

1996

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA NA ÁREA DE
COMPORTAMENTO ORGANIZACIONAL DO
INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

ALMERINDA FRANCO LUÍS

ESPAÇO CLÍNICO : A INFLUÊNCIA DO ESPAÇO DAS UNIDADES
DE CUIDADOS INTENSIVOS NO CLIMA SOCIAL

ORIENTADOR :

Prof. Doutor CARLOS BARRACHO
INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

SEMINÁRIO DE DISSERTAÇÃO DIRIGIDO POR :

Prof. Doutor CARLOS BARRACHO
INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA



AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Carlos Barracho, pela sua orientação, por todo o apoio e por todas as sugestões, fundamentais para a concretização deste estudo.

A todos os profissionais das unidades de cuidados intensivos onde decorreu este estudo, cuja colaboração foi determinante para a consecução do mesmo, e a todos aqueles que de alguma forma permitiram a sua realização.

A todos os amigos, pela confiança e estímulo que sempre me fizeram sentir.

À minha família, por todo o apoio e compreensão, sempre presentes ao longo destes dois anos.

Ao meu irmão Paulo, pela preciosa ajuda.

Ao Carlos, por tudo ...

RESUMO

Pretende-se com a presente Tese de Mestrado, verificar se existe influência do tipo de espaço de trabalho (aberto / fechado) das unidades de cuidados intensivos (UCI), no clima social dos grupos que nelas desenvolvem a sua actividade profissional.

A população é constituída por 96 sujeitos de ambos os sexos e de 5 grupos profissionais, dos quais 36 pertencem à unidade de estrutura aberta e 60 à unidade de estrutura fechada. Participaram no estudo todos os sujeitos que durante o período definido para a recolha dos dados se encontravam a trabalhar e que reuniam os critérios de inclusão no estudo.

Por condicionalismos que se prendem com o reduzido número de sujeitos de alguns grupos profissionais, a análise dos resultados incide apenas sobre três grupos - médicos, enfermeiros e auxiliares de acção médica.

O presente estudo apresenta um design factorial $2 * 3$, sendo consideradas como variáveis independentes, o tipo de espaço (aberto / fechado) e a profissão e como variáveis dependentes, três dimensões do clima social - a coesão do grupo, o controlo e conforto físico.

O instrumento de medida do clima social é a “ Work Environment Scale “ (W.E.S.), a escala desenvolvida por Moos e Insel em 1974, que contempla dez variáveis incluindo o conforto físico.

A partir da análise dos resultados verifica-se que existem diferenças significativas de percepção do ambiente social, consoante o tipo de estrutura física do local de trabalho. Na globalidade, os sujeitos da unidade aberta percebem o clima de uma forma mais positiva. Verifica-se que os profissionais da unidade aberta percebem mais coesão, mais apoio do chefe ou supervisor ($p < .01$), mais autonomia e mais inovação ($p < .05$), do que os profissionais da unidade de espaço fechado.

Relativamente à unidade de espaço fechado, os indivíduos na globalidade, percebem mais controlo por parte dos supervisores ou chefes e mais conforto físico ($p < .05$) do que os indivíduos da unidade de espaço aberto.

Também se verifica que existe diferença de percepção do clima, entre os enfermeiros de ambas as unidades. Os enfermeiros da unidade aberta percebem mais envolvimento, mais coesão, mais apoio do chefe, mais autonomia, mais inovação ($p < .01$) e mais clareza ($p < .05$) do que os enfermeiros da unidade de espaço fechado. Os enfermeiros da unidade fechada percebem mais controlo ($p < .05$) do que os seus pares da unidade aberta.

Também é objectivo deste estudo, verificar se as percepções do clima diferem de acordo com o tipo de profissão. Relativamente aos profissionais da unidade aberta, verifica-se que os enfermeiros percebem a dimensão do relacionamento (o envolvimento, a coesão e o apoio), de forma significativamente mais positiva ($p \leq .05$) do que os médicos. Relativamente à dimensão desenvolvimento pessoal, a orientação para a tarefa é percebida de um modo significativamente mais acentuado ($p < .05$) pelos enfermeiros, relativamente aos médicos. No que se refere à dimensão sistemas de manutenção e mudança, também se verifica que existem diferenças significativas ($p < .05$) de percepção do clima, entre médicos e enfermeiros, com os enfermeiros a apresentarem níveis superiores de controlo, de clareza, de inovação e de conforto físico, do que os médicos.

No que diz respeito às diferenças de percepção entre enfermeiros e auxiliares de acção médica verifica-se que na unidade aberta os enfermeiros percebem de uma forma significativamente mais positiva ($p < .05$) o apoio do chefe, a autonomia e o conforto físico, relativamente aos auxiliares de acção médica.

No que se refere aos médicos e auxiliares de acção médica da unidade aberta, apenas se verifica haver diferença significativa ($p < .05$) na percepção do controlo, com os auxiliares a perceberem mais controlo por parte do chefe.

Na unidade fechada, verifica-se que existe diferença de percepção entre médicos e enfermeiros relativamente à pressão no trabalho ($p < .01$), sendo que esta é percebida de forma mais acentuada pelos enfermeiros. Entre os médicos e auxiliares de acção médica, verifica-se que os médicos percebem a coesão de forma significativamente mais positiva ($p < .05$) e que os auxiliares de acção médica percebem mais pressão no trabalho e mais conforto físico do que os médicos ($p < .05$).

Índice

I . Introdução	7
1 . A Psicologia e o Espaço.....	13
1.1. Contribuições teóricas.....	20
1.2. A percepção e o significado dos lugares.....	23
1.3. Espaço e comportamento no trabalho.....	39
2 . Clima Social: dimensões e modelos.....	52
2.1. Clima e implicações organizacionais.....	63
2.2. “ Work Environment Scale” e suas aplicações.....	74
3 . Espaço Clínico.....	81
3.1. As unidades de cuidados intensivos.....	85
4 . Objectivos do Estudo.....	92
II . Método.....	93
1 . Sujeitos.....	93
2 . “Design”.....	98
3 . Contexto.....	99
4 . Variáveis Independentes.....	106
5 . Medidas.....	108
6 . Procedimentos.....	112
7 . Processo de Tratamento da Informação.....	113

III . Resultados.....	114
1 . Análise dos índices de precisão do instrumento de recolha dados.....	114
2 . Teste da normalidade da amostra.....	116
3 . Análise dos resultados referentes aos objectivos do estudo.....	117
IV . Discussão dos Resultados.....	130
V . Referências Bibliográficas.....	145

Anexos

Anexo 1: Pedido de autorização ao Conselho de Administração.....	155
Anexo 2: Carta dirigida aos profissionais das unidades.....	157
Anexo 3: Questionário “W.E.S.” - versão original.....	159
Anexo 4: Questionário “W.E.S.” - versão portuguesa.....	162
Anexo 5: Matriz dos resultados globais.....	165
Anexo 6: Valores padrão da população portuguesa.....	170
Anexo 7: Índices de consistência interna das subescalas- envolvimento e coesão.....	172
Anexo 8: Índices de consistência interna das subescalas- apoio e autonomia	174
Anexo 9: Índices de consistência interna das subescalas- orientação tarefa e pressão no trabalho.....	176
Anexo 10: Índices de consistência interna das subescalas- clareza e controlo.....	178
Anexo 11: Índices de consistência interna das subescalas- inovação e conforto físico.....	180

Lista de Tabelas

- TABELA 1: Distribuição da população de ambas as unidades, segundo o sexo
- TABELA 2: Distribuição da população segundo as habilitações literárias
- TABELA 3: Distribuição da população segundo a profissão
- TABELA 4: Distribuição da população de acordo com a profissão, em ambos os espaços de trabalho
- TABELA 5: Teste da normalidade da amostra, em todas as subescalas
- TABELA 6: Médias de ambos os grupos, em todas as subescalas
- TABELA 7: Médias e desvios padrão dos dois grupos, relativos à dimensão relacionamento
- TABELA 8: Médias e desvios padrão dos dois grupos, relativos à dimensão desenvolvimento pessoal
- TABELA 9: Médias e desvios padrão dos dois grupos, na dimensão sistemas de manutenção e mudança
- TABELA 10: Médias e valores da estatística F, relativos à percepção dos enfermeiros, de ambas as unidades
- TABELA 11: Médias e valores de U, relativos à percepção dos médicos e enfermeiros da unidade de espaço aberto, na dimensão relacionamento
- TABELA 12: Médias e valores de U, relativos à percepção dos médicos e enfermeiros da unidade aberta, na dimensão desenvolvimento pessoal
- TABELA 13: Médias e valores de U, relativos à percepção dos médicos e enfermeiros da unidade aberta, na dimensão sistemas de manutenção e mudança
- TABELA 14: Médias e valores de U, relativos à percepção dos médicos e enfermeiros da unidade fechada, na dimensão desenvolvimento pessoal

TABELA 15: Médias e valores de U, relativos à percepção dos enfermeiros e auxiliares de acção médica, da unidade aberta

TABELA 16: Médias e valores da estatística F, relativos aos enfermeiros de ambas as unidades

LISTA DE GRÁFICOS

- GRÁFICO 1: Distribuição da população segundo a idade, em ambas as unidades
- GRÁFICO 2: Distribuição da população de ambas as unidades, segundo o sexo
- GRÁFICO 3: Perfil dos níveis de percepção do clima, em ambas as unidades
- GRÁFICO 4: Perfil dos níveis de percepção dos enfermeiros, de ambas as unidades
- GRÁFICO 5: Perfil dos níveis de percepção dos médicos, enfermeiros e auxiliares de acção médica
- GRÁFICO 6: Perfil dos níveis de percepção dos enfermeiros de ambas as unidades

LISTA DE FIGURAS

- FIGURA 1: Relação entre a realidade, o clima e a satisfação no trabalho
- FIGURA 2: Planta da unidade aberta
- FIGURA 3: Planta da unidade fechada

I - INTRODUÇÃO

Uma grande parte da nossa vida desenrola-se nas organizações onde trabalhamos, locais onde durante algum tempo, se encontram reunidos um conjunto de indivíduos e onde se desenvolvem determinadas actividades. Os espaços que constituem estas organizações, fazem parte do quadro das nossas vivências, servem de suporte às nossas sucessivas manifestações de pertença a grupos ou categorias determinadas e induzem-nos a determinadas atitudes.

Com efeito, o local de trabalho é um lugar com características próprias, que do ponto de vista jurídico não nos pertence, lugar imposto no qual somos colocados e inseridos em determinada estrutura hierárquica, onde nos dizem o que temos de fazer, tratando-se sempre de um espaço-tempo bastante programado.

Por outro lado, como nos diz G.-N. Fischer (1994) “ o espaço de trabalho é um território fundamental para o indivíduo, no qual ele vive,..... é progressivamente assumido como uma esfera pessoal,..... como um lugar do qual temos a sensação de sermos de algum modo proprietários,..... espécie de concha, segundo a qual é valorizado ou desvalorizado, ela define o lugar com o qual nos identificamos “.

Nesta perspectiva, ao considerarmos o espaço de trabalho, impõe-se uma primeira constatação: por um lado, parece um espaço instrumental que responde a uma funcionalidade própria, por outro, impõe-se como um espaço simbólico com o qual são conotados certos valores. Assim podemos dizer que o espaço físico é um elemento da organização do trabalho, que é assumido funcional e afectivamente e em que cada um vai desenvolver com o contexto ambiente, formas de interacção variadas e muitas vezes dificilmente reconhecíveis para quem observa de fora.

Esta é uma das razões pela qual a Psicologia Social do Ambiente, preconiza o estudo do ambiente de trabalho, considerando que os lugares onde trabalhamos moldam de algum modo a nossa maneira de ser e os nossos comportamentos, dado que nós próprios fazemos parte das interacções que com ele mantemos, salientando ainda que cada tipo de meio ambiente exerce uma influência particular sobre o comportamento humano.

Assim, sabendo que o comportamento dos empregados é influenciado pela percepção que estes têm do ambiente de trabalho (incluindo o espaço físico), é de particular interesse para as organizações, conhecer e compreender os aspectos organizacionais que têm implicações comportamentais (positivas ou negativas), ou seja, conhecer o clima da organização, uma vez que também este constitui uma variável a controlar no desenvolvimento organizacional.

Para além desta noção generalizada da importância do espaço, segundo Becker e Steele (1995), o espaço é o segundo recurso mais importante de uma organização, ainda que por vezes, pouca importância lhe seja atribuída, como suporte dos novos métodos de trabalho ou como estratégia de gestão para obter níveis de desempenho elevado, uma tendência perante a sociedade actual. Por outro lado as relações vividas no espaço de trabalho, mostram que estas são bastante complexas e não se limitam nunca a uma relação de causalidade puramente linear, logo, o estudo do espaço não pode ser considerado sem contemplar os tipos de relações do indivíduo com o ambiente de trabalho e com quem o partilha, isto é, sem analisar o clima organizacional.

Daqui decorre a importância e o interesse que o estudo do ambiente de trabalho tem adquirido na actualidade, na área do comportamento organizacional.

Mas ao fazermos uma análise retrospectiva de estudos no âmbito do comportamento organizacional, verificamos que tradicionalmente, a ideia de espaço de trabalho, evoca quase

exclusivamente os locais de produção, símbolos do trabalho Tayloriano, contudo os espaços de trabalho não se resumem aos "locais de fabrico" (Fisher, G.-N.,1989).

Na realidade, nos últimos 20 a 30 anos este interesse tem-se propagado a outros sectores inclusivamente ao espaço clínico, ainda que o estudo do clima social no meio hospitalar aconteça com pouca frequência, apesar de ser tão rico e quase único na diversidade das relações e processos sociais, subjacentes ao acto de cuidar e tratar. Este sentimento é manifestado entre nós por Carapinheiro (1993), quando diz " num domínio da sociedade portuguesa com tão pouca produção de conhecimento sociológico como é o caso da saúde, da doença e da medicina ". Mas não é um sentimento só nosso. Também Flarey (1993), referiu que o clima social do ambiente de trabalho, é um conceito relativamente recente na ciência da administração e gestão em enfermagem, e que historicamente, as avaliações do ambiente no espaço clínico são na maior parte das vezes difíceis.

De facto poucos estudos têm sido dedicados ao clima do ambiente de trabalho dos prestadores de cuidados de saúde. Contudo, para uma análise e compreensão mais fundamentada das organizações é necessário compreender o seu clima social.

Para contextualizar o que determinou a abordagem desta problemática, interessa salientar dois aspectos. Por um lado, o facto de vivenciarmos há alguns anos o espaço clínico enquanto local de trabalho, mais concretamente, tendo experiência de trabalho em diferentes tipos de espaço, incluindo em unidades de cuidados intensivos (UCI), por outro lado, o facto de estarmos actualmente a desempenhar funções de gestão também numa UCI. Ao longo do nosso percurso profissional, estas circunstâncias têm-nos ditado que o ambiente de trabalho nas UCI, é muito específico e as relações de trabalho que nelas se estabelecem, são também muito próprias e diferentes das que se vivem noutros serviços, ainda que da mesma organização hospitalar. Assim, temos transportado no tempo,

algumas questões, para as quais, até então, apenas encontramos algumas respostas ao nível do senso comum.

A escolha do tema “ Espaço Clínico: A influência do espaço das unidades de cuidados intensivos (UCI) no clima social ”, foi indiscutivelmente influenciado pela nossa experiência profissional. Por outro lado, a integração de novos conhecimentos no âmbito da Psicologia, ao longo do curso de mestrado em Comportamento Organizacional, sensibilizou-nos e fez despertar em nós, a vontade de enveredar por esta área, na esperança de que futuramente, em termos profissionais, se obtenha alguns contributos que nos ajudem a melhor compreender o comportamento e atitudes daqueles que nelas interagem, enquanto prestadores de cuidados de saúde, e a tomar decisões na gestão da unidade de cuidados intensivos, não tendo por base apenas a experiência, mas também um conhecimento mais científico.

Interessa desde já definir o que se entende por UCI. Segundo a “Intensive Care Society” (1996), unidades de cuidados intensivos são serviços reservados ao tratamento de doentes considerados de alto risco, com potencial risco ou falência de órgãos, e que permite o diagnóstico, a prevenção e o tratamento da falência de múltiplos órgãos.

Reflectindo sobre os estudos de alguns autores que se têm interessado e destacado no âmbito do espaço de trabalho, como Fischer (1992), Davis (1984), Cangelosi e Lemoine (1988), entre outros, referenciados ao longo desta tese, inferimos que o espaço físico assume um papel importante na formação, no modo de interacção e comunicação do grupo, e poderá constituir um factor de eficácia e de coesão social.

Neste contexto, pretende-se com este estudo, analisar o espaço das unidades de cuidados intensivos enquanto variável preditiva do clima social, o que implica o recurso a um instrumento de

avaliação do clima que contemple nas suas dimensões, variáveis que se prendam com o espaço físico e que à partida traduzam a influência do mesmo no comportamento dos grupos.

Esta tese de dissertação desenvolve-se ao longo de quatro partes principais. A primeira parte constitui-se por três capítulos nos quais o objecto da pesquisa se delimita pela sua progressiva construção teórica. Assim, no primeiro capítulo da parte I, começa-se por fazer o enquadramento do espaço no domínio da psicologia, apresentando de forma sucinta as principais contribuições de algumas correntes teóricas, por forma a facilitar a compreensão da evolução dos conceitos e modelos existentes neste âmbito. Fazemos também uma abordagem sumária da percepção e do significado dos lugares. Ainda neste capítulo apresentamos alguns aspectos da relação existente entre o espaço e os comportamentos no trabalho.

O segundo capítulo é dedicado ao clima organizacional, onde apresentamos alguns conceitos, dimensões e modelos e abordamos as principais implicações do clima nas organizações. Por último, enunciamos as razões que presidiram à selecção do instrumento de pesquisa - Work Environment Scale (WES), procedemos à sua descrição e apresentamos alguns estudos realizados com base nesta escala.

No terceiro e último capítulo da primeira parte, tentamos apresentar o “cenário” onde se desenrola este estudo - o espaço clínico -, tecemos algumas considerações gerais sobre as principais características deste espaço de trabalho e em particular das unidades de cuidados intensivos.

A segunda parte deste trabalho, refere-se à descrição dos procedimentos e técnicas metodológicas utilizadas, onde tem lugar a caracterização dos sujeitos que constituem a população, a apresentação do design incluindo as variáveis independentes e dependentes, a descrição do contexto onde decorreu o estudo e a operacionalização das variáveis independentes. É ainda apresentado o

instrumento de medida para as variáveis dependentes e feita a explicitação dos procedimentos efectuados para a sua aplicação.

Na terceira parte, apresentamos os resultados, começando por fazer uma análise descritiva dos mesmos, em seguida, apresentamos os resultados do teste T e da análise de variância e, por último, é feita a análise comparativa dos resultados de ambos os grupos em estudo.

A discussão e principais conclusões, constituem o objectivo da quarta e última parte, onde os resultados obtidos são confrontados com os dados da revisão teórica efectuada. São ainda apresentadas algumas explicações ou justificações para os resultados e sugestões quanto à utilidade futura desta investigação. Finalmente são apresentadas as referências bibliográficas e incluídos em anexo todos os documentos que viabilizaram a realização desta tese de dissertação.

1 . A Psicologia e o Espaço

Os trabalhos de Watson (1913), Kohler (1929), Koffka (1935) e Skinner (1945), dedicados ao estudo da relação homem-meio ambiente, levaram a Psicologia a enveredar gradualmente pelo campo da problemática ambiental (Burillo, 1986).

Um dos maiores contributos para o estudo dos fenómenos psicossociais foi a Teoria de Campo de Kurt Lewin. A partir desta teoria, Kurt Lewin (1943) dedicou-se ao estudo do processo de influência do meio ambiente no comportamento dos grupos, passando assim, de um campo de análise psicológica para o campo do ambiente físico e social do espaço de vida.

