

Perspectivas de los usuarios sobre el entorno en una unidad de salud mental en el contexto hospitalario

Perspectivas de usuários sobre a ambiência em unidade de saúde mental no contexto hospitalar

User perspectives on the ambience in a mental health unit in the hospital context

Laura Carolina de Almeida e Souza¹; Priscila de Melo Zubiaurre¹; Rafael Pasche Silveira¹; Clarissa Iensen Boff¹; Eneida Silva dos Santos¹; Dilce Rejane Peres do Carmo¹; Rosângela Marion da Silva¹; Daiana Foggiato de Siqueira¹

¹Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, RS, Brasil; ²Universidade Federal do Rio Grande. Santa Maria, RS, Brasil

RESUMEN

Objetivo: comprender las percepciones de los pacientes sobre el entorno en una Unidad de Salud Mental en contexto hospitalario. **Método:** estudio cualitativo realizado con pacientes ingresados en una Unidad de Salud Mental hospitalaria de un municipio del interior de Rio Grande do Sul. La recolección de datos se realizó entre mayo y agosto de 2023, mediante entrevistas semiestructuradas. Los datos se analizaron mediante análisis de contenido y los tres ejes ambientales propuestos por el Ministerio de Salud. Se respetaron todos los aspectos éticos para la investigación con seres humanos. **Resultados:** los pacientes perciben el entorno en su totalidad, según los tres ejes. Sin embargo, algunas percepciones sugieren que el ambiente de la unidad interpela la rehabilitación psicosocial y la atención humanizada. **Consideraciones finales:** las percepciones de los usuarios deben considerarse al implementar y perfeccionar el ambiente para garantizar sus derechos, tal como lo aseguran las políticas públicas.

Descriptores: Salud Mental; Servicios de Salud Mental; Transtornos Mentales; Humanización de la Atención.

RESUMO

Objetivo: compreender a percepção dos usuários em relação à ambiência em Unidade de Saúde Mental no contexto hospitalar. **Método:** estudo qualitativo, realizado com usuários internados em uma Unidade de Saúde Mental hospitalar de um município do interior do Rio Grande do Sul. A produção dos dados ocorreu entre maio e agosto de 2023, com emprego de entrevista semiestructurada. Os dados foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo e os três eixos da ambiência, propostos pelo Ministério da Saúde. Respeitaram-se todos os aspectos éticos para pesquisas com seres humanos. **Resultados:** os usuários percebem a ambiência em sua amplitude, conforme os três eixos. Contudo, há percepções de que a ambiência da unidade desafia a reabilitação psicossocial e o cuidado humanizado. **Considerações finais:** a percepção dos usuários deve ser considerada na implementação e aprimoramento da ambiência para garantir os seus direitos conforme asseguram as políticas públicas.

Descritores: Saúde Mental; Serviços de Saúde Mental; Transtornos Mentais; Humanização da Assistência.

ABSTRACT

Objective: to understand users' perceptions of the ambience in a Mental Health Unit in a hospital context. **Method:** a qualitative study conducted with users admitted to a hospital Mental Health Unit in a municipality in the interior of Rio Grande do Sul. Data collection took place between May and August 2023, using semi-structured interviews. The data was analyzed using the content analysis technique and the three axes of the ambience proposed by the Ministry of Health. All ethical aspects of research with human beings were respected. **Results:** users perceive the ambience in its entirety, according to the three axes. However, there are perceptions that the unit's ambience challenges psychosocial rehabilitation and humanized care. **Final considerations:** users' perceptions must be taken into account when implementing and improving the ambience to protect their rights, as guaranteed by public policies.

Descriptors: Mental Health; Mental Health Services; Mental Disorders; Humanization of Assistance.

INTRODUCCIÓN

Los primeros movimientos relacionados con la Reforma Psiquiátrica Brasileña (RPB) surgieron en la década de 1970, cuando el personal sanitario se enfrentó a situaciones de negligencia y violencia en el tratamiento de personas con enfermedades mentales en hospitales psiquiátricos. Esto desencadenó una lucha por los derechos humanos y la protección de las víctimas de violencia psiquiátrica, dando origen, en 1978, al Movimiento de Trabajadores de la Salud Mental (MTSM).

El MTSM (Sistema de Salud Mental) fue el primer movimiento colectivo formado por trabajadores, familiares, sindicalistas y personas con un largo historial de hospitalizaciones psiquiátricas, que surgió con el objetivo de impulsar cambios en la atención a la salud mental. Este movimiento fue crucial para visibilizar la atención a las personas con enfermedades mentales, lo que se extendió hasta la promulgación de la Ley n.º 10.216/01, que estableció la RPB, responsable de garantizar los derechos y la protección de las personas con enfermedades mentales, además de redireccionar el modelo de atención a la salud mental¹.

Tras la promulgación de la Ley de la RPB, se inició el proceso de reorientación del modelo de atención a la salud mental, anteriormente prestado por hospitales psiquiátricos, hacia servicios territoriales y comunitarios. Inicialmente, los Centros de Apoyo Psicosocial (NAPS), posteriormente conocidos como Centros de Atención Psicosocial (CAPS), se encargaban de brindar atención a personas con enfermedades mentales. Fue recién en 2011, mediante la Ordenanza n.º 3.088/11, que se creó una red especializada y descentralizada de servicios de salud mental, conocida como la Red de Atención Psicosocial (RAPS)¹.

Mediante este sistema, la atención hospitalaria a personas con enfermedades mentales se lleva a cabo en camas de hospital general como alternativa a las hospitalizaciones psiquiátricas, las cuales deberán utilizarse únicamente cuando todos los servicios extrahospitalarios resulten insuficientes para gestionar las crisis de salud mental. Además, las camas en hospitales generales o Unidades de Salud Mental (USM) deben brindar atención integral y humana a los pacientes hospitalizados hasta que la crisis se estabilice, con el objetivo de que puedan reincorporarse a la vida cotidiana.

Para promover e implementar la humanización en los servicios de salud, en 2003 se lanzó la Política Nacional de Humanización (PNH). Su objetivo es implementar los principios del Sistema Único de Salud (SUS) en la atención diaria y, así, mejorar la calidad y la eficacia de la gestión y la atención sanitaria. Para ello, la PNH proporciona estrategias y métodos para coordinar acciones, conocimientos, prácticas y personas que garanticen una atención integral, eficaz y humanizada a los usuarios de los servicios públicos de salud. Entre estas estrategias se encuentra la organización del ambiente^{3,4}.

