clássica tem-se o relato de tratamento e interpretação de sonhos; posteriormente Hipócrates descobre e relata que o cérebro é o órgão mais importante do corpo humano para o pensamento e emoções.

Já se passarmos para o período medieval, vemos que, enquanto na Antiguidade os doentes eram tratados como “doentes”, na Idade Média, por influência da caça às bruxas, os doentes eram tratados como bruxos, sendo açoitados e flagelados. Não havia local, espaço físico para abrigar os mesmos, e, assim, eram encarcerados como ladrões. Roger Bacon (1214 – 1294) usou um método através dos sentidos, dos impulsos e dúvidas. A psicologia da sociedade medieval sempre esteve mais profundamente ligada à tradição religiosa do que às ciências naturais.

Chega-se, posteriormente, à chamada Idade da Razão ou Iluminismo. Médicos interessados pela psiquiatria mostram-se, então, inclinados a explicar a doença mental com base em explicações filosóficas, a partir de Thomas Hobbes (1588 – 1679) devido ao contexto histórico propiciado pelo iluminismo, em que o estudo das clínicas mentais começa a tomar o lugar das religiões, através da visão

de que os fenômenos deveriam ter explicações comprovadas. O tratamento da doença mental evolui para a abordagem de fatos individualizados através de terapias individuais, de estudos das diversas patologias, de tentativas de novos métodos como sangrias e banhos de água gelada para levar o paciente ao choque (início do eletrochoque).

O conceito de Holismo deriva da palavra grega “Holos”, que postula a idéia de que a mente e o corpo são unidades indivisíveis, devendo o estudo e o tratamento das doenças centrarem-se na pessoa como um todo. Entendendo-se a saúde como a condição fundamental para a manutenção da vida, e a doença, como consequência da alteração do meio interno, nasce então o conceito de homeostase, base fisiológica da visão holística.

Entretanto, no século XVII, o filósofo francês Descartes formulou a teoria do dualismo cartesiano, que passa a distinguir e separar a mente do corpo. Para Descartes, as pulsações eram fenômenos corporais e podiam ser a causa das doenças. Este conceito, embora compatível com a noção de psicogênese, é a antítese dos princípios holísticos e passa a influenciar a formação médica até o séc. XIX, valorizando o corpo e negligenciando os aspectos psicossociais da saúde e da doença.

Em 1855, Claude René criou o conceito de *meio interno*, numa tentativa de resolver o problema da dualidade ou relação entre mente-corpo, objeto de controvérsia durante séculos; os problemas físicos ou mentais não seriam, para o autor, adquiridos pelo destino ou porque Deus assim desejara.

Também a contribuição do pensamento de Hegel deve ser considerada. Com obras importantes e influentes, como *Fenomenologia do Espírito* e a *Enciclopédia das Ciências Filosóficas*, a *Ciência da Lógica*, e os *(Elementos da) Filosofia do Direito*, o filósofo propõe o biopsicossocial como modelo coadjuvante na manutenção da perda da saúde mental.

Segundo Umberto Padovani e Luis Castagnola, em "A história da Filosofia", "a Lógica tradicional afirma que o ser é idêntico a si mesmo e exclui o seu oposto (princípio da identidade e de contradição); ao passo que a lógica hegeliana sustenta que a realidade é essencialmente mudança, devir, passagem de um elemento ao seu oposto" (PADOVANI e CASTAGNOLA, 1974).

O nascimento da psicanálise, com Sigmund Freud, no final do século XIX, propiciou a criação de novos conceitos e a busca de estabelecimento de relações

entre distúrbios psicossomáticos e conflitos intrapsíquicos específicos. Já Harold Wolf, em 1952, publicou um livro em que abordava os efeitos estressantes como desencadeadores das doenças.

A evolução teórica no campo psicossomático causou impacto na prática médica, favorecendo a entrada da psiquiatria no Hospital Geral, a partir de 1930. A Segunda Grande Guerra acelerou este movimento à medida que os hospitais gerais passam a atender ex-combatentes acometidos, não somente por problemas orgânicos, mas também por distúrbios psiquiátricos.