A partir da década de 60, surgem alguns estudos, que reflectem o interesse e a importância que se começava a atribuir ao ambiente, “como um dos factores fundamentais para o bem-estar do homem” (Burillo,1986), e pela “tomada em conta das relações que existem entre os indivíduos e o meio-ambiente”(Fischer, G.-N.,1994), passando a ser contemplada na Psicologia, uma nova área de estudo, já com um perfil próprio, designada por Psicologia Ambiental.

Em 1961, realiza-se a 1ª conferência de “ Psicologia Arquitectónica e Psiquiátrica”, e um ano mais tarde são apresentados os primeiros trabalhos sobre Psicologia do Ambiente. Moles (1966), introduz na Psicologia Ambiental o termo “ Psicologia do Espaço”.

Este desenvolvimento da Psicologia Ambiental, denota o desenvolvimento cultural característico dessa época. O aparecimento de movimentos ecologistas, o crescente reconhecimento de que o meio-ambiente é um factor determinante no equilíbrio do indivíduo (Barracho, 1990), assim como o aumento da investigação fora do contexto laboratorial, vieram contribuir para uma aproximação da relação entre a Psicologia Ambiental e a Psicologia Social.

Assim, o estudo do espaço, durante muito tempo ignorado pelas ciências sociais, passou a ser valorizado pela Psicologia Ambiental, que começou a atribuir importância aos factores espaciais da realidade social.

Esta vertente da Psicologia assume um papel primordial, ao ser definida como “o estudo do comportamento humano em relação com o ambiente ordenado e definido pelo homem”(Proshansky et al., 1970), e porque “visualiza o indivíduo através da sua inserção nos lugares, considerando que não pode ser isolado do seu meio” (Fischer,G.-N.,1994). Segundo Burillo (1986), a Psicologia Ambiental define-se como a disciplina que se ocupa das relações entre o comportamento humano e o meio-ambiente físico.

Neste sentido, o espaço é objecto de uma nova interpretação: a realidade dos nossos comportamentos, e também a vida social, produzem-se e desenvolvem-se em lugares diversos que são mais que puros contextos exteriores. Assim, o estudo do espaço não pode ser abordado apenas como um quadro puramente exterior, mas sim como um conjunto de matrizes no seio das quais se desenrola a existência concreta dos indivíduos. O homem passa a ser considerado como um elemento activo, em permanente interacção com o meio-ambiente, numa perspectiva de que o ambiente actua sobre o ser humano que, por sua vez, age sobre os factores espaciais que o determinam.

Históricamente, a importância do ambiente de trabalho impôs-se a partir de uma tomada de consciência dos efeitos nefastos do “Taylorismo”. De acordo com G.-N.Fischer (1989), os primeiros trabalhos realizados neste âmbito, tiveram um duplo objectivo: determinar quais as condições físicas do ambiente, responsáveis pela fadiga, absentismo e acidentes de trabalho e posteriormente melhorar a produtividade dos trabalhadores, diminuindo o impacto destes factores.

A Psicologia ambiental tem dedicado muito do seu interesse ao espaço físico dos escritórios enquanto espaço de trabalho. Segundo Tim Davis (1984), estes espaços têm sido estudados, sobretudo em termos da sua estrutura física, estimulação física e artefactos simbólicos. Este autor, defende estes aspectos enquanto objectos de estudo, argumentando como uma das maiores vantagens das variáveis físicas em relação às variáveis psicológicas, o facto das primeiras serem

observáveis e por isso poderem ser descritas com considerável precisão. De facto, muitas destas variáveis podem ser manipuladas de forma precisa, quer alterando o tipo de construção, a disposição do espaço, os estímulos próximos ou aspectos simbólicos do ambiente. Estas variáveis diferem das variáveis psicológicas, como as expectativas, atitudes, valores, necessidades e objectivos, as quais não podem ser observadas ou medidas directamente.

Relativamente ao espaço de trabalho, existem duas abordagens básicas para compreender como este influencia as reacções dos empregados para com o trabalho: a abordagem das relações sociais e a abordagem sociotécnica.

A abordagem das relações sociais, baseia-se na Psicologia Social, e tem demonstrado que o design arquitectural, afecta a forma como as pessoas interagem umas com as outras (Oldham e Brass, 1979). Esta perspectiva argumenta que a inexistência de paredes ou barreiras no espaço aberto, promove o desenvolvimento do relacionamento social entre os empregados, o qual por sua vez, influencia positivamente a motivação e satisfação dos empregados (Bach, 1965 e G.-N. Fischer, 1989).

Em particular, duas correntes de investigação são frequentemente citadas como suporte da posição das relações sociais:

A primeira, defende que os indivíduos provavelmente interagem e comunicam mais com os outros, quando as características físicas dos edifícios ou dos lugares encorajam -nos a fazê-lo (Festinger, Schacter e Back, 1950).

A segunda corrente de investigação, chama à atenção para as prováveis consequências da interacção que têm sido apresentadas. Estes investigadores sugerem essencialmente que a elevada interacção entre as pessoas, produz

atração interpessoal, e simultaneamente gera condições para um elevado desempenho da tarefa (Oldham e Brass, 1979).

Numerosos estudos na Psicologia Ambiental, têm demonstrado que a arquitetura e o design podem influenciar substancialmente, variáveis como o padrão da comunicação e da interação social (Proshansky, Ittelson e Rivlin, 1970); as características físicas dos lugares, podem influenciar a interação, a qual por sua vez, contribui para a atração individual e desempenho da tarefa (Oldham e Brass, 1979). Estes teóricos argumentam que a inexistência de barreiras físicas nos espaços abertos, encorajam os indivíduos a comunicar e a interagir uns com os outros, isto é, que o contacto visual e verbal é facilitado pela ausência de barreiras ou de paredes. Por exemplo, é frequentemente sugerido que o aumento de possibilidades de visibilidade e de movimento nos espaços abertos permite ao indivíduo a partilha de tarefas, de informação e de relações de amizade relevantes, com os que o rodeiam. Desta forma, a ausência de obstáculos nos espaços abertos, é suposto aumentar o feedback sobre o desempenho, que os empregados recebem dos seus colegas e proporciona inúmeras oportunidades para os indivíduos desenvolverem relações de amizade, no trabalho. Além disso, o espaço aberto predispõe as pessoas a comunicar e a resolver alguns conflitos interpessoais que surgem nas organizações.

O melhoramento das relações sociais que os espaços abertos promovem, é também suposto aumentar a satisfação interpessoal, bem como resultados relevantes ao nível da motivação e do desempenho (Oldham e Brass, 1979).

Ives e Ferdinands (1974), concluíram que a maioria dos empregados que mudaram de um espaço de trabalho (escritório) convencional para um espaço aberto, acreditavam que a comunicação e a socialização aumentaram após a mudança.

Os resultados destes investigadores suportam a posição geral das relações sociais, de que a comunicação e interacção aumentam nos espaços abertos relativamente aos espaços de escritório convencionais, contudo não demonstraram que o melhoramento das variáveis chave da interacção social, seria também responsável pela melhoria dos resultados do trabalho dos empregados (Oldham e Brass, 1979).

Em síntese, a abordagem das relações sociais tem suporte reconhecido, relativamente à diminuição dos conflitos interdepartamentais e aumento do feedback dos colegas e dos superiores, das oportunidades de relações de amizade, da interacção intradepartamentos e interdepartamentos, aquando da mudança de um espaço de trabalho convencional para um espaço aberto de escritório.

A segunda abordagem, que pode ser usada para compreender como o contexto físico de uma organização influencia os resultados do trabalho dos empregados, é a abordagem sociotécnica (Cummings, 1978).

As teorias sociotécnicas sugerem que a ausência de barreiras físicas no espaço de trabalho, cria oportunidades e experiências que diferem substancialmente, daquelas que podem ser encontradas trabalhando numa área dividida por paredes ou barreiras.

Cummings (1978) defensor desta abordagem, sugere que a presença de barreiras físicas pode influenciar as experiências dos trabalhadores de duas formas: 1º- podem transformar a área de trabalho numa área privada, num espaço defensível. Quando uma área é dividida por divisórias, é suposto que os indivíduos experienciem um maior sentimento de privacidade do que quando não existem divisórias. Desta forma a área privada proporciona oportunidades para conversas pessoais e para partilhar a informação; 2º- uma área de trabalho dividida, clarifica os empregados, sobre a natureza do processo de trabalho. Quando a área é fechada ou separada por barreiras, os empregados podem facilmente identificar as suas tarefas, o equipamento e tecnologia necessárias para realizar a tarefa. Contudo, também é suposto os espaços abertos de escritório, afectarem

adversamente a identificação com a tarefa. Nos espaços convencionais, é suposto as barreiras físicas clarifiquem o início e o fim do processo de trabalho, no entanto, quando os empregados mudam para um espaço de trabalho aberto, sem barreiras, eles sentem uma maior consciência da continuidade do processo de trabalho (Oldham e Brass, 1979).

Segundo a perspectiva sociotécnica, a passagem de um escritório convencional para um de espaço aberto, resultará num substancial declínio da autonomia. As razões para tal, é que a ausência de espaços privados e de paredes interiores nos espaços abertos, aumenta a probabilidade dos supervisores e colegas de trabalho interferirem com, ou prejudicarem a discrição ou liberdade dos trabalhadores para trabalhar (Oldham e Brass, 1979). Esta perspectiva teórica defende também, que é suposto diminuir o feedback do supervisor e dos colegas, aquando da mudança de um espaço de escritório convencional para um aberto, argumentando que as barreiras físicas existentes nos escritórios convencionais, proporcionam a privacidade desejada para que ocorra o feedback avaliativo. Segundo esta perspectiva, o espaço aberto não proporciona qualquer tipo de privacidade. Esta teoria assume ainda que é esperado haver menos oportunidade de estabelecer relações de amizade num espaço aberto do que num espaço convencional. O raciocínio desta orientação é de que o desenvolvimento de relações de amizade no âmbito do trabalho, é em certa medida dependente da partilha de sentimentos, ideias e valores, com os colegas, e que o espaço privado que pode facilitar estas interações, está menos disponível nos espaços abertos do que nos convencionais (Cummings, 1978). Assim, nesta perspectiva, é esperada uma diminuição das oportunidades de amizade à medida que nos deslocamos dos espaços convencionais para os abertos.

No global, os defensores da abordagem sociotécnica, propõem que a mudança de um ambiente de trabalho convencional para um aberto, resulta na diminuição das seguintes características da função: autonomia; identificação com a tarefa; oportunidade de relacionamento/amizade e feedback do supervisor e dos colegas.

Considerando que estas variáveis têm evidenciado uma maior relação com a satisfação, motivação e produtividade, é suposto que a diminuição destas características, possa contribuir para uma diminuição do nível de desempenho no trabalho dos empregados. Na realidade, os teóricos sociotécnicos prevêm que o design do espaço aberto, provoque uma redução nos resultados dos empregados, através do seu impacto nas características do trabalho.

Em síntese, muitas das previsões criadas apartir de uma perspectiva sociotécnica, são consideravelmente diferentes das propostas numa abordagem das relações sociais. Enquanto esta última abordagem, leva a prever um aumento da interacção social aquando da mudança do espaço convencional para o aberto, a perspectiva sociotécnica, sugere que o design de espaço aberto, pode limitar as possibilidades de interacções significativas.

1.1- Contribuições Teóricas

A noção de espaço tem sido utilizada, por vários investigadores e por várias disciplinas, sendo perspectivado sob ângulos diferentes, consoante as diversas teorias que o abordam.

Assim, biólogos e etologistas, definem o espaço pela sua materialidade física e biológica, como uma entidade exterior ao indivíduo (Fischer, G.-N., 1994), propõem uma compreensão do espaço como “mundo à nossa volta” e “ambiente” das nossas condutas. Esta concepção de espaço, fundamenta-se numa visão determinista do meio e do comportamento, numa perspectiva behaviorista, partindo do pressuposto de que o homem é condicionado pelo ambiente que o rodeia, e que o comportamento humano é, por um lado, um mecanismo de adaptação ao ambiente, por outro, é condicionado por ele.

Uma outra perspectiva - a fenomenológica, define a Psicologia como o “estudo científico do homem em situação, ou seja, a análise psicológica da experiência ou do comportamento do homem” (Barracho, 1989).

De acordo com este modelo, a experiência ou o comportamento são orientados para um determinado objectivo e a relação entre o indivíduo e o seu meio ambiente só pode ser analisada através da observação do fenómeno em si mesmo.

A Fenomenologia é descritiva, crítica e objectiva (observa o fenómeno em si mesmo), libertando-se de preconceitos ou teorias prévias. O seu objectivo é procurar o concreto, o essencial dos fenómenos, não tendo a preocupação de explicar as relações causa-efeito, mas, pelo contrário, tendo o intuito de as compreender.

Esta perspectiva teórica, apresenta as seguintes áreas de investigação:

- natureza da experiência humana na sua relação com o ambiente físico
- natureza do mundo geográfico
- natureza da relação indivíduo/ambiente como um ser-no-mundo

A Gestalt (Psicologia da configuração), também contribuiu para a noção de espaço. Esta corrente fundamenta-se no princípio de que todo o conhecimento, opinião ou crença do indivíduo, tem por base a sua percepção do mundo, determinada quer pela configuração do estímulo, quer pela capacidade mental de proceder à memorização.

Assim, a interpretação que cada um faz do mundo é única, ou seja, cada indivíduo possui o seu próprio modelo, sendo que a realidade representa a noção que o indivíduo tem de si próprio no mundo (Barracho, 1990).

Nesta perspectiva a percepção funciona como um “filtro”, que selecciona os estímulos mais importantes para cada sujeito.

“Podemos afirmar que a fenomenologia da percepção nos traz, através das suas descrições e análises, a dupla polaridade espacial da experiência perceptiva. Espacialidade do lado do “percebido”, que não se realiza senão dentro de uma certa orientação sobre o fundo da sua coexistência com outras coisas num campo ou espaço perceptivo, antecipando-se ao horizonte aberto de um mundo (Barracho, 1989).

A Perspectiva Ecológica, também contribuiu como orientação para a evolução da noção de espaço. McAndrew (1993) afirma que a Psicologia Ecológica foi a precursora da Psicologia Ambiental. A Psicologia Ecológica visa o estudo das “relações interdependentes entre as acções da pessoa dirigidas a um objectivo e os cenários de comportamento em que tais acções acontecem” (Wicker, 1979; ref. Burillo, 1986); ela enfatizou o papel do ambiente físico na generalidade do comportamento humano, e despertou um grande interesse no impacto do espaço físico nas pessoas que o ocupam, McAndrew (1993).

A partir de um ambiente estável e estruturado, a Psicologia Ecológica admite ser possível a previsão do comportamento. Nesta perspectiva, o comportamento tem de ser definido no seu contexto, ou seja, não pode ser analisado isoladamente. Deverá ter como referência pessoas,

lugares, acontecimentos e objectivos. O contexto do comportamento é o conceito fundamental desta orientação, considerando que o ambiente e o comportamento são interdependentes e indissociáveis.

Uma outra orientação que também deu o seu contributo para este campo de estudo foi a abordagem cognitiva.

Em termos gerais, podemos dizer que a cognição é o conhecimento do processamento dos estímulos pela mente humana, desde a sua entrada através dos sentidos, até à sua utilização na concretização de um determinado comportamento. Quando se trata de um estímulo ambiental, estamos-nos a referir à cognição ambiental.

Segundo Moore e Golledge (1976), cognição ambiental é “o conhecimento, imagens, informações, impressões e crenças que os indivíduos e grupos têm acerca dos aspectos elementares, estruturais, funcionais e simbólicos dos ambientes físicos, reais ou imaginários, sociais, culturais, económicos e políticos”.

Nesta perspectiva, o ambiente é aquele que é percebido pelo sujeito. O ambiente é algo que determina o comportamento do indivíduo, e é parte integrante desse comportamento, considerando que só pode ser analisado tendo como referência o contexto ambiental em que este ocorre.

1.2 - A Percepção e o Significado dos Lugares

Há mais de um século que a percepção é objecto de estudo da ciência, nomeadamente da Psicologia, e por isso o seu estudo tem acompanhado os diferentes modelos psicológicos tradicionais, hoje considerados de fraco valor heurístico.

A perspectiva tradicional destes estudos coloca a ênfase na análise dos atributos dos estímulos simples, em que o processo perceptivo era estudado fora da realidade, em laboratório, exercendo um controlo máximo sobre todas as influências externas :

Assim, fazendo uma análise retrospectiva, referimos a perspectiva dos traços, cujo interesse se centra no estudo do indivíduo e dos seus processos intrapsíquicos, isolados dos seus contextos externos e da sua temporalidade, sendo estes ignorados ou secundarizados. Esta perspectiva é típica de teorias da personalidade, que procuram a realidade objectiva e leis psicológicas universais capazes de prever cientificamente os comportamentos (Soczka, 1993).

Uma outra perspectiva, a interaccionista, procura essencialmente leis que prevejam e controlem os comportamentos e os processos psicológicos. Segundo Soczka (1993), a grande diferença relativamente à perspectiva anterior é que nesta os comportamentos e processos psicológicos são vistos como respostas a estímulos externos e não como intrapsíquicos e autogerados. Este modelo, ainda tem como objectivo a procura das causas das coisas, numa visão de causalidade linear, desde o modelo simplista estímulo-resposta do behaviorismo clássico até ao modelo estímulo-(sujeito)-resposta dos modelos comportamentalistas. Este modelo decorrente do positivismo, é o de maior sucesso e mais dominante na Psicologia do século XX, mas também alvo das maiores críticas, sobretudo pela falta de contextualização na investigação psicológica.

Contudo, com o aparecimento de uma nova visão - a perspectiva organísmico-sistémica (também designada por estudo dos sistemas dinâmicos e holísticos), em que o modelo causal deixa

de ser linear e passa a haver reciprocidade entre causa e efeito, ou seja, há uma relação recíproca entre a pessoa e o meio, a Psicologia assume uma nova postura, face ao positivismo e às perspectivas anteriores.

Mas ainda viria a acontecer uma outra visão do mundo, que se oporia à perspectiva sistémica (centrada na interacção entre elementos independentes), a perspectiva transaccional, em que, contrariamente à anterior, as pessoas, os processos e os contextos são considerados totalidades indecomponíveis (Soczka, 1993).

Esta nova perspectiva, assim como o aparecimento da teoria da gestalt e da derivada teoria de campo de Lewin, representam um corte epistemológico face às perspectivas apresentadas anteriormente.

A Psicologia Ambiental, interessada na compreensão de como as pessoas percebem o ambiente físico, procurou contributos em algumas teorias da percepção, definidas anteriormente, como por exemplo a Gestalt, que tem exercido uma importante influência nos estudos posteriores de percepção ambiental.

A partir da Gestalt, teoria desenvolvida por Kohler (1929) e Koffka (1935), cujo princípio é a percepção das coisas como um todo e não como uma soma de partes, surge uma nova interpretação do mundo. Segundo esta teoria, qualquer conhecimento começa sempre pela percepção, e esta decorre, por um lado da configuração do estímulo, por outro, da capacidade mental do indivíduo para memorizar, o que faz com que a interpretação da realidade seja única, e representativa da noção que cada sujeito tem acerca de si próprio no mundo, e do seu condicionamento. A partir desta teoria, é valorizado o conhecimento subjectivo (Deutsch e Krauss, 1972).

Também as contribuições da teoria de campo de Lewin (1935), de inspiração gestaltista, são de excepcional relevância para o estudo dos fenómenos psicossociais. Este investigador transpôs os princípios da Psicologia da Gestalt para o domínio da personalidade, dos comportamentos sociais, e

sobretudo para a área da investigação científica enquanto método de intervenção social. De facto Lewin defendeu o carácter dinâmico da acção humana e a reciprocidade entre a pessoa e o meio como um todo, quando apresentou a equação $B = (P, E)$. Também Lewin (1943), transpôs o quadro de uma análise puramente psicológica e estendeu a teoria de campo ao âmbito dos contextos físicos e sociais do espaço de vida. Desta forma, Lewin ultrapassou o âmbito de análise puramente psicológica passando a confrontar-se com variáveis sociológicas, económicas, políticas e ambientais.