El ambiente se refiere al tratamiento que se da a un espacio físico, entendido como un espacio social, profesional y de relaciones interpersonales que debe ofrecer una atención acogedora, resolutive y humana a los actores del cuidado, y comprende a los trabajadores de la salud, pacientes y familiares. Por lo tanto, se centra en el desarrollo de proyectos cogestionados para promover la democratización institucional, la expansión clínica y la comprensión del proceso salud-enfermedad basado en la producción de salud y de individuos^{3,5}.

Se basa principalmente en tres ejes: 1) espacio orientado al confort: considera elementos como el color, el olor, el sonido, la iluminación y la morfología para promover el bienestar individual; 2) espacio de encuentro entre individuos, la producción de salud y subjetividades: considera que las relaciones intersubjetivas potencian y facilitan la reflexión sobre los procesos de trabajo y la producción de protagonismo; y 3) espacio como herramienta para facilitar el trabajo: favorece la construcción de espacios deseados por los individuos. Sin embargo, para que el ambiente sea efectivo, estos tres ejes deben considerarse interdependientes^{3,5}.

Cabe destacar que la humanización del entorno hospitalario, especialmente en lo que respecta al ambiente, requiere superar los modelos tradicionales de atención y gestión sanitaria para que gerentes, trabajadores y usuarios puedan interactuar entre sí. A pesar de esto, y pese a que el tema es ampliamente debatido, aún genera inquietudes respecto a los modelos tradicionales y verticalizados de procesos de trabajo en el ámbito hospitalario⁶, especialmente en lo que respecta a la humanización, en particular el entorno.

Por ende, el presente estudio está guiado por la pregunta de investigación: ¿Cuáles son las percepciones de los usuarios respecto al ambiente en una Unidad de Salud Mental en el contexto hospitalario? Así, el objetivo es comprender y analizar, desde la perspectiva de la política de ambiente, las percepciones de los usuarios sobre el ambiente en una Unidad de Salud Mental en contexto hospitalario.

MÉTODO

Estudio descriptivo y exploratorio con un enfoque cualitativo. La investigación cualitativa busca descubrir conceptos y relaciones entre los datos sobre el objeto investigado y organizarlos de forma explicativa. Por lo tanto, se trata de un enfoque interpretativo que estudia los fenómenos en su contexto natural, y busca comprenderlos a partir de los significados que los sujetos les atribuyen.

El entorno de investigación del estudio es una Unidad de Salud Mental (USM) en un municipio de la región central del estado de Rio Grande do Sul. La USM se ubica en el tercer piso de un hospital general y es responsable de la atención a personas que experimentan crisis de salud mental, y ofrecen internaciones a corto plazo hasta que el paciente se estabilice. Funciona a tiempo completo, las 24 horas del día, los siete días de la semana, sin interrupción entre turnos. Cuenta con 30 camas divididas en cuatro salas (dos para hombres y dos para mujeres) y dos habitaciones de aislamiento. Las salas y las habitaciones son blancas, con iluminación fría y ventanas con rejas que permiten la luz y la ventilación, lo que contribuye a neutralizar olores. Cada sala tiene aproximadamente siete camas, y cada habitación tiene una cama con ropa de cama blanca. Cabe señalar que las camas en las salas carecen de privacidad; es decir, no poseen cortinas y/o divisiones, lo que permite que los sonidos, como las conversaciones, ingresen desde otros sectores.

La USM también dispone de áreas comunes para pacientes, como un largo pasillo, una sala de televisión y un comedor, que permiten el encuentro de los pacientes en sus actividades terapéuticas y cotidianas. Estas áreas son blancas, con iluminación fría y ventanas con rejas, y cuentan con algunos sillones negros. El comedor tiene aproximadamente seis mesas blancas rectangulares, cada una con dos bancos igualmente rectangulares y blancos que se extienden a lo largo de las mesas. Además, la USM dispone de siete salas privadas para uso del equipo multidisciplinario y un patio ubicado en la planta baja del hospital, que tiene bancos al aire libre, plantas y una cancha deportiva. Este último solo puede ser utilizado por los pacientes en horarios específicos estipulados por el equipo, para que puedan estar acompañados por personal sanitario.

Cabe señalar que la USM no admite a personas con sustancias psicoactivas para su desintoxicación. Su función es brindar asistencia a personas en crisis agudas de salud mental y ofrecer hospitalización voluntaria, involuntaria y obligatoria, sobre la base de una evaluación individual de vulnerabilidades y riesgos.

El personal de la unidad está compuesto por profesionales con diversas formaciones, incluidos técnicos y auxiliares de enfermería, enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos y psiquiatras. También incluye residentes del Programa Integrado de Residencia Multiprofesional en Atención Sanitaria, de los departamentos de Enfermería, Psicología, Trabajo Social y Terapia Ocupacional, así como residentes del Programa de Residencia Uniprofesional en Medicina, con especialidad en Psiquiatría.

Los participantes del estudio fueron pacientes hospitalizados en la USM durante el período de recolección de datos. Los ingresos se debieron a afecciones como esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo mayor, trastornos de la personalidad e intentos de suicidio, entre otras.

La recopilación de datos se realizó entre mayo y agosto de 2023. Se invitó a participar en el estudio a los usuarios que cumplieran los siguientes criterios de inclusión: ser mayores de dieciocho años. El criterio de exclusión abarcó a usuarios que presentaran dificultades de comunicación, según la evaluación del personal de la unidad.

La recopilación de datos se realizó mediante entrevistas semiestructuradas con los pacientes participantes. La entrevista semiestructurada consistió en una serie de preguntas diseñadas para definir los perfiles de los pacientes, así como preguntas guiadas sobre el ambiente de la USM, a saber: a) ¿Cuál fue su primera impresión del ambiente al llegar a la unidad? b) En su opinión, ¿puede el entorno de la unidad influir en su tratamiento? Dígame qué opina al respecto; c) ¿Cómo percibe el entorno (de la unidad) en relación con su privacidad e individualidad? y, finalmente, ¿cómo percibe el entorno de la unidad en relación con su infraestructura (color, olor, sonido, iluminación, apariencia)?

Los datos fueron recopilados por estudiantes de enfermería con formación previa en recopilación de datos. Esto les permitió obtener información relevante para el contexto de la investigación mediante el diálogo entre el entrevistador y los participantes. Se invitó a los participantes a participar en el estudio de forma verbal y voluntaria durante el horario de visita establecido por la USM.