No Brasil, as primeiras unidades psiquiátricas em hospitais gerais surgiram por volta de 1950. Em 1954 foi criada, efetivamente, a primeira unidade, no Hospital de Clínicas da Universidade de Salvador, tendo como consequência o início e desenvolvimento da chamada Psiquiatria de Ligação.

3. DESCRIÇÃO DAS PATOLOGIAS A SEREM ESTUDADAS E FERRAMENTAS DE SEGURANÇA UTILIZADAS

Apresento a seguir as patologias selecionadas para o presente trabalho, tendo em vista a proposição de ferramentas de segurança arquitetônica, sendo aquelas caracterizadas fielmente conforme a CID-10.

3.1 ESQUIZOFRENIA

- Distorções fundamentais e características do pensamento e da percepção por afeto ou embotamento;
- Déficits cognitivos podem surgir no curso do tempo;
- Delírios;
- O paciente pode ver a si próprio como pivô de tudo o que acontece, alucinações auditivas (especialmente);
- A percepção é frequentemente perturbada de outras formas: cores ou sons podem aparecer excessivamente vívidos ou alternados em qualidade e aspectos irrelevantes das coisas comuns no início e levam frequentemente a uma crença de que situações cotidianas possuem um significado especial, usualmente cinismo, destinado unicamente ao indivíduo;
- Eco do pensamento, inserção ou roubo do pensamento;
- Delírio de controle, influência ou passividade claramente referindo-se ao corpo ou movimento dos membros ou pensamentos, ações ou sensações, percepção delirante: não sentem frio, calor, noite, dia, delírios; se queimam ou queimam os outros;
- Delírios persistentes culturalmente inapropriados, tais como identidade política ou religiosa ou poderes e capacidade sobre-humana. Ex: acreditar-se capaz de controlar o tempo ou se comunicar com alienígenas;
- Catatonia: imobilidade rígida, morte enganadora de pseudo rigor (CID-10, 2010, p. 85).

DESVIO CAUSADO PELA DOENÇA

Não percebem cor.

Não suportam música e imagens
EX:
Televisão, revistas e livros

Não percebem frio ou calor.

Erros de identidade.
(Exemplo: julgam ser Presidente).

Estado vegetativo.
Totalmente rígidos.
Parados como uma escultura.

CAUSA

Alucinação visual.

Alucinações auditivas e visuais

Delírio de controle dos membros ou pensamentos.

Alucinações persistentes, tais como identidade política.

Catatonia.

EFEITO - RECOMENDAÇÃO PARA O PROJETO ARQUITETÔNICO

Usar cores fortes, predominantemente vermelhos.
OBS: Os cegos não são esquizofrênicos.

Evitar TV no quarto. Não colocar aparelhos, deixar somente as esperas.

Utilizar aquecimento para banho por caldeira, usando temperatura admissível. Registro de pressão uso de válvula com um único comando.

Evitar TV/som nos quartos e nos ambientes de estar comuns.

Colocar no programa de necessidades sala exclusiva para leitura de revistas, não compartilhada com toda a unidade

Usar formas no Projeto Arquitetônico com elementos com movimento, formas leves e uso de cores fortes.
Propor áreas abertas, porém seguras.
Projetar espaço para eletrochoque, último recurso para esta situação.
Evitar iluminação intensa, pois o paciente fica olhando fixamente, prejudicando a retina.

3.2 TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR (TRANSTORNO DO HUMOR)

É caracterizado por episódios repetidos (pelo menos dois) de alternância entre o estado maníaco e o estado depressivo, um alto estado de humor e uma profunda depressão.

Os estados de humor podem durar 2 semanas e a depressão, em torno de 6 meses. O primeiro episódio pode começar na infância ou qualquer idade, até a velhice. Diferente de outras patologias, na idade adulta e com a maturidade, os episódios tornam-se mais frequentes e comuns e com maior duração depois da meia idade.