Ittelson, pioneiro da Psicologia Ambiental, fez a distinção entre a concepção da percepção numa abordagem tradicional, a qual designa de "percepção objecto", e a recente perspectiva da percepção ambiental que enfatiza as situações de grande dimensão, consideradas como existências totais.

A diferença entre estas duas perspectivas não reside apenas na dimensão e complexidade dos estímulos apresentados. Gifford (1987) apresenta outras duas diferenças importantes, relativas ao papel daquele que percebe. Nos estudos da percepção ambiental, os participantes estão incluídos na situação, eles são parte da situação, ou seja, quem percebe as situações, vivencia-as em múltiplas perspectivas. Mais ainda, o que percebe está frequentemente ligado às situações ambientais por um objectivo claro. Também Ittelson (1978) argumenta que tradicionalmente, os psicólogos que se dedicaram ao estudo da percepção, preocuparam-se com a maneira de perceber os objectos, o que implica uma clara distinção entre o ser e o não ser. Diz-nos ainda que, no caso da percepção ambiental, o sujeito está no centro da relação em causa, e que, a sua experiência, as suas motivações, e os papéis que desempenha, fazem com que este se preocupe mais com um lugar que possa explorar, ocupar e apropriar-se.

Na realidade, para a Psicologia, um espaço só existe enquanto realidade apreendida e reconstruída mentalmente, pelo que as investigações sobre a percepção e o conhecimento do

ambiente insistiram no facto de que o sujeito está no centro da sua relação com um dado ambiente (Proshansky, Ittelson e Rivlin, 1976). Contudo, esta recente abordagem também se confronta com uma importante dificuldade nas investigações da percepção ambiental, isto é, a responsabilidade pela grande quantidade de influências pessoais e físicas no processo perceptivo. Por outro lado, surge a necessidade de estudar as relações interdependentes entre as acções das pessoas dirigidas a um objectivo e os cenários do comportamento em que tais acções acontecem, ou seja, precisa-se de uma Psicologia diferente, a que Soczka (1989) interpretou como “uma Psicologia dotada de validade ecológica, em que as pessoas se encontram nos seus cenários de vida real e que é capaz de responder às interrogações acerca das transacções entre os processos psicológicos e as acções humanas, e os contextos e cenários quotidianos em que elas se desenrolam”. Só assim, é possível fazer uma abordagem psicossocial do espaço, considerando a relação com o espaço como um sistema de interdependências complexas, em que o seu valor é determinado pela percepção e avaliação subjectiva de um local como objecto.

E assim surgiu a Psicologia Ecológica, também esta com o precioso contributo de Lewin. O seu dedicado interesse teórico pelo domínio da compreensão do processo de influência do meio (social e não social) nos comportamentos colectivos, veio permitir que a partir da sua teoria, os seus discípulos, sobretudo Barker (1968), desenvolvessem uma Psicologia Ecológica, considerando que a ecologia do comportamento tem como objectivo a descrição de unidades e episódios comportamentais relacionados com os seus contextos ambientais (Barracho, 1995).

Esta perspectiva ecológica que se processa nos contextos quotidianos das pessoas, foi continuada por Moles (1974), nos seus estudos sobre Micropsicologia do quotidiano, o que constituiu um importante contributo para a Psicologia Ambiental.

Segundo Holahan (1982), as duas teorias da percepção que pervalecem até hoje, representam duas escolas, uma é a teoria ecológica, que explica o processo da percepção ambiental, em termos da natureza das propriedades da estimulação ambiental, a outra é a chamada teoria probabilística, que

ênfatiza o papel activo que a pessoa assume no processo perceptual. Ambas as teorias têm sido uma importante ajuda na avaliação dos processos de percepção ambiental.

De acordo com G.-N. Fischer (1990), a noção de Psicologia do quotidiano designa uma explicação das condutas (de si e dos outros), baseada numa Psicologia ingênua exercida pelo homem na sua existência social. Para este autor esta funciona com base em dois factores: o primeiro refere-se à mobilização de um corpo de conhecimentos formados tanto de saberes como de representações; o segundo diz respeito aos mecanismos de tratamento da informação, de que o indivíduo dispõe ou que se vai dedicando a receber. Estas actividades contribuem para estabilizar cognitivamente a existência social, conferindo a este conceito uma importante função social. Assim, a Psicologia do quotidiano preocupa-se com o modo de pensar, indissociável das condutas sociais essenciais para o bom funcionamento das sociedades ou instituições.

A partir de então, não se pode considerar o ambiente como um simples dado exterior e objectivo, com impactos diversos sobre o comportamento. De facto, um dos aspectos complexos da nossa existência é a relação dinâmica que mantemos com os lugares. A forma como descobrimos os ambientes é exemplo disso. Segundo G.-N. Fischer (1994), conhecemos os nossos ambientes através das imagens que deles fazemos. O espaço constitui assim uma dimensão da nossa interacção com ele. A descoberta do ambiente é feita através da organização dos seus diversos componentes, numa estrutura de conjunto que nos permite apreendê-lo em termos de avaliações, impressões e significados que lhe atribuímos.

Mc Andrew (1993) refere que os ambientes estimulam todos os sentidos, fornecendo ao indivíduo mais informação do que ele é capaz de processar eficientemente. Deste modo a percepção não é a mesma coisa que sensação, mas sim o resultado de um processo de filtragem, desenvolvido pelo indivíduo.

A este respeito Taylor et al (1994), dizem-nos que três dimensões subjacentes são responsáveis pela maioria das classificações: avaliação (bom - mau), potencial (forte - fraco), e actividade (activo - passivo). Referem ainda que a dimensão avaliativa é a mais importante do pequeno número de dimensões básicas que organizam estas impressões uniformizadas nas pessoas.

É usual afirmar-se que os indivíduos respondem às situações em função do significado que estas têm para eles. Para a compreensão do “significado”, há que obter conhecimentos sobre o conteúdo e respectiva organização, das representações mentais armazenadas que são usadas para dar significado a novas informações. Assim a atribuição de “significado” a estímulos externos, refere-se ao processo de usar representações mentais possuídas pelo sujeito, para interpretar, ou seja, para dar sentido a informações sensoriais.

Em síntese, o significado é a dimensão interpretativa da percepção e da cognição e refere-se à tentativa de dar sentido ao que se passa no ambiente.

Para Mc Andrew (1993), a percepção é o processo que está no centro de qualquer comportamento ambiental, uma vez que é a fonte de todas as informações sobre o ambiente. Diz ainda que a percepção é também uma transação entre velocidade e precisão, contudo tanto a rapidez como a precisão são objectivos desejados no processo perceptivo. O nosso sistema de representação mental ajuda a minimizar a necessidade desta transação através do reconhecimento rápido de coisas ou situações prováveis, em função das alterações perspectivadas.

Segundo Gifford (1987), a percepção é a primeira fase da recolha de informação e a cognição espacial diz respeito à forma como obtemos, processamos ou organizamos, armazenamos e relembramos informações sobre locais, distâncias e disposições no ambiente físico (ambientes do quotidiano). Esta é influenciada pelo estadio de vida em que nos encontramos, ou seja, a cognição do adulto ou do idoso é diferente da dos jovens ou das crianças (por ex. a cognição espacial da

crianças geralmente segue uma sequência de movimento, do egocêntrico para o projectivo e deste para o abstracto).

Codol (1989), citado por G.-N. Fischer (1990), define cognição como o conjunto de actividades através das quais as informações são tratadas por um aparelho psíquico: como ele obtem, selecciona, transforma e as organiza, como ele constrói as representações da realidade e elabora os conhecimentos. Ainda este autor sugere que o conhecimento social surge como o tratamento psíquico de um determinado número de informações ou de estímulos materiais, que vão ser triados, tratados e integrados pelo indivíduo na sua maneira de pensar.

Neste sentido o conhecimento social equivale a uma construção de ordem mental, que visa obter uma percepção estável das coisas fazendo inferências sucessivas e canalizando as informações a tratar, de forma a terminar num “conhecimento” da realidade.

De acordo com G.-N. Fischer (1990), os diferentes elementos conceptuais permitem desempenhar duas modalidades essenciais de produção em todo o conhecimento do social: a procura de coerência e a produção de sentido.

Assim, podemos dizer que a noção de cognição, e mais particularmente a de cognição social tem sido utilizada para explicar os mecanismos de produção do conhecimento social. Fazendo a distinção entre ambos os conceitos, a cognição refere-se ao dar-se conta de uma informação disponível ou recebida, ou seja, dos elementos materiais que vão ser utilizados e tratados. A cognição supõe assim que o conhecimento social se constitui com base nestes conjuntos de informações de que dispomos e que vamos trabalhar, para chegar a uma apreensão da realidade.

Apresentados os principais elementos conceptuais, é importante descrever alguns processos implicados na organização das relações entre o indivíduo e o espaço, como a percepção e a apropriação do espaço.

A percepção ambiental é um processo específico pelo qual o espaço é percebido e reconstruído mentalmente. Ittelson (1978) refere que na percepção ambiental, o sujeito está no centro dessa relação e que a sua experiência como habitante, as suas motivações e os papéis que desempenha, fazem com que se preocupe com um lugar que possa explorar, ocupar e se apropriar.

De acordo com Barracho (1990), a interrelação e a apropriação que o sujeito exerce relativamente ao seu meio ambiente, são definidas pela distância física ou psicológica, que ele próprio determina, e esta influenciará a comunicação que ele estabelece com esse meio e com os que o rodeiam. Este autor acrescenta ainda que desta interacção homem - meio, decorrem dois conceitos: espaço pessoal, que consiste numa espécie de "fronteira invisível" de comportamentos que representam uma zona péri-corporal; e o conceito de "apropriação" que integra duas ideias base: 1) transformar um lugar num ponto de referência - identidade - e 2) assinalar um lugar de acordo com a percepção do uso e cultura inerente a cada sujeito.

A apropriação constitui assim um dos fenómenos complexos da relação com o espaço. Fischer (1994) define apropriação, de um modo lato, como o acto de atribuir a si a propriedade de qualquer coisa, mesmo que esta legalmente não lhe pertença.

Ainda relativamente ao conceito de apropriação, Hall (1979) propõe um sistema de classificação desta, a partir de três níveis básicos da organização espacial: 1) o nível infra-cultural, 2) o nível pré-cultural, e 3) o nível macro-cultural.

No que concerne à noção de espaço pessoal, esta tem por base a ideia de que o espaço que o corpo ocupa num dado ambiente não se limita ao contacto com a pele: ele pode desdobrar-se ou estreitar-se no interior de uma zona psicocorporal, delineando à sua volta fronteiras e um raio de acção.

Para G.-N. Fischer (1990) o espaço pessoal é considerado como uma zona emocional e sócio-afectiva, descrita exactamente como “espaço pessoal” por Sommer (1969), como uma “bolha” (Hall, 1971), como “zona tampão” (Horowitz, 1974), ou como uma “concha” (Moles, 1977).

Moles (1977) partiu de duas concepções opostas de espaço: o espaço centrado sobre, o “eu”, definido em termos de zona subjectiva, e o espaço objectivo definido em termo amplo. Partindo do espaço subjectivo, que se desenvolve em torno do “eu”, Moles considera o homem como o centro de um mundo que terá a forma de uma cebola, com as sucessivas camadas à sua volta.; definiu assim as “conchas que representam numa Psicologia social profunda os vectores da sua apropriação do espaço”.

A cognição espacial é ainda influenciada pela familiaridade ou experiência com o lugar e ainda por determinadas tendências cognitivas.

A nossa capacidade para processar, armazenar e relembrar informação espacial é sem dúvida notória. Nós temos que aprender o valor dos diferentes objectos que se encontram dispersos no ambiente e a sua localização, pois segundo Mc Andrew (1993) nós planeamos o nosso futuro mediato, evocando e considerando longas sequências de imagens referentes ao ambiente, construídas a partir das nossas experiências passadas. Este planeamento não só nos ajuda a movimentar nesse espaço como ainda influencia fortemente as experiências afectivas que vivenciamos nos locais que frequentamos, como também o tipo de informações que relembraremos mais tarde.

Os significados atribuídos às características do ambiente são assim, experiências fenomenológicas, ou seja, são construções cognitivas desenhadas para interpretar as informações captadas do ambiente.

É esta memória espacial que nos permite viver num mundo de grandes espaços, no qual temos a consciência dos lugares e das coisas, para além daquilo que temos contacto directo através dos sentidos. A esta complexa actividade que depende da capacidade para compreender o espaço e

manipulá-lo mentalmente e que contempla o planeamento, a tomada de decisão, o processamento da informação, designa-se por capacidade cognitivo-espacial.

Nesta linha de pensamento, Proshansky (1978) definiu “identidade de lugar”, como as memórias, sentimentos, atitudes, valores, comportamentos e significados, relacionados com o cenário físico no qual as pessoas interagem, constituindo nesse sentido uma parte integrante da identidade pessoal. Referiu ainda que é necessário o conceito de identidade de lugar, para mostrar como o ambiente físico revela experiências sociais que existem associadas ao ambiente construído.

Este conceito de identidade de lugar, envolve o comportamento, a cognição e o afecto, logo enquanto conceito multifacetado, equipara-se ao termo “place attachment”, dando a palavra “attachment” significado ao afecto e referindo-se a palavra “place” aos cenários ambientais para os quais as pessoas se sentem emocional ou culturalmente ligadas. De acordo com Low e Altman (1992), o conceito de “place attachment” constitui um dos muitos conceitos análogos, mas que de uma forma simples reflectem fenómenos de ligação das pessoas para com os lugares, e tal como o conceito de identidade de lugar contempla funções psicológicas e sociais.

Se a um nível de análise o “place attachment” pode proporcionar sentimentos de segurança e familiaridade quotidiana com os lugares, a outro nível, pode permitir elos de ligação entre as pessoas, inclusivamente simbólicos (recordações de infância). Low e Altman (1992) referem que os lugares são os contextos onde ocorrem relações interpessoais, comunitárias ou culturais, sendo a essas relações e não apenas ao lugar em si mesmo, que as pessoas se encontram ligadas. Assim, o lugar pode funcionar como contexto de experiências de vida associado a diversos significados, podendo desta forma contribuir para a formação e manutenção da identidade de uma pessoa, grupo ou cultura.

Já em 1943, Lewin deu ênfase ao valor da interdependência entre a pessoa e o seu meio envolvente, mostrando o papel estruturante do espaço como um campo de valores. Também G.-N. Fischer (1994), em acordo com esta ideia, argumentou que a relação dos indivíduos e dos grupos com o seu ambiente, é resultado de processos complexos nos quais interferem uma multiplicidade de factores culturais, espaciais e institucionais, próprios de um dado contexto.

Assim, para um entendimento completo do significado, são necessárias duas abordagens - a abordagem cognitiva e a afectivo-avaliativa. Na perspectiva cognitiva, a análise do significado refere-se ao uso de esquemas (representações mentais que reflectem crenças) para interpretar (dar sentido a) atributos do ambiente de trabalho (Mandler, 1982).

Sobre este assunto Gifford vai mais longe e defende que o significado ambiental contempla 3 aspectos. A “ligação pessoal ou pertença”, que constitui um processo que envolve algumas ligações de proximidade pessoa-ambiente, ou seja, de fazer parte do lugar, frequentemente experienciada pelos indivíduos. A “comunicação ambiental”, isto é, quando o estilo do edifício ou do lugar significa para quem o observa, algum tipo de conceito arquitectural, filosófico, social ou político. A “comunicação através do significado”, no sentido dos objectivos, finalidades e funções dos edifícios serem percebidos em relação à sua forma ou aspecto (Gifford, 1987).

Assim, tendo em consideração os diversos tipos de espaço, poderemos dizer que o valor psicológico do lugar será atribuído de acordo com os usos que dele fazemos e dos sentimentos que lhe estão associados.

Os esquemas mentais (mapas cognitivos) usados pelo indivíduo para atribuir significado aos atributos do ambiente, geralmente envolvem crenças abstractas e generalizadas, desenvolvidas pelas tentativas subjectivas dos sujeitos, para reduzir a um número gerível, o enorme número de estímulos,

reunindo-os em reduzidas categorias interpretativas. Esta subjectividade na análise do significado, aumenta a probabilidade dos indivíduos experienciarem de modo diferente os diversos estímulos. Schneider (1990) afirma que as diferenças na atribuição de significado, podem reflectir diferenças individuais (personalidade, estruturas cognitivas), e interacções entre os estímulos e os indivíduos e o contexto social onde ocorre a percepção. Segundo este autor, estas diferenças podem ser relativas a 1) esquemas cognitivos usados para interpretar, que constituem diferenças qualitativas, ou 2) o resultado conceptual num esquema comum, que representa diferenças quantitativas.

Segundo James & James (1989), a consciência das relações entre estas categorias e associações cognitivas entre ocorrências das categorias e vivência de acontecimentos mentais tornam possível o processamento de nível mais elevado (constructos que explicam as percepções dos atributos do ambiente) e o desenvolvimento de esquemas abstractos e generalizados.

Schneider (1990), argumenta que estas representações mentais, designadas por categorias ou esquemas cognitivos, em contexto organizacional reflectem crenças acerca dos atributos do ambiente de trabalho, aprendidos através de um processo envolvendo interacções actuais com o ambiente, influências sociais, auto-reflexão, etc.

De facto, considerando que o espaço é um lugar onde se constroem socialmente significados que condicionam a nossa vida, e que são simultâneamente condicionados por ela, poderemos dizer assim, que numa perspectiva psicológica, não existe espaço vazio ou neutro. Segundo G.-N. Fischer (1994), todo o espaço veícula significados que dependem tanto do conjunto arquitectónico como do contexto social.

No interior de cada espaço, a forma como o organizamos, o tipo de mobiliário, objectos ou equipamento, a sua distribuição e disposição espacial, influenciam o uso do mesmo e dão-lhe um determinado significado. Este ordenamento bem como o seu valor simbólico, constituem uma ordem de significados explícitos e consistentes que vão originar determinados comportamentos, ou seja, a organização de um espaço pode facilitar a expressão de certas condutas, criando condições

facilitadoras da interacção, ou pelo contrário de evitamento. Reportando-nos ao espaço clínico, são disto exemplo a sala de espera das visitas, a sala de reuniões, etc.

Uma outra ordem de significados, resulta do uso social dos lugares e dos valores criados pela sociedade, e reporta-se às representações e atitudes sociais existentes na relação com o espaço. Os nossos comportamentos são assim determinados de acordo com este significado .

As dimensões, as formas e a qualidade do lugar, são também susceptíveis de conferir determinado valor aos diversos tipos de espaço. Verifica-se por exemplo, através da importância atribuída actualmente a certas formas nos arranjos interiores, tal como a predominância das configurações redondas, das cores “doces”, das linhas concêntricas, que essas formas estão ligadas às imagens de segurança, de maternalismo, especialmente nos contextos em que as mudanças tecnológicas são geradoras de angústia.

Os significados podem também estar associados ao tipo de actividade que se desenvolve num determinado espaço, e ao tipo de relações que nele acontecem. Por exemplo o feed-back dado a um subordinado, tem um significado diferente de acordo com o lugar onde é emitido, assim como a transmissão de certas informações, tem um impacto diferente se for proferida numa sala de reuniões ou casualmente num corredor.

Assim, as nossas condutas na vida profissional revestem-se de um valor específico em função dos lugares onde se desenrolam e os factores culturais permitem também determinar a natureza dessas relações. Reportando-nos mais uma vez às condutas no espaço clínico, o vestuário é também determinado pela adequação a lugares específicos, por exemplo, o uso de fatos verdes no bloco operatório, as batas brancas nas enfermarias e o vestuário comum no refeitório. Esta prática concretiza a adaptação social às normas culturais que regem a conformidade entre a forma de vestir e a natureza funcional ou social de um lugar.

Neste contexto, podemos igualmente dizer que os aspectos culturais condicionam a nossa percepção num determinado espaço, e traduzem a nossa adaptação a esse tipo de espaço através do

nosso comportamento, logo os elementos culturais são também factores normativos. Contudo, alguns autores defendem que a ênfase em operações mentais na análise do significado, desvaloriza a concepção de que o significado é uma experiência fenomenológica. Assim, o mundo das pessoas (o que é do seu conhecimento) corresponde àquele que construíram cognitivamente, a partir de representações internas da informação proveniente do seu ambiente. Mas do ponto de vista de Schneider (1990), a fenomenologia coexiste com um mundo real e objectivo, e muitas das experiências fenomenológicas são representações verdadeiras do mundo real dos objectos e acontecimentos.