Las entrevistas comenzaban únicamente después de que los participantes leyeran el Formulario de Consentimiento Informado para garantizar su participación voluntaria. Se les informó sobre los objetivos, beneficios y riesgos del estudio, así como sobre su derecho a retirarse en cualquier momento. Las entrevistas se grabaron en audio con la autorización previa de los participantes y posteriormente se transcribieron textualmente. Se llevaron a cabo en la Universidade de Minas Gerais (UMG) en una sala privada, respetando su disponibilidad y garantizando la confidencialidad de los datos.

Veintidós usuarios participaron en el estudio, cada uno entrevistado individualmente. Cabe destacar que tres usuarios declinaron participar y uno se retiró durante la entrevista por razones clínicas. Además, no fue necesario repetir la entrevista. Cada entrevista tuvo una duración promedio de quince minutos. La recolección de datos finalizó cuando la información comenzó a repetirse, alcanzando así la saturación de datos, lo cual se discutió en un grupo de investigación.

Para preservar el anonimato de los participantes, las entrevistas se identificaron con la letra "U", la inicial de la palabra "usuario", seguida de números arábigos (U1, U2, U3, etc.). No se requirió ningún *software* para transcribir las entrevistas.

Para analizar los datos, utilizamos la técnica de análisis de contenido propuesta por Bardin⁸, que consta de tres etapas: preanálisis; exploración del material; y procesamiento de los resultados obtenidos, inferencia e interpretación. Realizar un análisis de contenido implica identificar los significados centrales presentes en una comunicación, cuya presencia o frecuencia es relevante para el objetivo analítico previsto. En este estudio, los datos se categorizaron y analizaron siguiendo la organización de los tres ejes de ambiente, según lo propuesto en los manuales del Ministerio de Salud^{3,5}.

La investigación se desarrolló de acuerdo con las normas vigentes del Consejo Nacional de Salud, según la Resolución n.º 466/2012. Además, fue presentada y aprobada por el Comité de Ética de la Investigación en Seres Humanos.

RESULTADOS

Este estudio implicó a 22 pacientes ingresados en una Unidad de Salud Mental, 11 mujeres y 11 hombres, con edades comprendidas entre los 18 y los 80 años. De ellos, 13 se identificaron como blancos, ocho como mestizos y uno como negro. En cuanto a la religión, diez participantes no profesaban ninguna religión, cuatro eran católicos, ocho evangélicos.

Entre los participantes, 7 declararon tener pareja, mientras que 15 declararon estar solteros. En cuanto a los hijos, 11 participantes no tenían hijos, mientras que 6 tenían uno, 4 tenían dos y uno tenía tres.

En cuanto al nivel educativo, los resultados muestran la siguiente distribución: uno sin instrucción, ocho con primaria incompleta, tres con primaria completa y once con educación secundaria completa. En cuanto a la ocupación, los participantes se distribuyen entre quienes no trabajan (9), quienes reciben prestaciones sociales (3), quienes realizan servicio doméstico (2), quienes están jubilados (2) y quienes tienen otras ocupaciones (6). Además, ocho participantes reportaron no tener ingresos, ocho perciben hasta un salario mínimo, uno percibe entre uno y dos salarios mínimos, uno gana entre dos y tres salarios mínimos, uno gana más de tres salarios mínimos y tres desconocen sus ingresos.

A partir del análisis de las entrevistas transcritas con identificación de palabras clave, los datos más relevantes — es decir, los que se repetían con mayor frecuencia— se organizaron en categorías y se analizaron según los tres ejes del entorno. Así, se obtuvieron las siguientes categorías: ambiente como espacio que brinda confort; ambiente como espacio para la producción de subjetividades; y ambiente como herramienta que facilita los procesos de trabajo.

El ambiente como espacio que brinda confort

Esta categoría se organizó con base en la identificación de las palabras clave presentadas en la Figura 1.

Temas	Palabras clave
Colores, olores, sonido y morfología	Blanco; blancas; colores
	Aspecto viejo; triste; apatía; alegría; acogedor
	Olor agradable; limpieza; limpio
	sofoca; sofocado
	Ruido; charla; silencio
	Puerta; barras
Privacidad e individualidad	Sin privacidad; baños compartidos; duchas; habitaciones compartidas
	Sin individualidad

Figura 1: Palabras clave identificadas en las declaraciones para la construcción de subcategorías. Santa María, RS, Brasil, 2023.

A partir de las palabras clave descriptas, se crearon las subcategorías “comodidad respecto a colores, olores, sonido y morfología” y “comodidad respecto a la privacidad e individualidad”.

Comodidad respecto a colores, olores, sonido y morfología

En este estudio, los participantes informaron haber notado que aspectos del entorno en el que están insertos, como los colores, el olor, el sonido, la dimensión y el acceso a ciertos ambientes, pueden impactar en el tratamiento. En este sentido, estos aspectos pueden influir en el estado de ánimo de los usuarios tanto de forma positiva como negativa.

A veces nos asustamos porque todo es blanco [...] Sería bueno que nos cambiáramos de ropa, porque todo es blanco. Luego, de vez en cuando, también nos asfixiamos. (U7)

Las paredes blancas, las puertas grises [...] No puedo ver estos colores, parece que me siento mal. Me pareció pequeño porque el patio está abajo y hay que pedir permiso para bajar [...] El olor es agradable, porque siempre hay alguien limpiando aquí [...] Es un lugar, no diría bonito, pero a veces es acogedor. (U9)

Puede influir. Ahora mismo, el ruido, tanta charla (...) me mareo un poco, y creo que cuando estoy más callado no me mareo. (U19)

Algunos participantes informaron percibir la USM como un entorno apático, triste y ruidoso. Y aunque algunos usuarios afirmaron que la unidad no tenía olor, otros informaron que olía mal. Los participantes creen que estos factores son perjudiciales para el tratamiento, ya que pueden aumentar el estrés y afectar negativamente el bienestar.

El sonido, hay muchos gritos, especialmente de algunos pacientes que no aceptan la condición en la que están. (U8)

Mucha apatía... Todo parece tan triste. Sabemos que estamos en un hospital, pero un poco de alegría es bueno para nuestra salud, sobre todo para quienes tenemos problemas de salud mental. Nos fijamos mucho en lo que vemos, sobre todo en el color. Lo primero que vi fue la puerta de hierro cerrada. Me sentí sofocado [...]. No hay mucho olor. El personal es muy meticuloso, muy limpio. (U17)

La apariencia es la de un psiquiátrico... Todo tiene rejas, todo está pintado de blanco. Parece un poco viejo. [...] Las chicas se quejan del olor a orina, pero huele a comida de hospital. (U18)

Comodidad en cuanto a privacidad e individualidad

De las declaraciones de algunos participantes se desprende claramente que la privacidad y la individualidad son aspectos importantes del tratamiento. Sin embargo, son poco fomentadas en la unidad, especialmente la privacidad.