- Episódios depressivos;
- Concentração e atenção reduzida, autoestima e autoconfiança reduzidas;
- Idéia de culpa e inutilidade;
- Idéias ou atos autolesivos, ou suicídio;
- Sono perturbado;
- Apetite diminuído;
- Consumo excessivo de álcool;
- Depressão pior pela manhã;
- Perda de peso (5% do peso por semana);
- Perda de libido (CID-10, 2010, p. 113).

DESVIO CAUSADO PELA DOENÇA

Falta de concentração. Não conseguem levar um trabalho ou tarefa até o final.

Autoestima e autoconfiança reduzida. Desleixo com o corpo ou roupas, não terminam os estudos, não conseguem se formar. Ex: Idosos que não se aposentam ou perdem os familiares, abandono do lar.

Não se comunicam com a família, não saem de casa.

Automutilação e ingestão de grande quantidade de medicação prescrita. Revisão nas frestas de colchão, etc.

CAUSA

Episódio depressivo.

Episódio depressivo na infância ou adolescência e idade adulta, repetindo-se por mais de seis meses.

Idéia de culpa e inutilidade. Desapego com a família, não conseguem vencer os episódios amargos anteriores.

Episódios depressivos que levam a atos autolesivos ou suicídio.

EFEITO RECOMENDAÇÃO PARA O PROJETO ARQUITETÔNICO

Não projetar espaços com muitas informações, procurar chamar a atenção a detalhes ou elementos arquitetônicos; portas diferenciadas dos espaços, painéis que auxiliem a se situar no tempo e espaço. Uso de programação visual determinando o número dos quartos e demais locais de forma muito clara. Projetar sala de terapia ocupacional para treino cognitivo.

Projetar formas sinuosas que lembrem o corpo humano, cores claras, mas com pequenos toques vivos. Uso de muita luz. Superfícies reflexivas. Propor espaço para terapia ocupacional.

Evitar quadros com momentos familiares; buscar imagens onde se vê algo positivo como a foto de formatura em qualquer curso que tenha feito. Utilizar na arquitetura de interiores uma almofada, tapete, hobbie/algo pessoal para compor o quarto na unidade durante o período de internação.

Projetar posto de enfermagem onde se possa visualizar a ingestão do medicamento. Evitar locais onde se possa acumular medicamento para pós-ingestão em grande número, como fresta no rodapé e negativos no gesso.

Perda significativa de peso (5% por semana).	Episódios depressivos levam à perda de apetite considerável.	Projetar sala para eletrochoque. Utilizar nos quartos, para esta patologia, imagens com cores abóbora, amarelas, verdes, subliminares ao apetite. No refeitório, imagens com alimentos.
Alcoolista, situações bizarras e constrangedoras.	Episódios depressivos levam ao uso excessivo de álcool.	Criar sala para revista no dia de visita, evitando que o paciente receba bebidas. Buscar imagens e cores cítricas, evitando imagens que lembrem consumo de álcool.
Não conseguem se levantar da cama pela manhã.	Depressão pior pela manhã.	Projetar as áreas de convivência para receber uma boa insolação pela manhã. Propor espaços abertos, porém seguros dentro das unidades.
Não mantêm relações sexuais.	Perda de libido marcante para mais de seis meses.	Uso de formas sinuosas que lembrem sensualidade cores acinzentadas e azuladas com toques em vermelho no quarto. Propor uso de imagens que subliminarmente relembrem ou incitem a libido. Ex: Georgia O'keeffe, cujas pinturas retratavam a genitália feminina através de flores. (1920, Novo México).

3.3 EPISÓDIO DEPRESSIVO GRAVE COM SINTOMAS PSICÓTICOS

Num episódio depressivo grave, os critérios dados para delírios, alucinações ou estupor depressivos estão presentes.

- Os delírios usualmente envolvem idéias de pecado, pobreza ou desastres;
- Alucinações auditivas ou olfativas;
- Vozes difamatórias ou acusativas;
- Alucinações olfativas como sujeira de carne apodrecida em decomposição;
- Retardo psicomotor grave pode evoluir para estupor;

- Delírios ou alucinações podem ser especificados como maníacos;
- Excitação incontrolável;
- Hiperatividade;
- Inibição social perdida;
- Grandiosidade ou idéias super otimistas são livremente expressas.