Muitos dos trabalhos sobre a percepção do ambiente de trabalho, são também orientados para medidas do significado descritivo, incluindo medidas dos atributos do ambiente físico como a dimensão do grupo e a temperatura do espaço de trabalho, bem como outras variáveis não tão objectivas mas igualmente operacionalmente definidas em termos de objectos/acontecimentos do mundo real e que têm uma qualidade exterior, como por exemplo, a centralização da tomada de decisão e a formalização de regras (Schneider, 1990).

Para James & James (1989), as percepções que avaliam a importância e o significado do ambiente de trabalho para o indivíduo, são em parte, função dos sistemas de valores pessoais... estes valores individuais servem como indicadores latentes, daquilo que no ambiente é importante para o indivíduo. É a ligação do que é pessoalmente valorizado que determina o nosso bem-estar no ambiente de trabalho ou o nosso sentido de bem-estar organizacional.

Segundo G.-N. Fischer (1994), o indivíduo representa e valoriza positiva ou negativamente o meio ambiente, em função das suas próprias emoções, valores, hábitos ou expectativas. É ao interpretar as imagens e os sinais produzidos, que os significados são apreendidos.

Esta produção imaginária tem a ver com a ideia de projecção. Frequentemente usamos certas expressões para qualificar o meio ambiente, que revelam significados que lhes são atribuídos,

traduzindo sentimentos negativos projectados sobre o espaço, que fazem com que este seja visto como uma realidade insatisfatória. Por exemplo, a respeito das unidades de cuidados intensivos, ouvimos dizer frequentemente que o seu ambiente é “frio” e “agressivo”.

Assim, os valores pessoais produzem os esquemas utilizados para avaliar os atributos do ambiente de trabalho em termos da sua importância para o indivíduo, e a avaliação cognitiva designa o julgamento do grau em que determinado valor está representado por um, ou num determinado atributo do ambiente (“valuation”). Os indivíduos respondem emocionalmente aos atributos do ambiente, em função da percepção da importância que tais atributos têm para a obtenção do bem-estar pessoal, e é o processo de “valuation” que fornece aos indivíduos as interpretações dos atributos do ambiente significativos para a noção do seu bem-estar.

Cada indivíduo trás com ele para a organização, um conjunto de capacidades de processamento cognitivo, um conjunto de valores e de esquemas de nível superior, criados por estes valores para dar significado aos atributos do ambiente de trabalho. Mas, alguns autores argumentam que os valores e os esquemas usados com base em valores, são susceptíveis de sofrer alteração, ou seja, de se adaptarem, em função das experiências em novos ambientes de trabalho. Contudo Schneider (1990), defende que a assimilação da informação em sistema de crenças, pressupõe que a estrutura subjacente de esquemas de valores, as crenças ou padrões usados para atribuir significado, é estável mesmo que as percepções actuais de atributos do ambiente variem de acordo com os atributos.

Em síntese, a percepção é bastante dependente dos elementos físicos presentes no cenário e da forma como estes estão dispostos espacialmente. Contudo, factores pessoais (como a capacidade perceptiva), a cultura (como ter sido criado em contexto urbano ou rural), e a formação (por exemplo em arquitectura), também influenciam o modo particular como vemos o mundo.

Neste contexto e citando G.-N. Fischer (1994), “ os laços que se estabelecem entre o homem e o espaço, não são assim redutíveis às relações materiais ou funcionais, incluem também uma

valorização que ultrapassa o seu carácter físico e produz esse conjunto de significados sociais ligados à dimensão cultural presente nas nossas representações”.

1.3 - Espaço e Comportamento no Trabalho

Quase diariamente, lemos e ouvimos falar sobre o nível de desempenho de grupos de trabalho. Ouve-se muito menos vezes falar sobre o contexto físico no qual esses grupos se desenvolvem e funcionam.

Tal como o "Ferrari", que funciona muito melhor em estradas com bons pavimentos do que na areia da praia, um elevado desempenho de grupo requer uma elevada capacidade funcional do local de trabalho (Becker e Steele, 1995).

Mas o que é que diferencia os locais de trabalho, cujos trabalhadores apresentam elevados níveis de desempenho?

Com efeito, aquilo que se vê são organizações com elevado nível de desempenho, onde o espaço físico, a tecnologia, os processos de trabalho, o estilo de gestão e a filosofia organizacional, estão em harmonia (Becker e Steele, 1995).

Assim podemos dizer que estes factores em conjunto, criam um local de trabalho dinâmico, que apoia a diversidade dos padrões de trabalho, valores, cooperação e colaboração, encoraja a criatividade, ou seja, promovem o desenvolvimento humano.

Apesar dos aspectos físicos do espaço de trabalho, parecerem á priori pouco valorizados pelos trabalhadores comparativamente a outras variáveis relacionadas com o trabalho, tem sido provado cientificamente que na realidade, esse aspecto também constitui um factor importante para a sua satisfação e nível de desempenho. Segundo Robert Baron (1994), as investigações revelam que para muitas pessoas, a qualidade da envolvente do seu trabalho, é um aspecto muito importante. Por exemplo num "survey" realizado nos E.U.A., a mais de 1000 trabalhadores de escritório,

aproximadamente 40% classificaram as condições físicas, como um factor essencial na avaliação dos seus locais de trabalho.

Um extenso conjunto de resultados de investigações neste âmbito, dizem-nos que vários aspectos do comportamento no trabalho, incluindo o desempenho das funções, atitudes e relações interpessoais entre os funcionários, podem ser influenciados pelo ambiente físico, no qual tais comportamentos ocorrem.

Relativamente ao espaço físico, Michael Argyle (1981), referiu que diversos aspectos do ambiente físico têm sido evidenciados como fontes de influência do comportamento: 1) a proximidade - esta produz maior intimidade ou desconforto, quando para além de determinada distância; 2) a densidade populacional ("crowding") - produz desconforto, comportamento agressivo nos indivíduos, afastamento do contacto social e se prolongado origina também distúrbios emocionais; 3) - a orientação - o posicionamento lado a lado cria um tipo de relacionamento com maior cooperação e amistoso, enquanto o posicionamento face a face cria um ambiente de competição e de conflito.

Estes aspectos prendem-se necessariamente com a distância interpessoal adoptada durante a interacção social e com a densidade social. Relativamente à distância interpessoal, esta tem a ver com o espaço pessoal ou barreira protectora que cada indivíduo forma e que. De acordo com Sommer (1969), o "espaço pessoal refere-se a uma área com uma barreira invisível à volta do corpo das pessoas, na qual não podem entrar intrusos". Este espaço é usado pelas pessoas como regulador das interacções sociais, ou como afirmou Barracho (1992), o espaço pessoal é um sistema de normalização de interacções, a que Hall designou pela "distância" que os sujeitos estabelecem com os outros em função da interacção e organização social, e que foi estudado pela proxémica. A este respeito ou seja, quanto ao modo como as pessoas usam esse espaço, Taylor et al (1994) afirma que a ideia chave é que, o indivíduo tenta encontrar um nível óptimo de envolvimento e proximidade física com as outras pessoas, de acordo com a situação. Por outras palavras, nós usamos o espaço de

forma a influenciar os outros. Mas, segundo Gifford (1987), o espaço pessoal envolve elementos de territorialidade, espaço e comunicação. Ele varia com, e reflecte a distância, o estatuto, e o declínio das relações. Relativamente à área ou dimensão do espaço pessoal, este autor refere que ela depende de três factores: pessoais (como a idade, personalidade e perturbações psicológicas), situacionais (sociais e físicos) e étnico-culturais (os que mais influenciam a distância interpessoal). Este autor refere ainda, que, por exemplo, a atracção, a cooperação e a igualdade do estatuto, estão associados a pequenos espaços pessoais, e que os estigmas e estatutos diferentes, originam espaços pessoais maiores.

Assim, se os aspectos sociais, como a qualidade das relações interpessoais, ou aspectos físicos como o espaço, alteram a distância interpessoal, logo podemos dizer que o espaço pessoal está intimamente ligado a numeros aspectos do comportamento.

Ainda a respeito do espaço pessoal, Hall (1967, citado por Barracho, 1990) define quatro tipos de distância: distância íntima, distância pessoal, distância social e distância pública.

A distância pessoal também se prende com o conceito de territorialidade, ou seja com a necessidade de que temos de reclamarmos determinado espaço como “nosso”. O chamado “território” é uma área controlada por um indivíduo ou por um grupo específico. Segundo Taylor (1994), o comportamento territorial ajuda-nos a regular a interacção social e pode servir algumas funções específicas. Pode contribuir para manter a privacidade, isto é, o nosso controlo sobre o alcance que os outros têm sobre nós.

Assim, quer o espaço pessoal, quer a territorialidade, têm como função controlar o acesso a nós próprios e aos nossos pertences, mas também transmitem aos outros informações sobre nós próprios, e muitas vezes reflectem a nossa personalidade e os nossos interesses.

Também se tem verificado interesse no estudo do impacto de duas variáveis ambientais relacionadas com a presença e actividades de outras pessoas - crowding e privacidade. Alguns destes estudos, sugerem mesmo, por exemplo, que características do espaço de trabalho como o

elevado número de pessoas (i.e. elevada densidade social) e pouco espaço, têm efeitos nocivos ou desmoralizadores nas atitudes e comportamentos dos trabalhadores. Assim, passam a ser considerados mecanismos através dos quais o ambiente físico pode influenciar o comportamento relacionado com o trabalho, como a estimulação sensorial, o excesso de informação, o controle pessoal, reacções afectivas e o stress produzidos no ambiente.

Alguns investigadores, como Christian (1961), Flyger (1964), Christian e Davis (1964), evidenciaram que o aumento da densidade, era um factor de perturbação dos comportamentos (Barracho, 1990), mas Fischer (1975) advertiu que os efeitos da densidade estão relacionados com aspectos de ordem cultural, e Sozcka (1984) acrescentou que estes efeitos também dependem de aspectos económicos, sociais e ambientais, não podendo por isso as alterações do comportamento serem atribuídas apenas à sobredensidade.

Yitzhak Fried (1990) também explorou os efeitos moderadores de duas variáveis do espaço de trabalho - o número de pessoas e o número de divisões - nas relações entre interacções comportamentais e respostas afectivas entre os indivíduos. Os resultados sugerem que as reacções individuais resultantes da combinação destas duas características do local de trabalho (por ex. fadiga, queixas psicossomáticas e pouco envolvimento no trabalho), são identificadas na presença conjunta de poucas divisões e de um elevado número de pessoas no lugar, contudo, segundo o autor o efeito parece evidenciar-se fundamentalmente nos indivíduos com baixa capacidade de protecção, ou seja, mais sensíveis a este aspecto. Desta forma, o efeito moderador conjunto das próprias características do espaço de trabalho, parecem ser moderadas pela capacidade selectiva pessoal. Assim, poderemos considerar as características do espaço de trabalho, entre outros factores, como potenciais moderadoras das relações e das reacções dos empregados.

Outros investigadores que também se interessaram pelo estudo destas duas características do espaço de trabalho - densidade social e número de divisões - Oldham & Rotchford (1983), definiram que a densidade social refere-se ao número total de indivíduos que permanecem num determinado

espaço, e o número de divisões refere-se ao número de paredes ou divisórias envolvendo a área de trabalho individual. Nos seus estudos concluíram não existir relação entre a maioria das características analisadas e as experiências de privacidade, a qual está fortemente associada ao nível de interações comportamentais no trabalho. Contudo estas ideias foram alvo de várias críticas. Yitzhak Fried (1990), referiu que uma limitação destes estudos, tem sido focalizarem-se no efeito principal das várias características dos locais de trabalho, sem terem em consideração as relações compensatórias existentes entre essas características. Por exemplo, num escritório com elevada densidade, as pessoas podem mesmo assim vivenciar um nível de privacidade relativamente elevado, isto é, baixo nível de controlo visual se a sua área de trabalho pessoal estiver rodeada por divisórias. De forma semelhante, um escritório aberto sem divisórias pode mesmo assim estar associado a níveis relativamente baixos de controlo visual, se o número de pessoas que ali trabalha for diminuto. Conclui-se então que a presença conjunta de um número reduzido de divisórias e um elevado número de pessoas num local de trabalho, estará associado à maior exposição e controlo visual do que cada uma destas características individualmente consideradas.

A exposição visual ao controlo dos outros, cria supostamente uma estimulação física a qual por sua vez intensificará as reacções provocadas por outras fontes do local de trabalho. Uma dessas fontes é o nível individual de controle do seu ambiente próximo, o qual está bastante associado ao nível de interações comportamentais desse espaço particular.

O ambiente constitui assim uma causa do comportamento, contudo, como abordámos anteriormente, os ambientes também afectam o comportamento de um outro modo, através da percepção ou do significado atribuído ao lugar ("setting"), como por exemplo, a disposição do mobiliário que pode sugerir diferentes graus de intimidade, a cor e a decoração que afectam de alguma forma os estados emocionais. As cores fazem com que os ambientes sejam percebidos como harmoniosos, calorosos, tristes, obscuros; o tipo de mobiliário pode sugerir a natureza do local de trabalho; a presença de equipamento, que indica o que normalmente ali é feito.

Assim, reflectindo sobre a crescente importância atribuída ao espaço de trabalho enquanto cenário do comportamento humano, interrogamo-nos quanto à forma como na vida prática se tem gerido e rentabilizado este importante recurso organizacional.

No que se refere ao design dos edifícios, geralmente tem sido considerado como um ramo do conhecimento e domínio dos arquitectos, constructores e engenheiros. Contudo, os arquitectos que desenham os edifícios, frequentemente têm um conhecimento muito superficial sobre as finalidades últimas para as quais o edifício será construído. Também se tem verificado, haver pouca comunicação entre os gestores que vão ocupar e gerir o lugar e quem o desenha e cria. Normalmente o objectivo arquitectural é simplesmente a acomodação de um determinado número de pessoas num determinado espaço, por um determinado custo. A forma como é visto o edifício, é frequentemente mais importante para o arquitecto do que como funciona. Uma vez o edifício construído, arquitectos constructores e engenheiros, manifestam pouco interesse pelos comportamentos que têm lugar dentro desses espaços. Esta lacuna, ou desinteresse, manifesta-se frequentemente nos edifícios hospitalares.

Hoje, o espaço arquitectónico do trabalho, já é objecto de tratamento em termos de design e de investigação, procurando integrar e articular nesse meio, lógicas que privilegiam a estética e a funcionalidade, contudo esses mesmos princípios são muitas vezes dissociados daqueles que definem a organização do trabalho.

Da mesma forma, nas decisões sobre a arrumação do espaço, confrontamo-nos com dois movimentos paralelos e independentes, inerentes à racionalidade instrumental que preside à concepção do trabalho.

Considerado como um recurso da organização, o espaço deverá ser abordado através das influências que exerce sobre o trabalho e sobre os indivíduos; pode ser planeado e arrumado de forma a favorecer a eficiência do trabalho, a melhorar a produtividade e o clima organizacional (Fischer, G.-N., 1994).

Na verdade, tanto quem decide como quem concebe a disposição do espaço, supõe sempre, implícita ou explicitamente, que quando organizam o espaço, isso lhes proporciona o meio de influenciar as condutas no trabalho.

No entanto, se o espaço é utilizado, consciente ou inconscientemente, directa ou indirectamente, para desenvolver e organizar a eficácia do trabalho, os seus efeitos psicossociais nunca são directamente determinados pelos valores que neles se inscrevem (Fischer, G.-N., 1994).

Os espaços de trabalho, pelas suas características e componentes funcionais, não podem assim ser reduzidos a um mero instrumento, apenas utilizado na razão dos imperativos da organização. Deverão também ser vistos e utilizados em função dos valores do indivíduo.

Os padrões de interacção e de desenvolvimento das relações nas organizações, não surgem de um modo fortuito. Há alguma evidencia de que o "design" do edificio e do seu espaço físico interior, influencia a interacção e as relações interpessoais. Proshansky, Ittelson e Rivlin (1976), na tentativa de compreenderem o impacto psicológico do ambiente físico dos espaços Psiquiátricos, têm comparado vários hospitais desta valência, tendo concluído que as opções comportamentais diferem substancialmente em função dos tipos de edificios concebidos para hospital.

Neste âmbito, os autores Sivadon (1970) e Holahan e Saegert (1973), defenderam fortes argumentos teóricos em relação ao efeito terapêutico dos designs dos hospitais Psiquiátricos. Nos seus estudos, revelaram que vários aspectos do ambiente físico dos espaços de observação de doentes (unidade de tratamento e observação), desencorajam muito os comportamentos que o staff

deseja ver por parte dos doentes. Estes sugerem ainda que o tipo de design deverá ser concebido de forma a encorajar interacções sociais bem sucedidas e a desencorajar o abandono.

Ao falarmos de espaços que facilitam ou desencorajam a interacção social, interessa abordar dois conceitos da autoria de Osmond (1957): Espaço "sociopetal" e espaços "sociofugal". Entende-se por espaço sociopata (sociopetal), aquele que favorece e desenvolve as relações entre os indivíduos, ou seja, o que promove a interacção social. Por espaço sociofúgio (sociofugal), definem-se aqueles que separam e isolam os indivíduos uns dos outros, ou seja, que desencorajam a interacção social (Fischer, G.-N., 1994).

Sobre este assunto, Gifford (1987) diz-nos que de uma forma geral pode-nos parecer que os lugares "sociofúgios" são maus e os "sociopatas" são bons, contudo a realidade não é bem assim. Existem de facto situações em que se exige o mínimo de interacção social e outras em que um nível elevado de interacção social é considerado o padrão de comportamento desejado.

Segundo o autor destes conceitos, são exemplo de espaço tipicamente sociofúgio, os corredores, as salas de espera dos aeroportos (em que as cadeiras estão dispostas em várias direcções, com as costas viradas umas para as outras), e de espaço tipicamente sociopata, a mesa da sala de jantar, na maioria das casas onde os membros da família se sentam á volta da mesa, de frente uns para os outros.

Também Gifford (1987), querendo descrever alguns destes tipos de espaços relativamente ao espaço clínico, referiu por exemplo, que os corredores e as salas de espera das visitas em que as cadeiras estão dispostas de forma que as pessoas se sentem de costas viradas para os outros, também são espaços sociofúgios e as unidades de tratamento médicas circulares são características de espaços sociopatas.

Pelo que foi dito e exemplificado, poderemos inferir que poucos espaços "sociofúgios" ou "sociopatas" são inerentemente bons ou maus, a questão fundamental é determinar que padrão de

comportamento é valorizado num lugar específico e qual a disposição física favorece esse padrão comportamental.

Ainda a este respeito Gifford (1987), lembra que as disposições dos espaços físicos que orientam os indivíduos para os outros nem sempre facilitam a interacção, talvez porque outros factores como a personalidade, também afectam a sociabilidade. Ainda este autor diz que indivíduos defensivos parecem ser mais sociáveis em disposições sociofúgios, ao contrário dos menos defensivos que estão mais à vontade nos espaços sociopatas.

Outras investigações, realizadas na perspectiva do utilizador do espaço enquanto trabalhadores, também revelaram alguma influência do tipo de espaço, no comportamento de quem o ocupa. Por exemplo, a dimensão do edifício, pode afectar as relações existentes no trabalho. De acordo com Davis (1984), num pequeno edifício, as relações tendem a ser mais próximas, todas as pessoas se conhecem. Quando as pessoas estão dispersas ao longo de corredores, em diferentes pisos ou em diferentes edifícios, as relações tornam-se progressivamente impessoais (Davis, 1984).

Também a posição relativa das pessoas em determinada estrutura física de um edifício pode influenciar o comportamento. A este respeito G.-N. Fischer (1994) defende que a maior ou menor proximidade física num determinado espaço, aumenta ou diminui o potencial de interacção e consequentemente o desenvolvimento da coesão do grupo e incentiva ao desenvolvimento de laços sociais entre os membros do grupo, como resultado da comunicação informal associada à proximidade.