No hay mucha privacidad, no hay manera... Los baños son compartidos, las habitaciones son compartidas, y lo único que es tuyo aquí (en USM) es tu cama. (U4)

No tenemos individualidad ni privacidad. Todo es en grupo. (U6) Cero privacidad. Individualidad, poco... quizás. (...) No tienes nada de privacidad. (U17)

Algunos usuarios mencionaron que la falta de cerraduras en las puertas contribuye a la falta de privacidad, lo que indica cierta incomodidad entre los usuarios, ya que no es común fuera de USM. Sin embargo, otros indicaron que ya se habían acostumbrado a la falta de privacidad en la unidad.

[...] No hay privacidad en la ducha, en el dormitorio o a la hora de comer. (U8)

No se puede tener mucha privacidad aquí (en la USM), porque es una zona con mucha gente, todos conviviendo en el mismo entorno. (U14)

No hay cerradura en la puerta. Suelo cerrar las puertas con llave cuando voy al baño, pero aquí no hay cerradura. (U18)

El ambiente como espacio de producción de subjetividades

Esta categoría se originó a partir de la identificación de las palabras clave presentadas en la Figura 2.

Temas	Palabras clave
Producción de subjetividades que potencian el proceso de rehabilitación psicosocial	Convivir; colega; igual/iguales
	Motiva; influye/influyó en el tratamiento; mejora/no habría mejora
	Más personas con problemas similares; influencia para bien o para mal
Producción de subjetividades que interpelan el proceso de rehabilitación psicosocial	Grita; no se calla; hablar al mismo tiempo; mucha gente en el mismo sitio
	Agresivo; pasivo; brote; triste; ansiosa
	TV al máximo volumen; ruido; el entorno influye mucho/bastante; ignorar el entorno

Figura 2: Palabras clave identificadas en las declaraciones para la construcción de subcategorías. Santa Maria, RS, Brasil, 2023.

Las subcategorías “espacio que potencia el proceso de rehabilitación psicosocial” y “espacio que interpela el proceso de rehabilitación psicosocial”.

Espacio que potencia el proceso de rehabilitación psicosocial

Desde esta perspectiva, los participantes comprenden que las interacciones entre las personas, así como el entorno en el que se encuentran, influyen en el proceso de rehabilitación psicosocial. La convivencia, la comparación y la identificación entre los usuarios puede influir positivamente en el tratamiento, lo que contribuye a crear confianza para afrontar los desafíos experimentados.

Convivir aquí (en la USM) nos motiva, porque hay algunos usuarios con problemas mucho peores que los nuestros. [...] Pensé que estaba tocando fondo y solo. Así que me está ayudando mucho a superar mis problemas [...]. (U7)

En los primeros días, pensé que no podría adaptarme, que estaría peor que cuando llegué aquí... Que estaría más triste, más agotada, más deprimida. Ahora me he acostumbrado. Veo que la gente es amable, puedes conocerlos y hacerte amigo de ellos [...]. (U8)

Puede influir, porque hay más gente con problemas similares. [...] si el compañero es agresivo, influirá para peor, si es pasivo, será para mejor. (U18)

Espacio que interpela el proceso de rehabilitación psicosocial

Se observó que las experiencias estresantes afectan significativamente la salud mental de los usuarios de USM. Se observó que la agitación conductual y auditiva de los usuarios que experimentan una crisis de salud mental influye en el bienestar y la rehabilitación psicosocial de quienes presentan mayor estabilidad.

Creo que el entorno influye mucho en los pacientes con trastornos mentales. [...] Logré mejorar muy rápido. Intento ignorar el entorno en general y a ciertos pacientes, porque si dependiera de eso, creo que no habría ninguna mejora. (U3)

Influye porque algunas personas tienen brotes, y yo nunca he tenido uno. Los brotes no son buenos. Parece que, como dice el dicho, el ser humano es producto del entorno en el que vive. (U10)

[...] Me pongo muy ansiosa con tanta gente en el mismo sitio, y esto ha tenido un gran impacto en mis últimos días, y también en mi tratamiento. Hay una compañera que grita, que no se calla ni un segundo. Hay una que siempre está maldiciendo a los demás, otra que está ensimismada. Esa tele a todo volumen y todos hablando a la vez, sobre todo cuando hay terapia con psicólogos [...]. (U17)

El ambiente como herramienta para facilitar los procesos de trabajo

Esta categoría se formó a partir de la identificación de las palabras clave presentadas en la Figura 3.

Temas	Palabras clave
Herramienta para facilitar la optimización de los recursos humanos	Rutina establecida; horario para el baño; horarios diferentes a los de casa; todos a la misma hora
	Ayuda/asistencia del equipo
Herramienta que interpela la atención humanizada	Patio (más abierto); horario de visita limitado
	Falta de: cosas que hacer/actividades; panel colorido; dibujos en la pared; bonito

Figura 3: Palabras clave identificadas en las declaraciones para la construcción de subcategorías. Santa Maria, RS, Brasil, 2023.

A partir de las palabras clave mencionadas, se crean las subcategorías “herramienta para facilitar la optimización de los recursos humanos” y “herramienta que interpela la atención humanizada”.

Herramienta para facilitar la optimización de los recursos humanos

Se observó que la organización del entorno USM, los horarios y la rutina son aspectos que optimizan los procesos de trabajo y brindan cierta comodidad a los usuarios. Además, la disponibilidad de los trabajadores, creada a partir de la organización de la unidad, también influye en la sensación de confort.

Una rutina establecida, por ejemplo, horario para el baño. [...] Cada persona tiene su propia hora del baño, un horario preestablecido. (U18)

[...] los horarios son todos diferentes a los de casa y esto del baño, porque todos van a la misma hora. (U20)

Puede haber una influencia beneficiosa... Porque las enfermeras, psiquiatras y psicólogos me estarán supervisando, evaluándome y ayudándome [...] Ayudándome con las palabras, cuidando mi medicación... (U21)

Herramienta que interpelan la atención humanizada

Algunos usuarios expresaron su deseo de mayor acceso al patio y más días para recibir visitas familiares. Además, informaron sobre la necesidad de cambios en la morfología de la USM e indicaron que deberían ofrecerse más actividades. Cabe destacar que estos aspectos son esenciales para la humanización del entorno y el trato en la USM.