O indivíduo pode se envolver em esquemas extravagantes, gastar dinheiro ou tornar-se agressivo, amoroso ou doloso.

Em circunstâncias inapropriadas o primeiro ataque ocorre mais comumente entre as idades de 15 a 30 anos, mas pode ocorrer em qualquer idade, desde a infância até a sétima ou oitava década.

- Estupor depressivo deve ser diferenciado da esquizofrenia:
 - Delírios de perseguição, missão especial, mudança corporal;
 - Vozes alucinatórias que ameaçam o paciente;
 - Alucinações auditivas sem conteúdo verbal, tais como assovios, zunidos ou riscos;
 - Alucinações olfativas ou gustativas de sensações sexuais ou corporais.
- Estupor dissociativo:
 - O indivíduo deixa-se ou senta-se amplamente imóvel por longo período de tempo;
 - O tônus muscular, a postura, respiração são tais que fica claro que o paciente não está nem adormecido nem inconsciente.

Para diagnóstico de estupor como acima, deve-se verificar a ausência de transtorno físico para explicar o estupor.

Quanto mais cedo o estupor depressivo for declarado, de forma mais precoce, mais chances tem de não se tornar crônico e severo. O início é usualmente na infância ou no começo da vida adulta até 21 anos (CID-10, 2010, p. 97).

DESVIO CAUSADO PELA DOENÇA

Rezam 24 horas por dia, acham que estão sendo punidos por Deus e se abstêm de se alimentarem para serem perdoados. Exemplo: se queimam com ferro ou se cortam com uma faca para serem perdoados. Ficam no sol ou na chuva em condições de total desconforto.

Sentem cheiros estranhos, como carne em decomposição. Acham que estão escutando assobios ou pessoas rindo.

Extremamente agitados quando na presença de muitos pacientes. Ex: refeitório / dia de visitas.

Ficam nus.

Fazem sexo em público, doam, gastam dinheiro.

CAUSA

Delírios que envolvem idéias de pecado, pobreza ou desastres.

Alucinações auditivas ou olfativas.

Excitação incontrolável, hiperatividade.

Inibição social perdida.

Confraternização sexual características de várias patologias.

EFEITO RECOMENDAÇÃO PARA O PROJETO ARQUITETÔNICO

Propor espaços com conforto, não utilizar imagens religiosas. Incentivar com cores e formas o bem estar. Usar materiais de acabamento de boa qualidade.

Não colocar ponto de TV ou som, projetar quarto distante do refeitório. Atenção com as cores. Evitar ventilação cruzada com outros dormitórios (quando se alimentam nos quartos).

Propor no projeto arquitetônico que tenham mesas para refeição no quarto, para que no estado maníaco o paciente coma no quarto.

Propor no projeto que o box tenha um fechamento lateral fixo para resguardar a integridade física do paciente.

Sala de visitas com espelho, facilitando a observação das visitas do paciente pela equipe, evitando a assinatura de documentos ou empréstimos de dinheiro. Câmeras de segurança em todos os cômodos (exceto banheiros) para evitar encontros amorosos na unidade.

3.4 TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

Trata-se de pensamentos “obsessivo-compulsivos” quando referidos a sintomas. São idéias, imagens que estão na mente das pessoas, pensamentos angustiantes porque são violentos, repetitivos, sem sentido, obscenos e o paciente tenta, sem sucesso, resistir a esta terrível situação. A esta compulsão os portadores deste transtorno tentam resistir, o que gera um profundo sofrimento, reconhecido como ineficaz e criando ansiedade, tensão iminente.

Para diagnósticos, supor, como acima, ausência de transtorno físico para explicar o estupor. Verificar a evidência de eventos estressantes recorrentes.

A diferença entre transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno depressivo pode ser difícil, pois os dois podem ocorrer juntos.