A distância física absoluta que separa as pessoas, horizontal (no mesmo piso) ou verticalmente (em pisos diferentes), diminui a quantidade de contactos espontâneos entre os membros da organização. Da mesma forma, as pessoas que estão situadas centralmente ou em áreas de intenso movimento dentro da organização, provavelmente interagem com um maior número de pessoas do que aquelas que permanecem em espaços isolados do edifício (Davis, 1984).

Neste contexto podemos inferir que o tipo de estrutura física e a forma como as pessoas estão dispostas ou situadas em determinados espaços, pode influenciar o processo de informação, a supervisão, a integração no grupo ou no espaço de trabalho, etc.

Outro aspecto da estrutura física que tem merecido particular interesse por parte de alguns investigadores é o espaço aberto (amplo e não compartimentado) versus fechado (espaço dividido, ou seja, várias divisões separadas por paredes). Estes tipos de espaços, têm sido muito estudado sobretudo nos espaços de trabalho de escritório.

Relativamente aos espaços de escritório abertos, têm sido muito elogiados por parte dos defensores e incentivadores deste sistema, apresentando como argumentos a favor, que estes facilitam a interacção entre os membros da organização, melhoram o processo de comunicação, e aumentam a eficiência e produtividade (Davis, 1984). Também a este respeito Moos (1988) refere que os defensores da abordagem das relações humanas acreditam que a inexistência de barreiras nos espaços abertos, facilitam o relacionamento social e promove a satisfação e o desempenho no trabalho.

Num outro estudo, também Cangelosi e Lemoine (1988), investigaram a influência destes tipos de espaço (aberto / fechado), na atitude, percepção e relações interpessoais no ambiente de trabalho. Concretamente, pretenderam determinar mudanças na percepção e detectar alterações nas relações interpessoais, entre grupos de indivíduos trabalhadores, aquando da alteração de um espaço de trabalho aberto para um fechado. Concluíram que o espaço fechado proporciona privacidade mas em contrapartida isola os trabalhadores. Estes concluíram ainda que o espaço de trabalho fechado, tende a inibir a interacção social e a aumentar a formação de pequenos grupos sociais.

Na realidade, se reflectirmos um pouco sobre este aspecto, verificaremos que tendencialmente os indivíduos se relacionam mais e procuram mais apoio e colaboração dos colegas com quem partilham o local de trabalho, do que com os de outros sectores.

O ambiente fechado de um grupo, dá às pessoas razões para focalizar as suas interações no seio do grupo e limitar os seus contactos fora dele, o que fomenta a coesão interna. Este tipo de ambiente, pode também contribuir para uma natureza coesiva, através da protecção da observação e das interferências que proporciona com o exterior, favorecendo as permutas de conhecimentos e o cumprimento de normas únicas de procedimentos entre todo o grupo (Fischer, G.-N., 1994). Por outro lado, podemos inferir que alguns aspectos que aumentam a oportunidade de interacção social, poderão aumentar o nível de desenvolvimento do grupo.

Relativamente ao arranjo do espaço, verifica-se que a reduzida distancia interpessoal e a maximização do contacto visual, aumentam o nível da interacção, da comunicação, e desenvolvimento de relações de amizade (Fischer, G.-N., 1994).

Por exemplo, é frequentemente sugerido por diversos autores que o aumento de possibilidades de visibilidade e de movimento nos espaços abertos, permite aos indivíduos, a partilha de informações e de tarefas relevantes e proporciona inúmeras oportunidades para o desenvolvimento de relações de amizade no trabalho. É ainda suposto que a inexistência de barreiras aumente o feedback sobre o desempenho, por parte dos colegas e dos superiores hierárquicos. Além disso, o espaço aberto predispõe e encoraja mais as pessoas a comunicarem e a resolverem alguns conflitos interpessoais que surgem nas organizações. O melhoramento das relações sociais criado pelos espaços abertos, supostamente aumentam a satisfação interpessoal, assim como a motivação e o elevado desempenho no trabalho.

Neste contexto poderemos dizer que os espaços socialmente fáceis, ou seja, com grande oportunidade para uma intensa interacção social, poderão encorajar o desenvolvimento de relações de amizade e da coesão do grupo. Mas esta ideia não é partilhada pelos investigadores cujos estudos se fundamentam na perspectiva sócio-técnica. Para estes é esperado estabelecerem-se menos relações de amizade num espaço aberto do que num espaço convencional. Esta ideia tem como

raciocínio, que o desenvolvimento de relações de amizade no âmbito do trabalho, é em certa medida dependente da partilha de sentimentos, ideias e valores com os colegas, e a privacidade que pode facilitar estas interacções, ocorre menos num espaço aberto do que num fechado. Ainda pelas mesmas razões, segundo os defensores desta orientação, é também suposto diminuir o feed-back quer dos colegas quer dos supervisores, aquando da mudança de espaço fechado para aberto. Isto porque as barreiras físicas dos espaços de trabalho fechados, proporcionam a privacidade desejada e imprescindível para que o feed-back avaliativo seja concedido.

Contudo, os autores Cangelosi e Lemoine (1988) referem que o design ou estrutura física aberta, proporciona uma maior interacção entre todos (responsáveis, administrativos, técnicos, etc.), contudo esta acessibilidade favorece as frequentes interrupções não relacionadas com as tarefas dos funcionários e a falta de privacidade frequentemente manifestada pelos seus utilizadores.

Uma alternativa ao espaço totalmente aberto é a instalação de mobiliário ou de estruturas modulares. Esta proporciona maior privacidade e impermeabiliza mais o ruído do ambiente de trabalho de cada funcionário. No entanto, restructurando desta forma o espaço, pode limitar-se a acessibilidade dos funcionários e concomitantemente altera o clima interactivo do espaço. A instalação deste tipo de estruturas e mobiliário modulares, veio suscitar o interesse dos investigadores em avaliar o grau em que esta mudança, de um espaço aberto para um espaço mais fechado, afecta de forma mensurável a interacção dos grupos de trabalhadores, suas atitudes e comportamentos e satisfação no trabalho. No entanto, salienta-se que os processos envolvidos na satisfação no trabalho, dependem das avaliações ou percepções individuais da importancia relativa das várias características do espaço de trabalho, uma das quais inclui as condições físicas.

Tem sido divulgado o aumento de estudos focando os efeitos de várias características físicas do local de trabalho, no comportamento e atitudes individuais e muitos dos resultados destes estudos têm suscitado cada vez mais interesse sobre o impacto do ambiente de trabalho, na atitude,

percepção e relacionamento interpessoal dos trabalhadores. Contudo as conclusões não estão isentas de ambiguidade.

2 . Clima Social : Dimensões e Modelos

A Psicologia Ambiental, recebeu contribuições de algumas teorias da Psicologia Social, para tentar explicar o comportamento dos indivíduos. Do Behaviorismo herdou a preocupação de como estudar as formas do comportamento social e da Gestalt teve como herança a ênfase na cognição social.

De facto, uma das teorias que teve um grande impacto neste âmbito, foi a Gestalt, também designada por Psicologia da Forma ou da Configuração, desenvolvida por Kohler(1929) Koffka (1935). Esta perspectiva centra-se na forma como os indivíduos percebem e compreendem os objectos, as pessoas e as situações, cuja ênfase incide na percepção. No ponto de vista destes autores, as pessoas percebem as situações como “um todo dinâmico”, ou seja, as coisas são percebidas como uma unidade total integrando as relações entre as várias partes desse todo. O indivíduo passa a ser considerado como um sistema interdependente (Taylor et al, 1994).

Para a Gestalt, qualquer que seja o conhecimento, opinião ou crença do sujeito, em relação ao ambiente, a si próprio ou ao comportamento de outra pessoa, ele começa sempre pela percepção, sendo esta determinada quer pela configuração do estímulo, quer pela capacidade mental de proceder à memorização, resultando numa interpretação única do mundo, feita por cada indivíduo (Barracho, 1995).

Assim, basicamente, a ideia principal da perspectiva cognitiva é que o comportamento das pessoas depende da forma como elas percebem a situação social. As pessoas espontaneamente organizam as suas percepções, opiniões, pensamentos e crenças sobre uma determinada situação, através de significados, ou seja, as pessoas tendem a agrupar e categorizar objectos espontaneamente.

Outro contributo importante na explicação do comportamento social, foi a teoria de campo de Kurt Lewin (1935). Afastando-se um pouco da ideia focalizada na percepção, Lewin centrou-se mais na motivação, enfatizando a importância de como os indivíduos percebem o ambiente social, ao que Lewin chamou de “Campo Psicológico” (Taylor et al, 1994). No ponto de vista de Lewin, a percepção e o comportamento (actividades psicológicas) das pessoas são influenciados por características individuais (como a capacidade, personalidade e aspectos genéticos) e pela forma como elas percebem o ambiente num determinado momento..

Esta visão do comportamento influenciado pela percepção (Gestalt), veio contribuir para a definição do conceito de “clima”, na perspectiva de que o comportamento dos empregados é influenciado pela percepção que este tem do seu meio envolvente no espaço de trabalho.

Apesar do “clima” ser um conceito relativamente recente e ainda alvo de alguma controvérsia e falta de consenso, a ideia que tem subjacente de que o ambiente é determinante do comportamento, reporta-se à teoria clássica de Lewin, quando este autor formulou o comportamento como função da pessoa e do seu ambiente psicológico: $B = (P,E)$.

Fruto da perspectiva Lewiniana de influência Gestaltista, o indivíduo passa a ser considerado como um sistema de interdependências. Esta concepção decorre da ideia de Lewin, de que todas as condutas são função do contexto no qual ocorrem, ou seja, o indivíduo organiza as suas acções a partir de uma estrutura onde coexistem um certo número de elementos interdependentes, a que Lewin chamou de “campo de forças” (Fischer, G.-N.,1990).

A partir daqui, os processos de grupo passam a ser analisados numa perspectiva dinâmica, aplicando ao funcionamento do grupo a noção de “campo dinâmico”, em que o grupo é um todo e não a soma das partes. Desenvolvem-se também com Lewin, outras noções características do

funcionamento do grupo como o jogo de interdependências, a noção de equilíbrio e a noção de clima.

A partir de Lewin, o interesse por esta influência do ambiente foi adquirindo cada vez mais importância, agora ao nível dos grupos e das organizações (sobretudo ao nível da produtividade), com Lewin, Lippitt e White's (1939) a fazerem referência à noção de clima em função do estilo de liderança de cada organização (Deutsch e Krauss, 1972).

Estes pressupostos vieram dar uma visão diferente ao conceito de organização, consistindo sobretudo numa valorização dos aspectos relacionais e em corresponder às necessidades e motivações individuais dos trabalhadores. O comportamento organizacional passa assim a designar um conjunto de condutas adoptadas pelos indivíduos, em cada organização, comportamentos estes que são influenciados pelas motivações psicológicas e pelas formas de satisfação que os indivíduos tendem a procurar.

Esta ideia da motivação, foi salientada por Mc Clelland (1961, 1965, citado por Fischer, G.-N., 1990) numa perspectiva de realização. Para este autor a necessidade de realização é definida como uma disposição do indivíduo que o impele a agir no sentido do sucesso e da excelência, nas situações em que o seu rendimento é avaliado por esses critérios.

No domínio organizacional o conhecimento destes comportamentos foi elaborado a partir de um conjunto de teorias psicológicas centradas no conceito de motivação, considerando que os indivíduos têm necessidades que os vão levar a adoptar comportamentos que visem a sua satisfação (Fischer, G.-N., 1990).

É nesta perspectiva que as estruturas organizacionais facilitam ou inibem a satisfação dessas mesmas necessidades.

Desde então, tem-se verificado alguma preocupação na definição do conceito de clima organizacional, e na determinação das dimensões que o constituem. Contudo pelas várias leituras que fizemos, constatámos que alguns autores consideram o clima como um fenómeno individual, outros como um fenómeno grupal e outros referem-se a ele como aspectos organizacionais mais vastos. De acordo com os vários autores, também as definições de clima obedecem a diferentes critérios. Alguns autores falam de percepções, outros de descrições, de características organizacionais, de representações ou ainda de comportamentos, atitudes e sentimentos.

Na tentativa de melhor transmitir a ideia anterior, apresentamos algumas definições de clima organizacional, referenciadas na literatura por nós consultada.

Lewin (1939), definiu clima organizacional como “ percepções dos atributos organizacionais, partilhados pelos membros de um grupo”.

Na perspectiva de Rousseau (1988), “clima”, é essencialmente a descrição individual do lugar ou contexto social do qual a pessoa faz parte.

Também Schneider (1990), define clima como “ a percepção dos indivíduos, sobre os acontecimentos, práticas e procedimentos, e os tipos de comportamentos que são, recompensados, apoiados e esperados num determinado contexto”.

Para Fourgous e Iturralde (1991), clima social, “numa primeira abordagem, é um conjunto de impressões, qualquer coisa que se sente, ... procura dar conta do estado das relações existentes entre os diferentes indivíduos pertencentes a uma determinada estrutura organizacional , ... e o estado das relações resulta ele mesmo, não somente da personalidade dos indivíduos em causa mas também do

seu ambiente, ... para além disto, o clima no seio de uma organização possui um certo carácter constante”.

Tendo em consideração todo este contexto, o autor define clima como “um conjunto de características objectivas e relativamente constantes da organização, percebidas pelos indivíduos que nela trabalham, que servem para lhe dar uma determinada personalidade e que influenciam o comportamento e as atitudes dos seus membros”.

O conceito de clima, é assim, analisado em diversas perspectivas e inclui diversos conteúdos na abordagem que pretende fazer sobre as percepções do contexto no qual têm lugar os comportamentos e reacções do indivíduo. Esta variável tem sido avaliada nos mais diversos ambientes sociais e organizacionais. Apesar de ser um conceito sujeito a várias conceptualizações, o “clima” contempla dois atributos que de um modo consistente são comuns em todas: é uma percepção e é descritivo, e que de acordo com Rousseau (1988), poderão ser definidas do seguinte modo: “as percepções são sensações ou acontecimentos experienciados pelos indivíduos, as descrições são o modo como o indivíduo as descreve”.

Estas inconsistências e a falta de consenso entre os investigadores quanto ao conceito, originaram diferentes conceptualizações e a proliferação de diferentes “tipos” de clima nas organizações, considerando diferentes unidades e níveis de análise. Rousseau (1988) apresentou a seguinte tipologia: Clima Psicológico, Clima Agregado, Clima Colectivo e Clima Organizacional. Contudo as autoras Sousa e Calado (1993), na revisão de literatura que efectuaram sobre Clima Organizacional, consideraram apenas três tipos: Psicológico, Grupal e Organizacional.

“Clima Psicológico é essencialmente a percepção individual não agregada dos seus ambientes”. É constituído por factores incluindo os estilos de pensamento individual, personalidade, processos cognitivos, cultura e interacções sociais (Rousseau, 1988).

Os autores interessados primeiramente nas percepções individuais sobre o ambiente de trabalho (atributos psicológicos do clima), focam os seus estudos no “Clima Psicológico”, sugerindo como unidade de análise apenas as descrições individuais.

Numa síntese elaborada por James & Jones (1979), as análises existentes do clima enquanto um conjunto baseado na percepção, atributos psicológicos, parecem partilhar pelo menos as seguintes concepções sobre o clima psicológico: refere-se a cognições baseadas em descrições da situação; envolve o processamento psicológico de percepções específicas dentro da representação mais abstrata de influências psicológicamente significativas na situação; tende a ter uma relação mais próxima com as características situacionais do que a ter ligações directas e imediatas para com a experiência individual; e é multidimensional, com um núcleo central de dimensões que intervêm numa variedade de situações.

Na perspectiva de James e Jones (1974), a definição de clima organizacional parece reflectir dois pontos de vista. Por um lado, uma perspectiva interaccionista que considera o clima organizacional essencialmente como o resultado das percepções individuais das práticas e características organizacionais que reúnem critérios estatísticos para agregar a esse nível. Por outro, a perspectiva apresentada por Glick (1985) e referenciada por Rousseau (1988), que argumenta que o clima organizacional é um atributo organizacional real (ex: tecnologia ; estrutura) por oposição a algo psicológico. Estes dois constructos fazem a diferenciação entre clima ao nível organizacional e estrutura organizacional, considerando que o clima reflecte uma orientação interior por oposição a uma categoria de análise externa. Daqui sobressai ainda a questão de dever ou não ser feita a agregação das descrições individuais, com o objectivo de obter uma medida organizacional, considerando que a unidade de análise do clima organizacional deve ser a organização.

No que concerne ao Clima Colectivo e ainda de acordo com Rousseau (1988), este emerge da concordância entre os individuos relativamente ás suas percepções dos contextos comportamentais. Estes são identificados essencialmente através das percepções individuais dos factores situacionais, associando estes em grupos, reflectindo um grande número de climas semelhantes.

Por último e relativamente ao conceito de Clima Agregado, Rousseau (1988) define-o como a média das percepções individuais para determinado nível hierárquico, grupo de trabalho, departamento, piso, divisão etc. O autor argumenta ainda, que este tipo de clima é formado com base na pertença dos individuos a algumas unidades identificáveis da organização formal e dentro de unidades concordantes ou consensuais nas percepções. Contudo Sousa e Calado (1993), com base nas perspectivas de vários autores (operacionalista), referem-se ao Clima Agregado argumentando que o que determina a semelhança ou diferença de climas, é o tipo de interacções.

Como constatamos pelas diferentes perspectivas apresentadas e segundo Payne e Pugh (1976), o ambiente interno é normalmente interpretado em termos de “clima” ou “estrutura” organizacional e geralmente, nenhuma destas variáveis inclui alguma consideração sobre o ambiente físico interno. Outro autor refere que o “Clima”, geralmente refere-se ao ambiente psicológico da organização - ao nível da cordialidade, da abertura, do apoio, etc., enquanto que a “estrutura”, refere-se normalmente a aspectos como dimensão, amplitude de controlo, especialização, formalização e centralização (Blackburn, 1982, citado por Tim Davis (1984).

Neste contexto, reflectindo um pouco sobre o que foi exposto e considerando que os aspectos físicos do ambiente que influenciam o comportamento, são tendencialmente ignorados nas interpretações do ambiente interno em termos gerais podemos dizer que o ambiente físico interno

dos locais de trabalho, é um dos aspectos do comportamento organizacional, ainda pouco compreendido.

Contudo, alguns autores têm tentado classificar o ambiente físico das organizações.

Steele (1973), analisou o ambiente físico interno, de acordo com o que pensa serem as seis funções principais: 1) protecção e segurança, 2) contacto social, 3) identificação simbólica, 4) instrumentalidade da tarefa, 5) satisfação e 6) desenvolvimento.

Pfeffer (1985), classificou o ambiente interno em seis dimensões principais: 1) tamanho, 2) qualidade, 3) flexibilidade, 4) arrumação, 5) privacidade e 6) localização.

Estas abordagens têm sido úteis na identificação de algumas das principais funções, das variáveis fundamentais e de modos alternativos de analisar o espaço físico organizacional. Contudo, uma limitação destes estudos, reside no facto de catalogarem um grande número de aspectos físicos, propriedades dos espaços físicos, e funções psicológicas que os espaços físicos promovem, sem identificarem os aspectos que compõem o ambiente físico .

Por exemplo, Steele (1973) descreve os benefícios sociais e psicológicos que o ambiente físico proporciona aos membros da organização; o seu quadro de referência não é uma classificação do ambiente físico. Pfeffer (1982), identifica as propriedades dos locais físicos mas não faz a diferenciação dos aspectos do ambiente físico, aos quais estas propriedades pertencem (Davis, 1984).

Segundo Tim Davis (1984), mais do que identificar os locais físicos, o que é necessário é organizar um quadro de referência que associe os aspectos que constituem o ambiente físico. Potencialmente, a utilidade do quadro de referência quer para a teoria quer para a prática, é considerar o ambiente físico organizacional constituído por três elementos principais: estrutura física; estimulação física; e artefacto simbólico. Na perspectiva deste autor, o local de trabalho deveria ser estudado, abrangendo estes três aspectos.