No bajo muy a menudo al patio, pero me gustaría que estuviera abierto más tiempo, sobre todo cuando hay sol, para poder bajar allí y quedarme. (U4)

Simplemente pienso que la espera para los días de visita es demasiado larga, solo los lunes, creo que 8 días (de espera) es demasiado tiempo. (U13)

Podría haber un panel colorido, más dibujos en la pared, al menos en la sala principal. Fotos de animales, algo genial, bonito [...]. Colocar flores, dejar que los pacientes se inspiren [...]. (U17)

La primera impresión fue que no había nada que hacer. Solo jugábamos a las cartas. Incluso hay un equipo de recreación, pero podría haber más actividades aquí. (U22)

DISCUSIÓN

Al analizar el perfil sociodemográfico de los participantes de la investigación, se evidenció el predominio de usuarios sin pareja ($n=15$) y sin hijos ($n=11$). Es sabido que la familia desempeña un papel fundamental en la atención de las personas con trastornos mentales. Su presencia, sus muestras de afecto, compañía, ánimo y atención hacia la persona con enfermedad mental pueden contribuir a mejorar su calidad de vida, así como a reducir las exigencias que experimenta. Sin embargo, en ausencia de apoyo familiar, las personas con las que el usuario mantiene un vínculo pueden tener dificultades para gestionar sus comportamientos y demás síntomas relacionados con angustia mental, que implican miedo e inseguridad. En ese caso, puede prevalecer el modelo de atención manicomial, caracterizado por el uso de la hospitalización psiquiátrica para brindar apoyo y asistencia en la atención a personas en crisis de salud mental⁹.

En cuanto al género y la raza/color, se sabe que, históricamente, las mujeres y las personas negras han sido institucionalizadas de forma desproporcionada en hospitales psiquiátricos en Brasil. No solo por razones de salud mental, sino también como una forma de control social, con el objetivo de excluirlas de la sociedad. Este fenómeno puede ser entendido en el contexto de una sociedad patriarcal y racista que utilizó el encarcelamiento de mujeres y personas negras en hospitales psiquiátricos como forma de opresión y corrección de conductas consideradas "desviadas" por la sociedad^{10,11}. Sin embargo, los datos obtenidos en esta investigación no revelan una relación entre los trastornos mentales, el género y la raza/color, advirtiéndose una equivalencia entre los géneros masculino(11) y femenino(11) y una prevalencia de personas blancas(13) en relación con otras razas/colores. Este hecho podría indicar cambios en la discriminación por género y raza/color en el contexto de la salud mental, en comparación con el escenario previo al inicio del RPB.

Si bien verifica una prevalencia de usuarios que no profesan una religión, cabe destacar que la religión desempeña un papel vital en la promoción de la salud mental y la prevención del sufrimiento mental. Es sabido que la religión y la psiquiatría, como campos de conocimiento, siempre han estado en conflicto, dado que, desde la Edad Media, las causas del sufrimiento mental eran demoníacas y, por lo tanto, se ignoraban las etiologías naturales. Así, con el surgimiento de la psiquiatría, se cree que la humanidad se ha liberado de las supersticiones religiosas. Sin embargo, un estudio¹² indica que existe evidencia científica que demuestra una asociación positiva entre la religiosidad y la salud mental, ya que la religión ofrece ayuda para atribuir y mantener el sentido de la vida, lo que la convierte en un soporte importante para las personas a la hora de afrontar situaciones estresantes. Por lo tanto, se entiende que tanto la religiosidad como la espiritualidad brindan apoyo emocional, reducen la ansiedad y otras emociones negativas, promueven la formación de vínculos sociales y, por lo tanto, pueden mejorar el proceso de rehabilitación psicosocial de las personas con sufrimiento mental. Frente a ello, se considera importante que el trabajador sanitario evalúe, respete y reconozca la religión y/o espiritualidad del usuario como un factor influyente en la salud mental, pues puede ser un aliado importante en las acciones de cuidado en esta área¹².

En cuanto al ambiente como espacio de confort, se observó que los pacientes perciben que los colores, sonidos y morfología del entorno de la USM pueden influir positiva y negativamente en el tratamiento durante la hospitalización. Cabe destacar que la comprensión individual del confort es subjetiva. Sin embargo, se sabe que existen referencias observables que califican los entornos, ya sea en lo que se refiere a su condición térmica, acústica o lumínica, o a las sensaciones que sus formas, texturas, colores y olores evocan en quienes circulan en ellos. Por eso, es posible afirmar que el confort ambiental implica no solo valores ambientales, sino también valores sociales y culturales, y la forma en que las personas los experimentan.

Al analizar las declaraciones de los participantes, se puede concluir que la percepción de los usuarios sobre la comodidad del USM es negativa, ya que indicaron que el color blanco de la unidad, la ropa, los olores, la iluminación y la distribución de las habitaciones les causan cierta incomodidad. Un estudio¹³ indica que los colores afectan los aspectos psicológicos, cognitivos, fisiológicos y conductuales de las personas, en función del dinamismo, el tamaño, la cantidad, la calidez y la frialdad del color. En este sentido, en entornos sanitarios, los colores se utilizan comúnmente como un complemento para aliviar el sufrimiento mental de las personas, especialmente en relación con los síntomas de ansiedad y depresión. Sin embargo, cabe destacar que el estudio mencionado indica que los colores cálidos, en comparación con los colores fríos o neutros, generan un efecto más positivo en lo que se refiere al alivio del sufrimiento y la sensación de relajación que genera en los individuos.

En cuanto al olor, el personal sanitario debe prestar atención a la calidad del aire para mantener ambientes bien ventilados y con olores neutros. La iluminación artificial debe ser indirecta, suave, difusa y debe ser posible controlar su intensidad. Al prestar atención a estos aspectos, el personal sanitario puede ayudar a reducir el estrés ambiental y, así, facilitar la rehabilitación psicosocial de los pacientes ingresados en la unidad.

En cuanto a la comodidad, los usuarios reportaron percibir el entorno como monótono, triste y ruidoso. Cabe destacar que el ruido ambiental, o contaminación acústica, afecta negativamente la salud, al ocasionar dolores de

cabeza, irritabilidad, inestabilidad emocional, ansiedad, pérdida de apetito, insomnio, fatiga y disminución de la productividad^{15,16}.