Características:

- Atos compulsivos (rituais obsessivos), que dizem respeito à limpeza (particularmente lavar as mãos);
- Verificar repetidamente uma situação fortemente perigosa;
- Desenvolver hábitos de organização e arrumação;
- Usualmente o perigo causado pelo paciente para ele mesmo é a tentativa ineficaz ou simbólica de afastar aquele perigo;
- Pensamento obsessivo;
- Atos e rituais compulsivos (CID-10, 2010, p. 140).

DESVIO CAUSADO PELA DOENÇA

Fixação em objetos que têm repetição.
Ex: piso xadrez.

Lavar as mãos até o sangramento.

CAUSA

Ritual obsessivo.

Ritual de limpar, lavar obsessivamente as mãos. Atos compulsivos (rituais obsessivos) dizem respeito à limpeza (particularmente lavar as mãos)

EFEITO RECOMENDAÇÃO PARA O PROJETO ARQUITETÔNICO

Projetar colocação de pisos lisos.

Projetar espaços sem pias, ou com número reduzido delas.
Ritual de limpar, lavar obsessivamente as mãos.

Mania de organização de objetos e móveis.	Desenvolvimento obsessivo de organização e arrumação.	Projetar espaços de convivência com armários para guardar livros, não colocar objetos sobre as mesas. Móveis fixos.
Quadros no quarto.	Pensamentos obsessivos.	Cuidado com o uso de imagens.

3.5 TENTATIVA DE SUICÍDIO

DESVIO CAUSADO PELA DOENÇA	CAUSA	EFEITO RECOMENDAÇÃO PARA O PROJETO ARQUITETÔNICO
Transtornos mentais e de comportamento que levam o paciente a internação.	O motivo de internação é se o paciente está pondo em risco a sua vida e a de outras pessoas.	Propor um projeto arquitetônico que assegure a vida e a saúde do paciente, utilizando todas as recomendações para o projeto e gerenciamento de riscos para evitar o acidente fatal.

4. RECOMENDAÇÕES GERAIS PARA PROJETO ARQUITETÔNICO COM ATENÇÃO NA SEGURANÇA DO PACIENTE

O gerenciamento de risco psiquiátrico é um esforço organizado para identificar, avaliar e reduzir riscos para pacientes, visitantes e funcionários. Seu principal objetivo, como vimos, é oferecer um ambiente seguro para pacientes e funcionários.

Marion Galdinski, consultor em gerenciamento de riscos psiquiátricos e administrador do hospital Donald Allen, formulou uma lista de itens a serem observados na formulação de um projeto que vise ao ambiente seguro. Listo abaixo alguns deles, assim como sugestões minhas, a partir de meus estudos e experiência.

4.1 ASPECTOS GERAIS

- Câmaras de monitoramento sem visualização do paciente em todas as salas, quartos e áreas de circulação (exceto banheiros);
- Ventilação por ar central com renovação de ar;
- Projetar janelas fixas com vidro e tela de proteção;
- Não utilizar cortinas por risco de suicídio;
- Evitar a hipersexualidade através de espelhos de observação nas salas em dias de visita;
- Prover quartos de isolamento com banheiros e chuveiros contíguos;
- Utilizar somente fronha e edredom, sem lençol de cima para evitar enforcamento;
- Portas largas para passagem de macas e cadeiras de rodas;
- Prever uma área de manipulação de medicamentos que ofereça privacidade e estocagem de medicamentos e equipamentos de emergência;
- Prover um posto de enfermagem e secretaria “aberto” com repartições de balcões altas o suficiente para impedirem que os pacientes pulem sobre elas ou ataquem os funcionários;
- Mesas quadradas ao invés de redondas devem ser usadas em salas de jantar ou de atividades, porque elas facilitam a definição de limites. A natureza indeterminada de uma mesa redonda pode ser problemática para os pacientes.