Mas um dos problemas mais persistentes desta problemática é tornar o clima social como um conceito multidimensional, contemplando as dimensões apropriadas e específicas do clima organizacional e/ou psicológico.

Vários investigadores interessados no estudo do clima social, têm elaborado o seu próprio modelo de clima, sempre numa base multidimensional e tentando sintetizar as principais características do clima.

Fourgous & Iturralde (1991), ilustraram as ligações existentes entre a realidade, a percepção e o clima social, que representaram do seguinte modo:

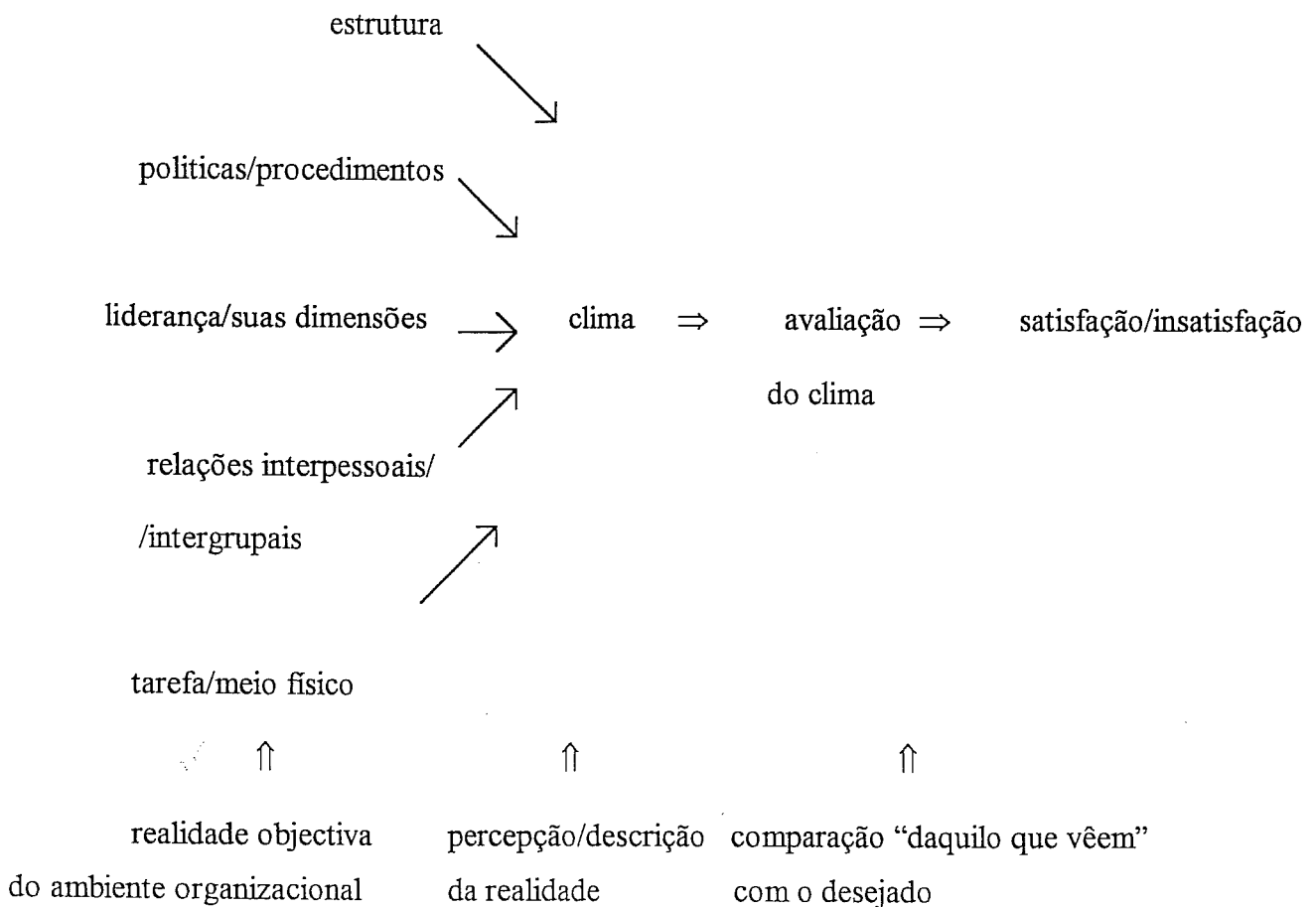


Figura 1 - relação entre "a realidade", o "clima" e a "satisfação" no trabalho.

Fonte: Fourgous e Iturralde (1991). "Mesurer et améliorer le climat social dans l'entreprise",

Estes autores identificaram cinco modelos principais de clima social, que sucintamente descrevemos.

O modelo de R. Lickert (1967), designado por “perfil das características organizacionais”, compreende oito dimensões: características dos métodos de supervisão; das forças motivacionais; do processo de comunicação; do processo de influência; do processo de tomada de decisão; do processo de planeamento; dos processos de controle; objectivos de produtividade e aperfeiçoamento.

G.Litwin & R. Stringer (1968), desenvolveram o modelo, “Clima da Organização”. Este avalia a percepção dos empregados em função de seis dimensões: 1) a estrutura organizacional, 2) a responsabilidade individual, 3) a remuneração e sua equidade, 4) o risco da tomada de decisão, 5) o apoio, 6) a tolerância ao conflito.

Também R. Pritchard & B. Karasick (1973) contemplaram no seu instrumento de avaliação onze dimensões que se querem independentes, completas e descritivas: 1) autonomia, 2) o conflito ou a cooperação, 3) as relações sociais, 4) a estrutura, 5) a remuneração, 6) a produtividade, 7) a motivação, 8) o status, 9) flexibilidade e inovação, 10) centralização da decisão, 11) o apoio.

“The Work Environment Scale” (W.E.S.), desenvolvida por Moos & Insel (1974), avalia o clima em função de dez dimensões: 1) envolvimento, 2) coesão, 3) apoio, 4) autonomia, 5) orientação para a tarefa, 6) pressão no trabalho, 7) clareza, 8) controle, 9) inovação, 10) conforto físico.

Por último, Bowers & Taylor (1970), desenvolveram o modelo “Survey of organizations”. Este modelo avalia as características organizacionais globais em função de três grandes áreas: liderança, clima organizacional e satisfação, sendo o clima organizacional medido em função de

cinco dimensões: 1) mudanças tecnológicas; 2) recursos humanos; 3) comunicação; 4) motivação e 5) tomada de decisão.

2.1 - Clima e Implicações Organizacionais

Considerado como um importante recurso das organizações, o espaço representa um dos vários recursos a ser adaptado e gerido de forma a contribuir para alcançar os seus objectivos. Nesta perspectiva, a organização deverá ser considerada como um sistema e o ambiente físico como um dos seus componentes, que contribuem para a eficácia organizacional.

Sabe-se que o homem não tem uma postura passiva face ao ambiente. Ele estrutura, interpreta, adapta, e altera-o, se possível, para que se adeque melhor às suas necessidades. Contudo o ambiente também não é passivo, ele influencia permanentemente o comportamento dos seus ocupantes, favorecendo-o ou limitando-o. Esta é a razão pela qual, quando pretendemos avaliar o ambiente, analisamos as interações que se produzem entre um meio ambiente concreto e as pessoas que nele permanecem.

Segundo Mc Andrew (1993), problemas relacionados com o ambiente do local de trabalho, não são novidade para os psicólogos. O interesse sobre a influência do ambiente físico no desempenho remonta aos estudos de Hawthorne. Estes estudos começaram com a tentativa de determinar o efeito da iluminação na produtividade e evoluíram no sentido de investigar o papel das percepções e sensações dos trabalhadores, como determinantes da produtividade.

Vários investigadores têm analisado a influência que o ambiente social no trabalho exerce sobre o bem-estar psicológico. Repetti (1987), com este mesmo objectivo, investigou duas versões do ambiente social: o ambiente social comum e o ambiente social individual. O primeiro é o clima social que é partilhado pelos funcionários no mesmo local de trabalho. O outro refere-se ao espaço social que rodeia o indivíduo nesse lugar, ou seja, a situação social pessoal no trabalho. Os resultados

deste estudo indicaram que a qualidade do ambiente social no trabalho, está relacionado com o bem-estar psicológico dos funcionários.

E. Schein (1982) refere que há três variáveis que determinam que tipo de grupos tendem a existir numa organização: factores individuais, factores dinâmicos e factores ambientais. No que concerne aos primeiros, temos o tipo de pessoas em termos de antecedentes pessoais, valores, status, aptidões, etc.. Quanto aos factores dinâmicos, prendem-se com a forma como o grupo se organiza, estilos de liderança, formação e treino, tipo das tarefas a desempenhar, a sua história anterior de sucesso ou de fracasso, o seu nível de desenvolvimento, etc.. Relativamente aos factores ambientais, incluem a cultura, o clima social, físico e tecnológico no qual o grupo existe.

Também Brunet (1983) refere que, sendo o clima a medida perceptiva dos atributos organizacionais, a percepção do meio de trabalho, constitui uma referência face à qual, por um lado, o empregado interpreta o que lhe é exigido, ou o que é esperado dele em termos organizacionais, por outro, selecciona os comportamentos a adoptar. Este autor afirma ainda que a estrutura, os processos organizacionais e o comportamento dos indivíduos e dos grupos, são os elementos responsáveis pela formação do clima e que este por sua vez vai influenciar o rendimento a três níveis: individual, grupal e organizacional.

De facto, como refere E. Schein (1980), a relação entre o indivíduo e a organização é interactiva, desenvolvendo-se através da influência e das trocas mútuas para estabelecer um contrato psicológico viável. A partir desta ideia, podemos então dizer que os comportamentos adoptados pelos indivíduos, não se prendem exclusivamente com factores individuais mas sobretudo com o processo de interacção indivíduo-organização.

Assim, por um lado, o espaço constitui uma variável fundamental nos estudos relativos ao clima organizacional, pelas influências que exerce sobre o trabalho e sobre os indivíduos e pela

possibilidade de ser gerido de forma a favorecer a eficiência do trabalho, a melhorar a produtividade e o clima organizacional. Por outro lado, podemos inferir que o clima organizacional constitui uma importante variável de gestão, na medida em que tem implicações a nível da eficácia das organizações.

Alguns estudos concluíram também que a afinidade entre a pessoa e o ambiente de trabalho, influencia particularmente a satisfação e o desempenho no trabalho, e que a relação entre o ambiente e a satisfação no trabalho, depende da contribuição do espaço físico em geral e de aspectos específicos do ambiente.

Sobre este assunto Sundstrom (1987), numa perspectiva de análise sistémica, considera as pessoas (que constituem a organização) e os seus ambientes de trabalho como elementos interdependentes do sistema, ... que o ambiente físico do espaço de trabalho exerce influência aos três níveis de análise: individual, interpessoal, e organizacional, ... e cada nível de análise envolve diferentes processos dinâmicos (psicológicos, psicossociais, e organizacionais) e diferentes resultados (satisfação pessoal, desempenho, comunicação interpessoal, formação e coesão de grupo, e eficácia organizacional), ... e ainda que o ambiente físico tem um papel importante no reforço da estrutura e do clima organizacional.

A este respeito McClelland et al. (1953), citado por Chiavenato (1987), defendeu que a eficácia organizacional pode ser aumentada através de um clima organizacional que satisfaça as necessidades dos membros da organização e que dirija o comportamento motivado na direcção dos objectivos organizacionais. Segundo este autor, é através do clima organizacional que se obtém a integração dos objectivos individuais com os objectivos e funções organizacionais. Segundo refere E. Schein (1982), este progresso rumo a um objectivo pode ser medido, e essa medida geralmente tem sido definida como a eficiência de uma organização.

Importa aqui salientar o que se entende por eficácia organizacional, de modo a facilitar a compreensão de como o clima que é percebido pelos trabalhadores vai interferir na dinâmica funcional de determinada organização. Assim, de acordo com Katz & Kahn (1978) eficácia organizacional é definida como o grau em que a organização de um modo eficiente alcança a sua missão, ao mesmo tempo que mantém a sua viabilidade. Este conceito tem por base a definição de organização como um sistema aberto, em constante interacção com o meio-ambiente, o que leva a que na sua definição, a eficácia abrange a manutenção de elevados níveis de satisfação e de desempenho dos empregados, níveis aceitáveis de produtividade, comunicação adequada e relações de apoio com organizações do ambiente externo.

De acordo com Vala e outros (1994), considerando que cada opção comportamental é objecto de aprendizagem por parte dos membros da organização, a eficácia refere-se aos resultados passados obtidos em cada opção, ou seja, ao seu reforço positivo ou negativo, anteriormente recebido da organização. E. Schein (1982) também refere que à luz da organização como um sistema, a eficiência pode ser definida como a sua capacidade de sobreviver, de se adaptar, de se manter e crescer, independentemente das particulares funções que desempenha.

Neste contexto, o conceito de eficácia organizacional não se limita à produtividade, pelo contrário inclui outras variáveis, assumindo um carácter multidimensional. Esta ideia é defendida por alguns autores, contudo há alguma discórdia quanto às dimensões a incluir, o que torna difícil o consenso na sua definição. Outra definição é apresentada por Sundstrom (1987), que define eficácia organizacional como o sucesso da organização na manutenção 1) da satisfação e envolvimento entre os seus membros; 2) da comunicação e coordenação entre indivíduos e unidades de trabalho; 3) da adequada produção ou resultados; 4) das relações de apoio mútuo com a envolvente externa. Este

autor salienta ainda que o ambiente de trabalho contribui para a concretização dos três primeiros aspectos.

Nesta linha de pensamento, E. Schein (1982) afirma que o principal problema dos grupos nas organizações é saber como torná-los eficazes para cumprir os objectivos da organização e atender às necessidades dos seus membros e o segundo é como estabelecer entre os grupos condições que melhorem a produtividade de cada um deles, sem destruir as relações intergrupais e a coordenação. De uma forma geral, o problema é, como estabelecer relações intergrupais de colaboração, naquelas situações em que a interdependência de tarefas ou a necessidade de unidade torna a colaboração um pré-requisito necessário para a eficiência organizacional.

Estes aspectos prendem-se necessariamente com a chamada dinâmica de grupo, ou seja com a compreensão dos processos que se desenvolvem no grupo, como seja a coesão, a liderança, o clima, o moral do grupo etc.. Daqui decorre a eficácia do grupo, e a sua importância, considerando como refere Munné (1995), que um grupo que não é eficaz perde em grande medida a sua razão de ser.

Na tentativa de uma abordagem sintética relativamente à influência do ambiente físico de trabalho importa referir que de acordo com Mc Andrew (1993), o “meio ambiente” refere-se aos aspectos invisíveis do ambiente físico, e segundo Sundstrom (1987) para o indivíduo o ambiente físico de trabalho consiste nas condições ambientais como temperatura, ar, luz, som, no espaço de trabalho propriamente dito, e nas infraestruturas como sejam, locais de descanso, sanitários e outras áreas comuns. O primeiro autor diz ainda que estes factores ambientais têm sido apresentados como tendo fortes efeitos no comportamento e sentimento humano.

Relativamente à influência na satisfação, Sundstrom (1987) defendeu que as relações entre o ambiente de trabalho e a satisfação do indivíduo no trabalho, depende da contribuição do ambiente físico em geral e dos aspectos específicos do ambiente (como a temperatura, iluminação, existência

de luz natural, nível de ruído, qualidade do ar), contudo G.-N. Fischer (1994) acrescenta que os processos envolvidos na satisfação são relativos à percepção individual da importância relativa de várias características do trabalho, uma das quais compreende as condições físicas do espaço de trabalho.

Esta relação da satisfação no trabalho com a satisfação com o ambiente, surge à semelhança das teorias anteriormente apresentadas por Maslow (1943) e Herzberg (1966). A teoria da hierarquia das necessidades defendida por Maslow (1943), sugere que o ambiente físico pode ajudar a satisfazer as necessidades básicas do indivíduo, e que estas incluem necessidades de relacionamentos sociais e de desenvolvimento pessoal. Mais tarde Herzberg (1966), identifica 2 tipos de factores do trabalho susceptíveis de provocar satisfação ou não satisfação e consideraram o ambiente físico como um factor higiénico, ou seja, susceptível de provocar insatisfação.

É neste contexto que E. Schein (1982) põe em causa o conceito tradicional de organização, argumentando que a dinâmica interna das organizações resulta das necessidades e desejos humanos entre outros factores, sugerindo que o conceito de organização necessita de ser mais dinâmico, reflectindo a realidade da motivação humana, da dinâmica grupal e dos fenómenos intergrupais.

Quanto à potencial influência do ambiente físico do local de trabalho no desempenho, segundo G.-N. Fischer (1994), este pode ter a curto prazo influência no desempenho do indivíduo, manifestando-se esta através de processos psicológicos como a estimulação, o stress, a sobrecarga de informação, a distração e a fadiga, vivenciados no local de trabalho. Estes processos psicológicos aparentemente são influenciados pelas condições ambientais (sobretudo pelo calor e pelo ruído), e os seus efeitos no desempenho variam de acordo sobretudo com a complexidade da tarefa. A persistência destes efeitos pode ser temporária, considerando que o indivíduo sofre processos de adaptação, no entanto, a própria adaptação, a longo prazo, pode também ter

implicações no desempenho, pelas mudanças nos hábitos de trabalho ou na partilha de esforços e empenho.

Assim de uma forma geral podemos dizer que ao nível individual, esta tem implicações quer no desempenho quer na satisfação dos trabalhadores. Mc Andrew (1987) concretizou mesmo que o humor, as emoções e os comportamentos que as pessoas experienciam, são um produto do meio ambiente. De facto, a estimulação ou as qualidades emocionais do meio ambiente, são determinantes do comportamento humano. No entanto, nem todas as pessoas reagem da mesma forma ao meio ambiente. Como tivemos oportunidade de abordar anteriormente, uma boa parte das respostas perceptivas ao meio ambiente, expressam-se por meio de juízos “carregados” de sentimentos positivos ou negativos, a favor ou contra determinados aspectos do mesmo, ou seja, as pessoas regulam as suas interações face à utilização activa do meio, através da significação que o indivíduo e os grupos atribuem ao espaço físico.

Estas duas variáveis (satisfação e desempenho) representam os resultados principais da eficácia organizacional ao nível individual, mas as implicações directas da satisfação no desempenho não estão completamente comprovadas. Contudo Davis (1984), apresenta resultados consistentes com a existência de relação entre a satisfação e os níveis de absentismo e “turnover” no trabalho.

Mas esta influência do ambiente físico não se manifesta apenas a nível individual, ela vai ter também as suas implicações ao nível das relações interpessoais, ou seja, o ambiente físico também desempenha um papel relevante nos processos psicossociais, com especial importância no que concerne à comunicação relacionada com a proximidade e privacidade.

Relativamente ao papel do ambiente físico na comunicação, o enfoque reside na oportunidade e na qualidade da interacção social frente a frente. De acordo com Sundstrom (1987), a comunicação é facilitada pelo ambiente, particularmente quando as pessoas estão localizadas em proximidade

7

imediate com os seus pares ou com os seus superiores hierárquicos. Assim, a acessibilidade física do trabalhadores - proximidade ou a existência de barreiras físicas entre eles - pode levar à escolha de diferentes tipos de comunicação.

Ainda neste âmbito, interessa referir que, se por um lado a proximidade tem implicações que vão beneficiar de algum modo o grupo, por outro lado, há situações em que a proximidade pode ser prejudicial. Por exemplo, Sundstrom (1987) concluiu que existe relação entre a proximidade e o contacto entre supervisores e subordinados. Segundo este autor, quanto mais próximo se encontra o supervisor dos subordinados, mais frequente é o contacto entre eles, o que pode aumentar o desejado feedback sobre o desempenho. Contudo esta proximidade da supervisão pode também contribuir para diminuir a autonomia dos membros do grupo.