Por lo tanto, se entiende que tanto los entornos altamente estimulantes como los poco estimulantes influyen negativamente en la salud mental de las personas, puesto que ocasionan o agravan alucinaciones, paranoia y agitación psicomotora. En cambio, los entornos relativamente estimulantes, tranquilos y relajantes pueden reconfortar a cualquier persona con problemas de salud mental^{3,14}. En este contexto, se puede afirmar que el entorno desempeña un papel crucial en la creación de espacios agradables capaces de promover sensaciones de bienestar y comodidad, y, de ese modo, estimular mayores niveles de satisfacción en las personas^{16,17}.

Se observó que la privacidad y la individualidad se consideraron aspectos importantes del tratamiento. Sin embargo, según lo relatado, se podría afirmar que no se promueven lo suficiente dentro de la unidad. Cabe destacar que la privacidad se relaciona con la protección de la intimidad de una persona y puede garantizarse mediante el uso de mamparas, cortinas y mobiliario que permita la integración y la privacidad del usuario e incluso del personal. A su vez, la individualidad se refiere a la comprensión de que cada persona es singular y, por lo tanto, su vida diaria y su espacio social son específicos. La arquitectura puede contribuir a la individualidad creando entornos que ofrezcan espacios individuales para el almacenamiento de las pertenencias de los usuarios, para acoger a su red de apoyo, entre otros cuidados que tiendan a preservar su identidad. En este sentido, se puede afirmar que la humanización de los servicios de salud, especialmente en lo que respecta al entorno, busca garantizar la dignidad de las personas y proteger la privacidad, los derechos y las necesidades particulares de cada sujeto^{3,4}.

Algunos pacientes reportaron dificultades, particularmente en lo que se refiere a la promoción de la privacidad en la UMS. Este ha sido un tema de debate en el entorno hospitalario, dado que se trata de un espacio colectivo que requiere la supervisión constante del personal sanitario. La privacidad es intrínseca a la dignidad, la autonomía y el respeto a los derechos humanos de los pacientes hospitalizados. En este contexto, es fundamental encontrar un equilibrio entre la atención al paciente y la preservación de sus derechos, de acuerdo con la RPB y la PNH. Además, es importante destacar que un entorno que valora la privacidad y la individualidad mejora el bienestar, el sentido de pertenencia y la conexión con el entorno. Por lo tanto, al integrar estas consideraciones en la planificación y gestión de los entornos de las USM, se pueden crear espacios más acogedores y eficaces para el tratamiento y la rehabilitación psicosocial de los pacientes, además de garantizar los derechos de las personas con enfermedades mentales, de acuerdo con la RPB^{4,20}.

En cuanto al ambiente como espacio de producción de subjetividades, se observó que los usuarios lo perciben como potenciador del proceso de rehabilitación psicosocial. La premisa es que el ambiente debe facilitar la interacción entre los usuarios, lo que, a su vez, fomenta la comparación y la identificación con las historias de vida, influye en la subjetividad de los individuos y les confiere confianza para afrontar los desafíos que experimentan. En este contexto, se sabe que el ambiente, como espacio de encuentro entre individuos, proporciona y potencia la capacidad de acción y reflexión de las personas y, por lo tanto, promueve el protagonismo y la corresponsabilidad de usuarios y trabajadores en el acto de cuidado, lo cual caracteriza la producción de subjetividad. Por ende, se puede decir que el ambiente, para convertirse en productor de subjetividad, debe incitar a la reflexión sobre las prácticas y formas de acción de las personas que se insertan en el contexto, a fin de que puedan, de manera conjunta, contribuir a la elaboración de nuevas situaciones y la transformación de paradigmas, con el objetivo de generar cambios significativos y espacios agradables para la convivencia^{3,5}.

Se entiende que, históricamente, las personas con enfermedades mentales y quienes consumen sustancias psicoactivas han sido estigmatizadas socialmente. La estigmatización consiste en la asignación de atributos despectivos a una persona que presenta una característica determinada, generalizando cualquier otra que pueda manifestarse.²¹ En el caso de las personas con enfermedades mentales, el estigma de la locura prevalece y las hace sentir solas, rechazadas por la sociedad y, por lo tanto, inseguras para afrontar sus propios desafíos.

En este contexto, la rehabilitación psicosocial es esencial, ya que se caracteriza por ser un proceso en el que el personal sanitario tiene la oportunidad de estimular el desempeño de las personas con enfermedades mentales en diferentes ámbitos de la vida. Esto implica el desarrollo de habilidades individuales y colectivas que posibilitan acciones centradas en la formación de relaciones sociales, la autonomía, la independencia y el empoderamiento de los usuarios²³. Por lo tanto, se puede afirmar que la interacción entre los usuarios, la identificación y el desarrollo de la confianza son aspectos que pueden promover y/o potenciar la rehabilitación psicosocial.

Por el contrario, se ha observado que las experiencias de agitación conductual y auditiva en usuarios que experimentan una crisis de salud mental pueden influir negativamente en el bienestar y la rehabilitación psicosocial de quienes presentan mayor estabilidad. Cabe destacar que una crisis de salud mental se entiende como un momento de desorganización en el que el individuo se ve incapaz de regular sus funciones psicológicas y conductuales. Comúnmente,

el momento de crisis se percibe de forma peyorativa y no como una condición humana, lo que puede reforzar el estigma de la locura. Por lo tanto, es necesario que los trabajadores actúen y animen a los usuarios a obrar con empatía, ética y respeto por los derechos y la dignidad de las personas en crisis de salud mental²⁴. Esto puede tener un impacto positivo en la convivencia entre los usuarios en crisis de salud mental y aquellos más estables en la USM.

En cuanto al ambiente como herramienta para facilitar los procesos de trabajo, se observó que los usuarios perciben que la organización del entorno, los horarios y la rutina en la USM son aspectos que optimizan los procesos de trabajo, brindan mayor disponibilidad a los trabajadores y, por lo tanto, un cierto nivel de comodidad. Se entiende que el ambiente por sí solo no modifica los procesos de trabajo, ya que se relaciona con la actitud y la comprensión de aspectos y prácticas ya adoptadas en la rutina de los trabajadores. Por lo tanto, puede utilizarse como herramienta para facilitar los procesos de cambio deseados por los profesionales de la salud y los usuarios, mejorando y humanizando la atención^{3,5}.