- A sala de estar requer um quadro de orientação de realidade listando a estação do ano, a data, o dia da semana, a localização (cidade), feriados especiais e atividades diárias (uso de psicotrópico, alucinações, delírio, falta de realidade);
- Seleção de imagens de arte deve ser feita com cuidado. Imagens metafóricas ou amorfas podem parecer demais com o teste de Rorschach e sugerir coisas ameaçadoras para alguns observadores;
- Grades para aquecimento, ventilação e ar condicionado, em que não se possa mexer - localizadas no teto ou nas partes superiores das paredes;
- Usar parafusos em que não se possa mexer;
- Usar armários que tenham barras que não se quebram, para evitar enforcamento;
- Evitar projetar detalhes que possam ser facilmente destruídos;
- Atentar para o fato de que gesso com negativo facilita o ocultamento de giletes, agulhas e armas;
- Usar ar condicionado central;
- Utilizar pisos antiderrapantes;
- ABNT 9050: deve ser cumprida em sua íntegra. Prover a acessibilidade de pessoas portadoras de deficiências a edificações, espaços, mobiliário e equipamentos urbanos;
- Projetar salas privadas, porém seguras, para checar se os pacientes eventualmente portam objetos (tesouras, facas, etc.) no momento de sua admissão;
- Prever espaço para armários para guardar objetos de valor dos pacientes;
- Cuidar para que a área de manipulação de medicamentos ofereça privacidade e segurança na estocagem dos mesmos;
- Utilizar pisos contínuos sem marcação de detalhes, pois os pacientes bipolares afetivos ou compulsivos os sentem como barreiras, como limites, o que os impede de locomover-se.

4.2 BANHEIROS

Apresentam problemas especiais, porque os pacientes não podem ser observados e esses cômodos contêm vários objetos que podem feri-los.

- Usar válvulas de descarga hidra ao invés de caixa acoplada;

- Usar misturadores de chuveiros recuados;
- Instalar alarmes de incêndio e maçanetas de portas em cada quarto de isolamento e postos de enfermagem;
- O layout da unidade deve evitar longos corredores e permitir observação máxima dos pacientes.

4.3 COZINHAS

- Armários devem ser seguros e alcançáveis sem o uso de banquinhos ou cadeiras;
- Usar utensílios de plástico para alimentação.

4.4 QUARTOS DE REPOUSO

O projeto de quartos de repouso deve, acima de tudo, considerar questões de segurança do paciente.

- Instalar tiras protetoras nas portas, junto ao chão, para impedir a passagem de lâminas, fósforos ou pílulas para dentro do quarto;
- Considerar a vigilância no quarto através de câmaras camufladas ou janela na porta;
- Manter as salas fechadas quando não estiverem em uso;
- Usar colchões sem zíperes ou bolsos;
- Não expor tomadas elétricas ou componentes fixos de eletricidade ou equipamentos protuberantes;
- Eliminar cantos cegos e obstruções visuais;
- Um banheiro completo com chuveiro, ou pelo menos uma pia e um vaso sanitário deve ser imediatamente adjacente ao quarto de isolamento. Uma porta separada deve prover direto acesso da sala de isolamento.

4.5 QUARTOS DE ISOLAMENTO

O projeto deste espaço específico requer um projeto arquitetônico com maior atenção. O paciente, mesmo sob cuidados intensivos, com medicação e terapia, eventualmente pode vir a recair e regredir, entrando em um estado de profunda agitação, catatonia ou depressão, pondo em risco a sua vida, dos outros pacientes e da equipe.

Para o quarto de observação idealizado e seguro, diferentemente do encontrado nas unidades atuais, a intenção é projetar um espaço com as quatro paredes, piso e teto revestidos com espumas e tecido com cor clara repelente a líquidos e excrementos. Isolamento acústico e câmeras de monitoramento são fundamentais para que o paciente não perceba a entrada e monitoramento enquanto está saindo deste processo agudo. Deve-se utilizar um projeto Luminotecnico que permita a sensação de penumbra e amanhecer atendendo a algumas patologias.