Outro aspecto importante nesta abordagem da relação entre o ambiente físico e as relações interpessoais, é o aspecto da privacidade e da capacidade individual para controlar o contacto social. O termo privacidade quando aplicado em relação ao trabalho, geralmente implica alguma forma de acessibilidade limitada a outras pessoas e pode referir-se à privacidade visual, acústica ou no acto de falar, ou seja, a pessoa pode desejar privar-se da observação ou da audição de outras pessoas, ou evitar interrupções, distrações ou interacções.

Para Sundstrom (1987) o conceito de privacidade pode estar conotado com a situação de privação deliberada do contacto com outras pessoas, com a forma de gerir a informação e ainda com a forma como as pessoas controlam a interacção interpessoal, tentando manter um nível óptimo de interacção com os outros. Quando o controlo sobre a interacção não é eficaz, poderá surgir o excesso de estimulação social (crowding) ou o comportamento de isolamento. A este respeito Altman (1987) argumentou que quando as pessoas experienciam excesso ou reduzida interacção social, elas tentam corrigir essa situação através de mecanismos de controlo da privacidade (verbais e não verbais), incluindo a adaptação de um ambiente físico que controle o contacto com os outros.

Ao analisarmos todas as argumentações e conclusões dos vários autores referenciados ao longo deste trabalho, concretamente sobre a influência do ambiente físico nas relações interpessoais verificámos que existe alguma controvérsia e falta de consistência relativamente a alguns estudos. Por exemplo, relativamente à ideia de que os espaços de trabalho abertos, promovem a acessibilidade visual e por isso são susceptíveis de facilitar a comunicação, são-nos apresentadas diferentes conclusões. Alguns autores concluíram que nos espaços de trabalho abertos há uma diminuição da comunicação, verificada essencialmente pela inibição de conceder “feedback”, quer entre colegas quer pelos seus superiores hierárquicos, decorrente da falta de privacidade para falar (Oldham & Brass 1979), sendo também manifestada a falta de privacidade para conversar, particularmente pelos gestores (Ives e Ferdinandes, 1974).

Mas como sugerido por alguns autores, a proximidade física tem outras implicações nos processos interpessoais, nomeadamente ao nível da formação e coesão do grupo. Segundo G.-N. Fischer (1994) a proximidade entre as pessoas no local de trabalho, promove a coesão e o desenvolvimento de relações de amizade, e Sundstrom (1987) defende que a proximidade dá ao grupo razões para focalizarem as suas interacções e os seus contactos fora dele, o que favorece a coesão interna do grupo.

“Coesão” é o termo mais frequentemente usado para descrever a preferência e o envolvimento que uma pessoa tem para com um grupo. Para funcionar eficazmente o grupo tem de ser coeso, “muito unido”, desenvolver um sentimento de partilha entre os seus elementos, ou ter clima emocional positivo.

Segundo Johnson & Johnson (1994), coesão de grupo é o conjunto de todas as forças (positivas e negativas), que levam os indivíduos a manterem-se como membros de grupos específicos. Esta é determinada pela avaliação que os seus membros fazem das consequências desejáveis e indesejáveis da sua pertença àquele grupo. Os resultados esperados pelos membros de

determinado grupo, dependem de tais factores, como da natureza e da clareza dos objectivos do grupo, como das condutas para alcançar esses mesmos objectivos. É a soma de todos os factores que influenciam os membros a permanecer no grupo, e quanto mais favoráveis são os resultados que os membros podem esperar da sua pertença ao grupo, mais eles se sentirão atraídos pelo grupo, isto é, a coesão de grupo expressa o grau em que as influências sobre os membros para permanecer no grupo são superiores ás influências que impelem para abandonar o grupo. Assim, quando os membros do grupo gostam uns dos outros e desejam permanecer na presença mútua, o grupo é coeso.

A nível organizacional, o nível de coesão dos grupos é susceptível de ser identificado a partir de diversos comportamentos, nomeadamente o grau de assiduidade, a pontualidade, a confiança e o sentido de entreajuda entre os seus membros, o respeito pela individualidade de cada um, entre outros aspectos.

Diversos estudos concluíram que o nível de coesão existente num grupo, exerce uma influência positiva concreta em relação ao seu funcionamento. Johnson & Johnson (1994) argumentam que à medida que aumenta o nível da coesão num grupo, também se assiste a uma maior valorização dos objectivos do grupo, os seus membros parecem estar mais identificados e envolvidos nas suas actividades, bem como os papeis e as tarefas atribuídas são bem aceites. Do ponto de vista comportamental, é possível verificar que quanto mais coeso for o grupo, maior é o zelo na protecção das normas do grupo e consequentemente aumenta a pressão sobre quem as desrespeita. É possível também verificar que os membros destes grupos estão mais predispostos a serem receptivos às opiniões de outros, a evidenciarem um certo espírito de sacrifício e a desenvolverem comportamentos defensivos em relação à sua envolvente externa.

Contudo o desenvolvimento da coesão do grupo pode também acarretar alguns aspectos menos positivos, como seja o facto do grupo vir a sobrevalorizar o consenso por forma a que tal se torne

num comportamento obsessivo, o que no limite poderá reduzir a capacidade crítica de cada um dos seus membros (Janis, 1972, citado por Munné, 1995). Uma outra hipótese consiste em o clima de abertura e maior interacção pode criar um ambiente mais propício ao desenvolvimento e expressão de conflitos interpessoais.

Em síntese, a coesão num grupo, resulta num grupo melhor, aquele em que os membros trabalham em maior cooperação e resolvem as dificuldades do grupo.

No que respeita ao tema do nosso trabalho é de referir que de acordo com os diversos autores apresentados, o espaço físico pode desempenhar um papel importante na formação, no modelo de interacção e comunicação do grupo, e poderá constituir um factor de eficácia e de coesão social.

Fazendo uma análise retrospectiva das relações existentes entre pessoa - ambiente, baseada numa concepção sistémica, à semelhança do defendido por Sundstrom (1987) concordamos que para a organização (vista como um todo), o resultado chave é a eficácia organizacional, para a qual contribui o ambiente de trabalho, através das relações e influências ao nível individual e interpessoal , isto é, a eficácia organizacional, depende por um lado dos aspectos individuais e interpessoais, por outro, depende da organização como um todo.

Importa ainda salientar, que como refere Brunet (1983), o clima constitui a personalidade da organização e contribui para a imagem que esta projecta aos seus membros e ao exterior. Para além deste aspecto, fazendo uma análise prospectiva, esta problemática ao nível das organizações, deverá assumir um papel de maior relevo, atendendo a que no futuro, as pessoas que as constituem estão cada vez mais sujeitas a maiores exigências e por outro lado as organizações também terão de fazer face a mais exigências dos trabalhadores, estes tornar-se-ão mais envolvidos nas decisões, e terão um nível de expectativas superior acerca de todos os aspectos ligados à sua função, incluindo o ambiente físico no qual trabalham.

2.2 - “Work Environment Scale” e suas Aplicações

A “Work Environment Scale” (W.E.S.) destina-se a avaliar o clima social no local de trabalho. Esta escala contempla três formas de avaliação: a forma REAL (R) - que mede as percepções existentes acerca do local de trabalho ; a forma IDEAL (I) - que mede as ideias e concepções sobre o ambiente de trabalho ideal ; a forma EXPECTATIVAS (E) que mede as expectativas acerca do local de trabalho.

De acordo com o modelo preconizado por Rudolf Moos (1994), o clima social deverá ser abordado numa perspectiva ecológica, isto é, analisar esse ambiente, no contexto global dos ambientes em que a pessoa está inserida. O quadro conceptual das escalas de avaliação subjacentes a este modelo é comum e todas as escalas evidenciam a continuidade entre ambientes e como as suas influências interagem..

Para este estudo, decidimos aplicar a forma R da W.E.S.. Esta escala avalia factores ambientais categorizados em três dimensões do clima social e centra-se nas relações entre empregados/empregados, subordinados/chefes e na unidade estrutura e dinâmica funcional. É constituída por 90 items, distribuídos por 10 subescalas.

A dimensão relacionamento contempla as subescalas envolvimento, coesão entre colegas e apoio do supervisor . A dimensão desenvolvimento pessoal é medida pelas subescalas autonomia, orientação para a tarefa e pressão no trabalho. A dimensão sistemas de manutenção e mudança, medida pelas subescalas clareza, controlo, inovação e conforto físico.

Dimensão Relacionamento

1. Envolvimento
2. Coesão entre colegas
3. Apoio do supervisor

Dimensão desenvolvimento pessoal

1. Autonomia
2. Orientação para a tarefa
3. Pressão no trabalho

Dimensão sistemas de manutenção e mudança

1. Clareza
2. Controlo
3. Inovação
4. Conforto físico

Dimensões e subescalas da W.E.S.

Moos (1994), com o objectivo de avaliar as qualidades métricas da forma R da WES, com 90 itens e 10 subescalas, aplicou-a a uma amostra de 8146 indivíduos, dos quais 3267 empregados representativos dos ambientes de trabalho em geral e 4879 empregados do ambientes de trabalho da saúde. Os grupos de profissionais dos locais de trabalho da saúde, englobaram prestadores de cuidados directos e pessoal não envolvido directamente nos cuidados aos doentes, empregados nos centros médicos, clínicas psiquiátricas, serviços gerais de medicina e unidades de cuidados intensivos de hospitais gerais, entre outros.

A média e o desvio padrão obtidos foram semelhantes nos grupos de trabalho em geral e nos grupos dos cuidados de saúde, o que veio confirmar que esta escala é representativa para a generalidade dos locais de trabalho.

Para avaliar a consistência interna da mesma escala, foi calculado o coeficiente alpha de cronbach para cada uma das 10 subescalas, com uma amostra de 1045 empregados dos grupos de trabalho em geral, incluindo da área da saúde. Os valores obtidos para todas as subescalas, de uma forma geral são bastante aceitáveis, variando de moderados na subescala coesão entre colegas (.69) a elevados coeficientes de consistência interna nas subescalas pressão no trabalho (.80), conforto físico (.81), envolvimento (.84) e inovação (.86). Relativamente à consistência interna das dimensões e da escala na sua globalidade, não nos são fornecidos quaisquer dados no manual.

Moos (1994) também submeteu as 10 subescalas da forma R da WES ao teste-reteste, aplicando-a a uma amostra de 75 empregados, tendo estes respondido duas vezes à mesma escala, com um intervalo de um mês entre as duas aplicações. Os valores obtidos variaram entre .69 na subescala clareza e .83 na subescala envolvimento.

Moos (1994), procedeu ainda às correlações entre as 10 subescalas, para uma amostra de 1045 empregados dos vários sectores incluindo os da saúde, tendo concluído que todas as subescalas medem coisas distintas e estão relacionadas com aspectos do ambiente de trabalho.

A forma R da escala WES, foi traduzida e adaptada para a população portuguesa em 1995, por Cristina Louro. Esta adaptação foi realizada através da aplicação da escala a uma amostra de 308 empregados de 20 grupos de trabalho, incluindo o sector da saúde, distribuídos por várias zonas geográficas de Portugal, incluindo as regiões autónomas da Madeira e Açores. A mesma autora, procedeu à análise factorial e à validação da consistência interna de todas as subescalas, tendo obtido os seguintes valores de "alpha Cronbach": Envolvimento .70 ; Coesão entre colegas .73 ; Apoio do

supervisor .71 ; Autonomia .69 ; Orientação para a tarefa .57 ; Pressão no trabalho .60 ; Clareza .70 ; Controlo .54 ; Inovação .64 ; Conforto físico .74 .

Um grande número de investigadores tem utilizado a W.E.S. para o estudo do ambiente social , em diversos locais de trabalho e alguns interessaram-se concretamente pelo estudo do ambiente no espaço clínico enquanto espaço de trabalho, sobretudo em unidades de cuidados intensivos.

Waters (1978), utilizou a W.E.S. para avaliar o clima social entre o pessoal de enfermagem e o pessoal de apoio, numa unidade de cuidados de saúde para doentes crónicos. Foi seu objectivo determinar se existiam algumas diferenças entre as suas percepções sobre o ambiente de trabalho. Este concluiu que ambos os grupos profissionais apresentavam percepções pouco satisfatórias relativamente ao conforto físico, que o pessoal de apoio tende a perceber o ambiente de trabalho como mais positivo do que o pessoal de enfermagem, à excepção da orientação para a tarefa em que os enfermeiros têm uma percepção mais positiva.

Cangelosi & Lemoine (1988),utilizaram a W.E.S. no estudo que realizaram num ambiente de trabalho universitário, em 3 grupos, de 3 departamentos, com triplo objectivo: avaliar os efeitos nas atitudes comportamentais; determinar mudanças na percepção; e detectar alterações nas relações interpessoais e entre grupos, antes e após a mudança de um ambiente de trabalho aberto para um fechado (através de separadores amovíveis). Os resultados mais significativos deste estudo, foram de que a subescala autonomia decresceu significativamente, a pressão no trabalho foi significativa e consistentemente mais elevada. Interessante, é que relativamente à dimensão manutenção e mudança do sistema a subescala conforto físico foi substancialmente mais positiva para todos os grupos, após

a mudança. No que diz respeito à dimensão relacionamento, contrariamente a outras experiências evidenciou um aumento significativo do envolvimento, após o ambiente se ter tornado privado.

As diferenças destes resultados podem eventualmente ser explicados pelo uso de sistemas de escritório modulares, em vez de sistemas que isolam completamente as pessoas umas das outras.

Steven Starker (1989), desenvolveu um estudo no "VA Medical Center", com o objectivo de avaliar a percepção dos trabalhadores de 3 grupos de 3 diferentes locais de trabalho (divisão da Portland; divisão de Vancouver e clínica satélite do centro da Portland). Neste estudo também foi utilizada a W.E.S.- forma R, e nele participaram 39 serviços diferentes do centro médico, sendo a amostra constituída por 902 sujeitos representativos de 54 tipos de funções e 152 lugares de trabalho distintos. Pretendeu-se com esta investigação, comparar o ambiente de trabalho do VA Medical Center de Portland com o de outros locais de cuidados de saúde. Este autor concluiu neste estudo, que a UCI era percebida pelo seu staff, como a origem da maior pressão no trabalho e que a sua moderna estrutura física merecera o mais elevado score no que se refere ao conforto físico. Concluiu ainda, comparando os diversos grupos profissionais que interagem na uci, que os médicos experienciam maior envolvimento com o grupo e menos controlo exercido pelos gestores, do que os outros grupos profissionais. Os médicos manifestaram ainda maior conforto físico e até certo ponto maior suporte da supervisão.

Hipwell, Tyler e Wilson (1989), pretenderam determinar as causas directas do stress e a relação desses stressores com a percepção do clima social das enfermeiras sobre os seus ambientes de trabalho. Este estudo dirigiu-se ao staff de enfermagem, de unidades de cuidados intensivos (para doentes coronários e renais) e de serviços gerais (de medicina geral e de geriatria), de 2 hospitais centrais de Inglaterra. Também estes investigadores seleccionaram como instrumento de avaliação as formas R e I da W.E.S.. Como principais conclusões, encontraram diferenças significativas em 5 das

10 subescalas da forma real para a avaliação do ambiente de trabalho. Excepto na dimensão apoio do supervisor, a unidade geriátrica era percebida como mais negativa, enquanto o ambiente de trabalho da unidade de cuidados intensivos de coronários, como a mais positiva (em 8 das 10 dimensões). Verificou-se ainda haver discrepância entre a forma “real” e “ideal” da W.E.S.. Esta traduz em certa medida a “insatisfação com o ambiente de trabalho das enfermeiras”.

Outros investigadores pretenderam comparar o ambiente real de trabalho com o ambiente de trabalho idealizado pelos trabalhadores. Koran , Moos e Zasslow (1983), também investigaram no espaço clínico, recorrendo á aplicação da escala W.E.S.(formas R e I), com o objectivo de avaliar qual a percepção do ambiente de trabalho da UCI de doentes queimados e quais as preferências ideais de ambiente de trabalho. Neste estudo participaram 18 enfermeiros, 3 técnicos, 11 auxiliares, 2 médicos e 6 doentes. Os principais resultados deste estudo, revelam que o staff desta unidade apresenta um nível de autonomia acima da média, níveis médios de envolvimento e apoio do supervisor, e relativamente à coesão e em todas as subescalas de manutenção e mudança apresentaram níveis abaixo da média. Comparando a percepção do ambiente real com a ideal, o staff desejava ver aumentadas todas as dimensões do ambiente de trabalho á excepção do controlo e pressão no trabalho.

Outros compararam o ambiente de trabalho das enfermeiras, em diferentes países. Por exemplo, Baker et al (1992), também se interessaram pelo estudo do ambiente de trabalho no hospital, tendo sido seu objectivo comparar o ambiente de trabalho das enfermeiras Inglesas com o das Norte Americanas. Com esse objectivo, aplicou a forma R da escala de Moos (W.E.S.). As principais conclusões de este estudo, revelam-nos que as enfermeiras Britânicas apresentam níveis de envolvimento e de coesão mais elevados, inferiores níveis de apoio dos supervisores, mais autonomia, elevada orientação para a tarefa , maior pressão e controlo no trabalho, maiores níveis de inovação e menor conforto físico.

Tommasini (1992), desenvolveu também um estudo num hospital psiquiátrico, aplicando as formas R (real) e I (ideal), ao staff de enfermagem, com o propósito de avaliar o impacto da intervenção de um grupo de apoio ao staff, liderado por uma enfermeira de psiquiatria, no ambiente de trabalho da UCI. Este concluiu, não haver mudanças de percepção significativas, antes e após a intervenção do referido apoio. Apenas as dimensões clareza e controlo, apresentaram um aumento significativo, após a intervenção do grupo de apoio.

3 . Espaço Clínico

Sendo este, de entre os locais de trabalho, um dos menos explorados e investigados, constitui uma importante e interessante fonte de investigação, considerando a sua especificidade, a diversidade de grupos profissionais que integra e ainda os diferentes espaços que o constituem. Contudo, à semelhança do percurso histórico de outros países, como por exemplo dos países anglo-saxónicos, também em Portugal foi relativamente difícil e tardio o aparecimento de estudos de investigação no âmbito das ciências sociais no contexto hospitalar, ficando por muitos anos remetido ao silêncio:

Segundo Carapinheiro (1993), várias razões explicam a dificuldade em reunir os elementos indispensáveis para a delimitação de um campo de saber constituído sobre o hospital. Como primeira razão aponta o aparecimento também tardio da saúde, da doença e da medicina como objectos de investigação sociológica, e mesmo estas, foram no domínio da gestão hospitalar com objectivos de planeamento e rentabilização de recursos económicos e financeiros.

Em segundo lugar, o interesse também tardio dos estudos sociológicos neste campo de estudo, decorrente em primeira instância pelo facto de “ o carácter natural e biológico da saúde, da doença e da morte encerrarem uma racionalidade intrínseca à sua própria natureza, tão explícita e tão evidente que, ao olhar sociológico, estas ciências opuseram uma imanente racionalidade científica, princípio e fim de todas as perguntas e respostas, pretendendo esgotar em si a origem de qualquer outro tipo de questionamento (Carapinheiro, 1993).

Em suma, qualquer projecto de investigação, fora do âmbito das ciências médicas, confrontou-se com a força e legitimidade dos saberes médicos e com o poder institucional dos seus principais representantes, ficando assim por explicar aspectos da sua existência enquanto instituição social.

Constituindo também um terreno privilegiado para a investigação, relativamente aos aspectos que se prendem com a existência de diversos grupos profissionais, em Portugal, os estudos centraram-se quase exclusivamente no modelo de educação médica e posteriormente nos problemas

relacionados com a formação de outros profissionais da saúde. Nos Estados Unidos e na Inglaterra, tradicionalmente os estudos incidiram nos hospitais psiquiátricos, concretamente sobre a organização dos espaços, ritmos de actividades e processos de intervenção terapêutica, extremamente marcados no seu quotidiano (Carapinheiro,1993).

Através da pesquisa bibliográfica efectuada, podemos verificar que o cenário anterior tem-se modificado de há alguns anos a esta parte. Actualmente tem vindo a aumentar a realização de estudos de investigação no espaço clínico, realizados por diversos investigadores e em vários países, com particular incidência, em Inglaterra, Canadá e Estados Unidos.