Se entiende que establecer una rutina en el entorno hospitalario facilita muchos procesos laborales y puede proporcionar a los trabajadores más tiempo libre. Sin embargo, cabe destacar que, más allá de las acciones específicas y rutinarias, el ambiente como herramienta para facilitar los procesos laborales requiere fomentar nuevas formas de ser e interactuar con los usuarios y el personal sanitario, buscando relaciones acogedoras. Asimismo, se destaca la necesidad de reflexionar sobre las actitudes y los comportamientos en el entorno laboral, que a menudo son inertes debido a prácticas rutinarias y mecanicistas. Las personas hospitalizadas requieren, además de cuidados específicos y rutinarios, comprensión y respeto por su singularidad y dignidad.

Así, se puede afirmar que el ambiente y la salud están interconectados y son interdependientes, inseparablemente. En este caso, comprender el ambiente en la esfera de la salud mental es fundamental para mejorar los entornos asistenciales y la calidad de vida de los pacientes⁶. Por lo tanto, se entiende que es necesario utilizar los entornos físico, social, profesional e interpersonal de forma equilibrada para facilitar y mejorar los procesos de trabajo. Además, el afecto en las acciones asistenciales, como la acogida y la atención diaria a los pacientes, contribuye positivamente a su bienestar^{3,19}.

Si bien los participantes percibieron aspectos positivos del ambiente como herramienta para facilitar los procesos de trabajo, reportaron la falta de actividades en la USM y de visitas familiares, lo que dificulta la promoción de la atención humanizada en la USM. Se entiende que las estrategias asociadas con el ambiente buscan promover espacios más interactivos, inclusivos y acogedores, valorando la subjetividad y potenciando el rol de pacientes, trabajadores y familiares. En ese sentido, es fundamental ofrecer actividades que valoren los aspectos cotidianos y humanos de las relaciones, como salidas familiares, momentos musicales, actividades lúdicas y artesanales, entre otras. Es necesario incorporar al ambiente materiales recreativos, como juegos, producciones gráficas e instrumentos musicales en general, especialmente en los servicios de salud mental, ya que pueden estimular nuevas formas de expresión a los pacientes, brindándoles entretenimiento, tranquilidad y espacios para el diálogo.

En este sentido, la inclusión de áreas adaptables y funcionales para actividades como la terapia de grupo, la terapia individual y el descanso es fundamental. Es evidente que los entornos físicos bien diseñados influyen positivamente en los comportamientos y las interacciones sociales, puesto que crean vínculos entre pacientes, cuidadores y profesionales sanitarios, además de fomentar la participación y la responsabilidad compartida en el tratamiento y promover la rehabilitación psicosocial^{14,19}.

Ante lo expuesto, es importante analizar la reducción del tiempo de espera para las visitas de familiares y amigos, a fin de garantizar que puedan brindar apoyo emocional y social continuo al usuario. En consecuencia, es necesario promover entornos cómodos y propicios para la interacción de familiares y amigos no con el usuario, sino también con el equipo sanitario^{9,18}, a fin de mejorar la experiencia de todos los implicados en el acto de cuidar.

Limitaciones del estudio

Si bien esta investigación muestra resultados relevantes sobre la percepción de los usuarios acerca del entorno en una USM de un hospital, presenta algunas limitaciones. Entre ellas, se incluyen: recolección de datos en una única USM y muestra compuesta por un número limitado de usuarios. Reconocer estas limitaciones refuerza la transparencia y la validez de la investigación, además de contribuir en el direccionamiento de futuras investigaciones.

CONSIDERACIONES FINALES

Esta investigación nos permitió comprender y analizar las percepciones de los usuarios sobre el entorno de una USM en un ambiente hospitalario, lo que apunta a una comprensión amplia del entorno. Además, las percepciones de los usuarios convergieron con los tres ejes del ambiente propuestos por el Ministerio de Salud (2010; 2017): espacio que busca la comodidad; espacio como herramienta que facilita el proceso de trabajo; y espacio de encuentro entre

sujetos. Sin embargo, se observó que existen divergencias significativas entre las percepciones de los participantes con respecto al ambiente de la USM que favorece la rehabilitación psicosocial y la promoción del cuidado humanizado. En este sentido, algunos usuarios perciben que los factores del entorno de la USM promueven la rehabilitación psicosocial y el cuidado humanizado, mientras que otros creen que los mismos factores, como la organización del entorno y de la rutina y la interacción con usuarios desestabilizados, terminan interfiriendo negativamente en la prestación de esta forma de cuidado. Cabe destacar que esta última percepción es consistente con los supuestos de la RPB y la PNH.

Por lo expuesto, cabe destacar que las percepciones de los usuarios, especialmente las negativas, deben considerarse al implementar y mejorar el entorno en USM y otros servicios de salud, ya que se cree que esto garantizará los derechos de las personas con enfermedades mentales, de conformidad con la RPB y la PNH. En este caso, dados los resultados presentados en este estudio, es necesario que el entorno hospitalario de la USM sea más colorido, interactivo y acogedor, y que ofrezca más actividades terapéuticas y recreativas a los usuarios, además de propiciar espacios de mayor privacidad, más opciones de acceso al patio con horarios alternativos, y más oportunidades para que los usuarios reciban visitas o contacten con sus familiares y/o redes de apoyo social.

Cabe señalar que el entorno, en el ámbito de la salud mental, emerge como un componente fundamental en la atención, el bienestar y la rehabilitación psicosocial de los usuarios, así como en los procesos de trabajo de los equipos de salud. En consecuencia, mejorar el entorno en los servicios de salud mental debe ser una prioridad para los gestores y el personal. Sin embargo, es importante destacar que transformar el entorno no solo implica una cuestión estética, sino una necesidad fundamental para promover un trato eficaz y humano, capaz de satisfacer integralmente las necesidades de los usuarios, sus cuidadores y el personal sanitario.