No local de uma maca estreita e alta, utilize-se uma cama mais baixa com as presilhas de contenção mais perto do solo da sala de observação. Banheiro em anexo com o mesmo revestimento, com conforto térmico em ambos os locais. Nessas condições deve-se evitar o risco da unidade se agitar com o episódio. A equipe, quando for administrar medicação ou verificar as condições físicas do paciente (já que o episódio dura até uma semana) e à medida que o paciente for saindo do estado agudo, poderá, por exemplo, soltar as presilhas e deixar o paciente livre na sala de observação, evitando assim, por exemplo, uma pneumonia, pois se ele vier a se bater nas paredes não sofrerá risco nenhum e estará livre de qualquer lesão.

Um banheiro completo com chuveiro, ou pelo menos uma pia e um vaso sanitário deve ser imediatamente adjacente ao quarto de isolamento. Uma porta separada deve prover direto acesso da sala de isolamento.

4.6 PAISAGISMO

Projetar espaços abertos procurando através de o paisagismo despertar os sentidos destes pacientes. O projeto externo deverá seguir critérios muito seguros, pois estes pacientes devido às suas patologias e ao uso de psicotrópicos, em pisos como grama ou terra tendem a cair. Assim, a vegetação não poderá ser pontiaguda para que, por exemplo, não sirva como um perfuro cortante.

Pode se criar áreas num caminho orgânico, sinuoso que leve a estares; por exemplo, um estar das águas, um pequeno espelho d'água que desperte o sentido para higiene. Outro espaço pode ser o estar dos sabores, onde se teria manjeriço, hortelã, alecrim que poderiam auxiliar os pacientes com transtornos com perda de apetite. Pode-se ir criando estares cognitivos

seguros com pisos que não sejam reflexivos (cor branca) com equipamentos como bancos, barras (corrimãos), uso de toldos para que a luz não seja muito intensa (esquizofrênicos).

Um espaço externo seguro irá auxiliar e muito a saúde e segurança destes pacientes. É preciso delimitar o local para que estes pacientes saibam a ida e volta; portanto os caminhos devem ser demarcados com piso e cores que a própria vegetação pode indicar. Também é uma oportunidade de promover exercícios físicos e eventos ao ar livre. Deve-se manter cotas de mesmo nível, mantendo a segurança, e criar um paisagismo seguro que promova a saúde e o bem estar.

5. CONCLUSÃO

O gerenciamento de riscos abrange um amplo espectro: deve gerenciar doentes mentais, linhas de produção, exércitos, nações ou organizações, crianças que não têm pais, canteiros de obras, países que estão em guerra, situações que chegam ao extremo e acidentes fatais podem ocorrer.

Todas as organizações necessitam de estruturas e harmonia para que não se transformem em um caos.

Os líderes precisam de informações para melhorar variados sistemas e os trabalhadores acreditam que os líderes não querem escutar, que não estão abertos para ouvir suas opiniões ou não estão interessados, nem receptivos a elas. Entretanto, tal crença e tal situação podem e devem ser mudadas.

A distância entre o doente mental e o psiquiatra, a equipe e a família é imensa. O abismo é infinito, há um discurso profundo entre as lamúrias infinitas, os lamentos e sofrimento que não têm fim, mas cabe a este artigo, neste momento, falar sobre os riscos, consciente ou não, sobre as falhas que incidem sobre riscos de segurança negligenciados por este paciente mudo, que não fala ou que, quando fala, não é escutado.

Já que ele é “louco”, carrega este estigma: o estigma de estar sempre em risco, quando não de colocar outros em risco.

Cabe, neste contexto, ao Engenheiro de Segurança fazendo uso de seu conhecimento e percepção aguçada e através de um Projeto Arquitônico seguro sempre atualizado garantir a segurança deste paciente.

6. REFERÊNCIAS

CLASSIFICAÇÃO de Transtornos Mentais e de Comportamento - CID-10. São Paulo: ARTMED, 2010.

IBAÑEZ, Deborah C. R. **Espaço de Transição Camille Claudel**. Porto Alegre: Unievangélica, 2004. Trabalho de Conclusão de Especialização (Estabelecimentos Assistenciais de Saúde) - Unievangélica, Porto Alegre, 2004.

PADOVANI, Umberto; Castagnola, Luis. **História da Filosofia**. São Paulo: Edições Melhoramentos, 1974.