REFERENCIAS

1. Brasil DDR, Lacchini AJB. Reforma Psiquiátrica Brasileira: dos antecedentes aos dias atuais. *PsicoFAE*. Plural. Saú. Ment. 2021 [cited 2025 Jan 20]; 10(1):14-32. DOI: <https://10.17648/2447-1798-revistapsicofae-v10n1-2>.
2. Oliveira A, Toledo VP. Patient safety in a general hospital's psychiatric hospitalization unit: a phenomenological study. *Rev Esc Enferm USP*. 2021 [cited 2025 Jan 20]; 55:1-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019013103671>.
3. Ministério da Saúde (Br). A experiência da diretriz de Ambiência da Política Nacional de Humanização – PNH. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017 [cited 2025 Jan 20]. Available from: <https://pt.scribd.com/document/375557352/Experiencia-Diretriz-Ambiencia-Humanizacao-Pnh>.
4. Salvati CO, Gomes CA, Haeffner LSB, Marchiori MRCT, Silveira RS, Backes DS. Humanization of the hospital: participatory construction of knowledge and practices on care and ambience. *Rev Esc Enferm USP*. 2021 [cited 2025 Jan 20]; 55(e2020058):1-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0058>.
5. Ministério da Saúde (Br). Ambiência. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010 [cited 2025 Jan 20]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambiencia_2ed.pdf.
6. Oliveira C, Gomes CA, Pereira ADA, Lomba MLLF, Poblete M, Backes DS. Care and hospital ambience: perception of healthcare professionals. *Acta Paul Enferm*. 2022 [cited 2025 Jan 20]; 35(eAPE03216):1-8. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO032166>.
7. Gil CA. Como fazer pesquisa qualitativa. Barueri: Atlas; 2021.
8. Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.
9. Ronsani APV, Siqueira DF, Mello AL, Terra MG, Cattani AN, Welter LS. Caring for the person with mental disorder according to the family's understanding. *R. pesqui.: cuid. Fundam. Online*. 2020 [cited 2025 Jan 22]; 12:793-9. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7469>.
10. David EC, Vicentin MCG. Nem crioulo doído nem negra maluca: por um aquilombamento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Saúde Debate*. 2020 [cited 2025 Jan 23]; 44(spe3):264–77. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E322>.
11. Coelho SMPP. Mulheres Interrompidas pelo Poder do Patriarcado - a loucura. *Gênero na Amazônia*. 2023 [cited 2025 Jan 24]; 24:251-66. DOI: <http://dx.doi.org/10.18542/rcga.v2i24.15623>.
12. Monteiro DD, Reichow JRC, Sais HF, Fernandes FS. Spirituality / Religiosity and Mental Health in Brazil: a review. *Bol.-Acad. Paul. Psicol*. 2020 [cited 2025 Jan 25]; 40(98):129-39. Available from: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2020000100014.
13. Tao W, Wu Y, Li W, Liu F. Influence of classroom colour environment on college students' emotions during campus lockdown in the COVID-19 post-pandemic era—a case study in Harbin, China. *Buildings*. 2022 [cited 2025 Jan 27]; 12(11):1-20. DOI: <https://doi.org/10.3390/buildings12111873>.
14. Goulart FM, Ono R. Aspectos ambientais que influenciam o tratamento da saúde: uma revisão da literatura. *Gestão Tecnologia de Projetos*. 2021 [cited 2025 Jan 27]; 16(4):117–33, 2021. DOI: <https://doi.org/10.11606/gtp.v16i4.176946>.
15. Ladeia GL, Sousa DMM, Silva LHC, Leite TSA. Poluição sonora: uma ameaça à saúde? *Rev. Saúde e Meio Ambiente*. 2019 [cited 2025 Jan 27]; 9(3):34-40. Available from: <https://periodicos.ufms.br/index.php/sameamb/article/view/8387>.
16. Robinson C, Williams J. Ambient vulnerability. *Global Environmental Change*. 2024 [cited 2025 Jan 27]; 84:102801. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gloenvcha.2024.102801>.

17. Santos LCR, Mondo TS. A influência dos fatores estéticos na satisfação de consumidores hoteleiros. *Revista Hospitalidade*. 2022 [cited 2025 Jan 27]; 19:155–84. DOI: <https://doi.org/10.29147/revhosp.v19.998>.
18. Oliveira SM, Costa KNFM, Santos KFO, Oliveira JS, Pereira MA, Fernandes MGM. Comfort needs as perceived by hospitalized elders: an analysis under the light of Kolcaba's theory. *Rev Bras Enferm*. 2020 [cited 2025 Jan 27]; 73(suppl3):1-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0501>.
19. Fonseca APBM, Jastrow JMB, Bezerra IMP. A arquitetura e seu papel à luz da PNH: uma revisão integrativa. *Aracê*. 2024 [cited 2025 Feb 03]; 6(2):3826-44. DOI: <https://doi.org/10.56238/arev6n2-202>.
20. Villela MS, Ely VHMB. Humanization in the Complementary and Integrative Practice ambience: the meaning of well-being from the users' perspective. *Ciênc. Saúde coletiva*. 2022 [cited 2025 Feb 03]; 27(05):2011-2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022275.07702021>.
21. Santos EO, Pinho LB, Silva AB, Eslabão AD. Assessment of stigma and prejudice in the organization of care networks for drug users. *Rev Bras Enferm*. 2022 [cited 2025 Feb 03]; 75(1):e20210135. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0135>.
22. Gama CAP, Lourenço RF, Coelho VAA, Campos CG, Guimarães DA. Os profissionais da Atenção Primária à Saúde diante das demandas de saúde mental: perspectivas e desafios. *Interface (Botucatu)*. 2021 [cited 2025 Feb 03]; 25:1-16. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.200438>.
23. Campos FAAC, Silva JCB, Almeida JM, Feitosa FB. Reabilitação psicossocial: o relato de um caso na amazônia. *Saúde em Redes*. 2021 [cited 2025 Feb 03]; 7(supl.2):133-50. DOI: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2021v7n2p133-150>.
24. Wasum FD, Siqueira DF, Xavier MS, Zubiaurre PM, Oliveira MAF, Sequeira CAC. Avaliação de Quarta Geração: intervenções realizadas na atenção à crise em saúde mental. *Saúde Debate*. 2024 [cited 2025 Feb 03]; 48(142):1-12. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-289820241429252P>.

Contribuciones de los autores

Concepción, L.C.A.S. y D.F.S.; metodología, L.C.A.S., P.M.Z. y C.I.B.; validación, L.C.A.S e P.M.Z., C.I.B. y E.S.S.; análisis formal, L.C.A.S. y P.M.Z., C.I.B. y E.S.S.; investigación, R.P.S. y E.S.S.; curaduría de datos, L.C.A.S. y P.M.Z; redacción, R.P.S., D.R.P.C. y R.M.S.; revisión y edición, R.P.S., D.R.P.C. y R.M.S.; supervisión, D.F.S.; administración del proyecto, D.F.S. Todos los autores leyeron y estuvieron de acuerdo con la versión publicada del manuscrito.

Uso de herramientas de inteligencia artificial

Los autores declaran que no se utilizaron herramientas de inteligencia artificial en la redacción del manuscrito "*Perspectivas de los usuarios sobre el entorno en una unidad de salud mental en el contexto hospitalario*".