Podemos ainda verificar que a maior parte destes estudos, foram realizados em unidades de cuidados intensivos e reportam-se essencialmente à análise do clima social nestes espaços de trabalho e à sua influência no bem-estar e satisfação dos doentes e profissionais que nelas permanecem.

De facto, as unidades de cuidados intensivos, atendendo às suas características, à sua especificidade e diferenciação, constituem, para todos quantos nela permanecem enquanto prestadores de cuidados, um dos espaços onde a sobrecarga de trabalho é normalmente mais elevada, onde todas as actividades têm necessariamente de ser desenvolvidas com espírito de equipa, e em que o esforço de todos é essencial para que o objectivo principal destas unidades de tratamento seja alcançado de forma eficaz.

Tradicionalmente, a arquitectura para as organizações prestadoras de cuidados de saúde, tem de ser funcional, segura e atender à relação custo / eficácia. Contudo a prática tem demonstrado que a sensibilidade dos doentes ao ambiente pode ter um maior impacto no seu processo de recuperação (Kramer, 1992), e a sensibilidade do pessoal ao ambiente de trabalho, tem impacto na satisfação e no tipo de padrões de relação (Bell et al.,1990).

Entre outros factores que contribuem para a satisfação e para as formas de interacção no espaço de trabalho hospitalar, encontra-se naturalmente o aspecto da sua arquitectura. De facto, sempre que se aborda o tema “hospital”, a ideia radica de imediato na sua estrutura física. Em muitos casos é mesmo a única referência que temos desses locais, decorrente da imagem física que nos transmite, ou apenas de um conhecimento do que se ouve dizer a esse respeito.

Concretizando mais esta ideia, damos como exemplo alguns dos nossos hospitais, que embora de grande valor patrimonial e histórico, já são de pouca funcionalidade e precária habitabilidade. A este propósito, Nebot (1984) diz que muitas das críticas de hoje ao hospital, centram-se nas suas monumentais estruturas: “os monstros, ainda que beneficentes, terminam sempre por ser odiados”.

De facto, as tradicionais estruturas hospitalares estão obsoletas, com absurdas divisões de espaços que denotam deficiente planeamento, nenhuma previsão para os avanços tecnológicos e o completo esquecimento das pessoas que desenvolvem o seu trabalho ou vivem as suas dores nestes locais. Contudo, nem sempre se podem culpabilizar disto os arquitectos, uma vez que, como refere Nebot (1984), a função que lhes é dada, resume-se a “dar lugar a umas ideias, possibilitar algumas funções e alojar algumas pessoas”. Este autor salienta ainda que tal como as ideias, funções e pessoas, nascem, vivem, transformam-se e morrem, também estas estruturas se vão criando e renovando, mas perduram no tempo sempre como hospitais.

Se reflectirmos um pouco sobre esta realidade, e ouvirmos de perto aqueles de alguma forma passam ou permanecem nos nossos hospitais, facilmente deduzimos que arquitectos, engenheiros e construtores hospitalares, sabem pouco, relativamente aos efeitos psicológicos do ambiente clínico, sobre os doentes e pessoal, excepto se recorrerem à experiência daqueles que lá trabalham. Por outro lado, como nos confessa o arquitecto Nebot (1984), quando confrontados com a necessidade de elaboração de um projecto de edificio hospitalar, sente como primeira preocupação, não saber exactamente que tipo de edificio se irá fazer, e concretamente em função de quem o tornar habitável.

No entanto, para este autor não restam dúvidas de que se deverá fazê-lo a pensar facilitar espacialmente as relações e actividades entre dois grupos de pessoas perfeitamente diferenciados: os doentes e os profissionais da saúde, ambos com uma dinâmica muito concreta e uma missão muito específica. A actividade ou a passividade de cada um destes grupos, deverá ser o que configurará os espaços de determinado hospital.

Ainda neste âmbito, e apesar de não ser objecto deste estudo, gostaria de acrescentar que existem outros utilizadores dos espaços clínicos, frequentemente relegados para segundo plano e até mesmo ignorados, aquando do planeamento dos espaços clínicos. Infelizmente, nestes projectos, regra geral não se dá importância aos familiares e visitantes dos doentes, o que muitas vezes origina um clima desagradável, que prejudica o funcionamento assistencial. De facto, nos dias de hoje, está na moda falar da imperiosa necessidade de não existirem barreiras arquitetónicas físicas nos hospitais, mas nunca se menciona a necessidade, também esta imperiosa, de se evitarem as barreiras psicológicas originadas pela carência de espaços adequados aos familiares e visitas.

3 . 1. As Unidades de Cuidados intensivos (UCI)

O conceito de unidades hospitalares específicas para o tratamento intensivo de doentes surgiu nos EUA , a partir da criação de salas de recuperação pós-anestésica no período compreendido entre 1948 e 1960 (Kinney, 1983). O seu grande impulso deu-se com o aparecimento da epidemia de poliomielite de 1940-1950, e com a medicina de campanha da guerra da Coreia (Santos, 1983). Com os grandes avanços tecnológicos, entre 1960 e 1972, a prática hospitalar moderna, dá início à criação de centros de tratamento intensivo. O sucesso destes centros multidisciplinares nos hospitais comunitários foi reconhecido tardiamente, tendo posteriormente sido criados também nos hospitais-escola. Estas unidades foram concebidas e organizadas para dar resposta às necessidades de um único serviço (por ex. cardiologia, cirurgia ou pediatria), e quanto à sua dimensão, eram pequenas, com 4 a 6 camas, ou médias, com 6 a 12 camas (Kinney, 1983). Posteriormente foram surgindo outras unidades específicas para a manutenção das funções vitais, como as unidades de tratamento respiratório criadas com o aparecimento dos sofisticados aparelhos de ventilação mecânica em substituição dos antigos “pulmões de aço”, as unidades de diálise renal, entre outras (kinney, 1983).

Esta evolução da técnica médica, originou o incremento deste tipo de unidades multidisciplinares, organizadas para tratar diferentes tipos de doentes e para praticar diferentes técnicas intensivas, com uma maior rentabilização de espaço, equipamentos e recursos humanos.

Actualmente a unidade de cuidados intensivos é definida por “ serviço para doentes com patologias potencialmente recuperáveis, onde é possível beneficiarem de tratamento e de uma observação permanente e mais detalhada (Hinds e Watson, 1996).

Estes locais de trabalho são considerados serviços especiais, pela tecnologia de “life-saving” de que dispõem para a prestação de cuidados médicos especializados.

Relativamente à sua estrutura física, actualmente as novas unidades são construídas para esse objectivo, pelo que podem tomar qualquer forma que se considere melhor ou mais adequada (rectangular, quadrada ou mesmo redonda), mas muitas das “velhas unidades”, foram reconvertidas e/ou recuperadas de áreas hospitalares originalmente concebidas para outros fins e por isso consideradas pouco adequadas em termos de estrutura física. De facto, apesar de se ter passado a atribuir mais alguma importância ao impacto do espaço físico no comportamento, a este nível ainda nos distanciamos muito do padrão ideal.

Tal como afirma Meyer (1993), quem concebe as UCI, parece estar mais preocupado com o equipamento do que com o bem estar das pessoas que nelas permanece. Segundo este autor, as unidades futuras deveriam ser projectadas com a preocupação de proporcionarem um ambiente mais humanizado, com menos ruído, menos estimulação, temperaturas adequadas, alertando ainda para a necessidade de envolver no projecto de construção das mesmas, pessoas que tenham experiência de trabalho nestes locais, como médicos e enfermeiros.

As unidades de cuidados intensivos, variam consideravelmente em tamanho e estrutura. Hoyt et al.(1995), relativamente ao tipo de estrutura física, classificam como geralmente mais usados, três tipos de design, contemplando cada um vantagens e desvantagens. A “*unidade aberta*”, constituída por um espaço amplo e aberto, com várias camas dispostas lado a lado à volta do perímetro da sala, com as cabeceiras junto à parede, não havendo divisórias entre as camas, estando estas geralmente separadas por cortinados; a “*unidade fechada*” constituída por quartos ou pequenos compartimentos com uma ou mais camas, tendo uma pequena central de trabalho de enfermagem em cada quarto, também designada por unidade de “*quartos privados*”, na qual os mesmos estão dispostos à volta da central de enfermagem, permitindo também uma ampla visibilidade dos doentes através de meias paredes de vidro. Actualmente as unidades têm sofrido alguma evolução no sentido de se tornarem

tendencialmente “ *unidade mista*”, em que coexistem uma mistura de ambas as estruturas (aberta e fechada), ou seja, uma unidade aberta com um ou mais quartos individualizados.

Todos os tipos de estruturas apresentam vantagens e desvantagens. No que concerne às unidades com um tipo de estrutura aberta, Kinney (1983) argumenta que “ um grande e único salão com os espaços dos leitos separados por cortinas, proporciona uma observação máxima com um mínimo de área por leito, porém com um controlo mais deficiente das infecções cruzadas, expondo o doente a um elevado nível de ruído e actividade, oferecendo um mínimo de privacidade e de oportunidade para visitas. Na realidade, o facto de concentrar as suas actividades e recursos numa área ampla e aberta , permite indubitavelmente, uma melhor rentabilização dos recursos humanos e materiais e facilita a gestão e controlo dos mesmos (Hoyt et al, 1995). Os recursos humanos, quer em número quer na sua diferenciação em termos de pessoal especializado, passam a estar concentrados numa única área, proporcionando assim uma maior partilha de experiências e um importante centro de aprendizagem. Por outro lado, o facto dos doentes de alto risco estarem concentrados num único espaço, permite ainda uma observação sistemática e permanente dos mesmos por parte dos prestadores de cuidados de saúde. Watson et Hinds (1996) acrescentam também que o espaço aberto em unidades de cuidados intensivos, permite uma utilização mais eficiente do espaço, por parte do staff de enfermagem.

Em síntese, a unidade de estrutura aberta, favorece o desenvolvimento profissional, promove a rentabilização de recursos e permite uma utilização mais eficiente do espaço, por parte de quem nele trabalha.

Relativamente às unidades fechadas, segundo Kinney (1983), uma unidade de quartos individuais, tem as vantagens e desvantagens opostas às unidades abertas, ou seja, os quartos privados, têm a vantagem de minimizar os riscos de infecções cruzadas, através do isolamento que permite entre os doentes, proporciona uma maior privacidade quer aos doentes quer ao pessoal que

nelas trabalham, contudo, este tipo de design, diminui a observação prestada aos doentes, exige uma dotação de pessoal superior, e diminui a frequência da interacção entre os membros do grupo de trabalho e o espírito de equipa. Contudo este autor sugere que construir boxes de paredes rígidas com divisões até ao tecto, com painéis de vidro a uma altura adequada (aproximadamente a 1,22m) é uma solução razoável, possibilitando assim a observação dos doentes por parte do pessoal, mas proporcionando privacidade visual e uma barreira parcial ao som, entre os doentes alojados contiguamente.

A decisão sobre o tamanho da UCI e do número total de camas, tem de ser tomada relativamente à distribuição espacial das camas e das suas relações com os outros aspectos.

Relativamente ao número de camas, este deverá ser proporcional ao tamanho e capacidade de trabalho do hospital e/ou distrito para o qual a unidade foi destinada. Segundo Gomes (1978), o número ideal de camas de uma UCI, deve ser na ordem de 5% a 10% do total de camas desse hospital e um máximo de 12 camas é o fixado por norma; o número de camas dedicadas a cuidados intensivos deverá ser entre 2% e 5% das camas totais de um hospital, e deverão ter no máximo 12 a 16 camas (Santos, 1983); entre 3% e 6% do total de camas, e nunca menos de 4 nem mais de 12 ou 15 camas (Kinney, 1983); entre 2% e 5% do total de camas e o tamanho funcional oscila entre 12 e 16 camas e o tamanho mínimo justificável é de 6 a 8 camas (Sheriff, 1983); foi também sugerido, que a maioria das unidades têm ou deveriam ter um número de camas que oscila entre 6 e 10 (Moll, 1971; Hamilton 1996); o número ideal de camas existentes numa UCI é 6 a 8 camas e nunca mais de 12 (Society of Critical Care Medicine, 1988); normalmente são recomendadas 12 camas, mas o ideal é 6 camas (Hoyt et al., 1995); 8 a 12 camas é considerado o melhor numa perspectiva funcional (Society of Critical Care Medicine, 1995); Há alguns anos, o Departamento da Saúde e da Segurança (da Inglaterra) recomendou aproximadamente 1% a 2% do número de camas do hospital, e sugeriu que este número poderia aumentar se houvesse no hospital unidades especiais como por exemplo de doentes cardíacos, cirurgia vascular ou neurocirurgia (Hinds e Watson, 1996).

Como se pode constatar pelos dados apresentados, as normas e recomendações quanto ao número de camas considerado ideal para uma unidade de cuidados intensivos, variam muito pouco ao longo dos tempos e com os autores. Também as desvantagens ou vantagens apresentadas são consonantes com os diferentes autores. Segundo Moll (1971) as unidades com menos de 4 ou mais de 10 apresentam sérios problemas a nível de recursos humanos e financeiros; Gomes (1978) diz-nos que a experiência tem mostrado que a eficiência tende a “cair” quando o número de camas por unidade é superior a 8 e que não são economicamente rendíveis com menos de 6; segundo Kinney (1983), para menos de 4 não é prático constituir uma equipa e outros recursos, e mais de 12 ou 15 torna difícil prestar cuidados intensivos (Kinney, 1983); Hamilton (1996) argumenta que devem ser 6 a 10 para otimizar a vigilância e o equipamento técnico médico; por sua vez a “Society of Critical Care Medicine”(1995), argumenta que 12 é o ideal porque as relações de cooperação no trabalho entre enfermeiros, médicos, doentes, e família ou comunidade, são provavelmente mais próximas, mais familiares e mais funcionais; uma unidade maior conduz à desorganização, uma unidade mais pequena tem pouco pessoal para se poderem ajudar uns aos outros nos momentos de crise: outros autores dizem que as UCI que contemplam mais de doze, tornam-se difíceis de gerir e muitas vezes difíceis de equipar adequadamente em termos de recursos humanos (Tinker,1978; Hinds e Watson,1996).

No que concerne à sua localização dentro do hospital, também constitui um factor de extrema importância. O acesso à UCI deverá ser fácil e rápido, de modo a facilitar a transferência dos doentes para outros serviços ou para o exterior e vice-versa. Tal como em outros aspectos da estrutura da unidade, isto pode ser uma realidade em unidades construídas recentemente, mas nas unidades antigas, poderão ter sido tomadas soluções de compromisso.

Recomendações da “Society of Critical Cares”, determinam que prestar cuidados intensivos requer em 1º lugar considerações sobre design e espaço, para integrar uma equipa de trabalhadores de cuidados de saúde. Estas unidades têm de ser espaçosas, proporcionar fácil acesso e mobilidade aos doentes e ao pessoal que nelas desempenha funções. Oliva (1994) a este respeito refere que no momento de desenhar ou redesenhar lugares de trabalho da saúde, deverá ter-se em consideração as dimensões adequadas do espaço e o correcto desenho do espaço de trabalho, uma vez que este deverá permitir que o maior número de pessoas possa exercer as suas funções com eficiência e segurança.

Relativamente às áreas destinadas aos doentes, estas deverão estar situadas de forma que a visualização directa ou indirecta dos doentes, seja permanente por parte dos prestadores de cuidados de saúde. De acordo com as normas da “ Society of Critical Care Medicine”(1995), o design ideal das UCI, deverá permitir uma visão directa entre o doente e a central onde permanece o “staff” de enfermagem. Nas UCI com um design aberto mas com um sistema de divisórias modulares, estas deverão igualmente permitir a visualização dos doentes, a partir da central de enfermagem.

A este respeito Gomes (1978) preconiza que o espaço físico da UCI deverá proporcionar: observação individual e de conjunto dos doentes; espaço suficiente para mobilização do doente e locomoção do pessoal; tranquilidade e ambiente agradável; boa iluminação e qualidade do ar; fácil acesso, etc.. Quanto à área total a considerar, esta sugere que deverá ser igual a duas vezes e meia a área total definida para as camas.

Relativamente à área atribuída a cada doente por cama, esta também diz que deverá ser 9 m² a 13 m². Kinney (1983) afirma que usualmente é 6,5m² a 9,3m² por cama nas unidades abertas, e 13,02m² a 16,74m² por cama nos quartos ou “boxes” individuais, e que a área total da unidade deverá ser aproximadamente duas e meia a tres vezes a área destinada às camas. No entanto 20 m² por cama é o recomendado para as unidades abertas e idealmente os quartos individuais deverão ter aproximadamente 25,5m² (Intensive Care Society, 1992).

Oliva (1994) refere que no planeamento ou reestruturação de um serviço hospitalar deve ser tido em conta as necessidades dos seus diferentes utilizadores, do ponto de vista físico e psicológico. Recomendações da “ Society of Critical Care Medicine”, sugerem que as unidades deverão ter espaços próprios para efectuar registos. Estas áreas de trabalho deverão estar situadas na própria central de observação ou junto das unidades dos doentes e ser de dimensões adequadas e fácil acesso, a todo o pessoal que requeira o seu uso. Contudo a área de secretariado poderá estar localizada fora da unidade. Outras áreas de trabalho e de apoio, como salas de trabalho para enfermeiros, salas de “stock” de materiais, salas de equipamento, copa, etc, deverão estar situadas dentro ou em áreas imediatamente adjacentes à UCI. É ainda importante que os espaços de trabalho, se forem de estrutura fechada, tenham as paredes ou meias paredes em vidro, de forma a permitir a visualização dos doentes, durante o desenvolvimento das actividades. Nas UCI modernas, deverá ainda existir dentro ou perto da unidade, quartos de prevenção, sala de conferências e espaços de descanso para o pessoal, que proporcionem um ambiente com alguma privacidade, confortável, tranquilo e relaxante. Estes espaços deverão ainda estar munidos de sistema de intercomunicadores, telefones e dispositivos de alarmes sonoros para as situações de emergência.

No que respeita aos recursos humanos, a UCI compreende uma equipa de trabalho multidisciplinar e multiprofissional (médico, enfermeiro, auxiliar de acção médica, secretária de unidade, fisioterapeuta, dietista, etc.), reunida 24 horas por dia, 7 dias na semana, tratando permanentemente dos doentes. Por esta razão, a dotação de pessoal deverá ser feita em função do número e das necessidades dos doentes e ainda dos objectivos para a qual é concebida.

4 - Objectivos do Estudo

Com o presente estudo de investigação, pretende-se verificar se existe influência do tipo de espaço (aberto/fechado) das unidades de cuidados intensivos, no clima social dos grupos que nelas trabalham. Esta é a questão central do mesmo, com base na qual definimos quatro objectivos.

Em primeiro lugar, prevê-se que seja significativa a influência do tipo de espaço, na forma como as pessoas percebem o nível de coesão no seio do seu grupo. Assim, o primeiro objectivo consiste em **saber se existe variação no nível de percepção sobre a coesão, nos grupos de ambos os tipos de espaço.**

Em segundo lugar, e à semelhança do que foi sugerido por Sundstrom (1987), pensa-se que a maior ou menor proximidade física entre chefes e subordinados, também é susceptível de influenciar a percepção destes últimos, relativamente ao controlo que é exercido pelos primeiros. Assim, mais concretamente o segundo objectivo desta investigação é **verificar se o grupo da UCI de estrutura aberta, percebe maior controlo por parte dos seus supervisores ou chefes, do que o da UCI de estrutura fechada.**

Em terceiro lugar, considerando que os espaços em estudo apresentam características tão diferentes quanto à sua dimensão e estrutura física, e partindo dos pressupostos de Fischer (1989; 1994) quanto às implicações que essas particularidades têm no comportamento daqueles que neles trabalham, procura-se como terceiro objectivo, **analisar qual o tipo de espaço que é percebido com maior conforto físico.**

Em quarto e último lugar, pretende-se **identificar se a percepção do clima é influenciada pelo tipo de profissão.** Este objectivo tem por base as conclusões de autores como Brunet (1983) e Starker (1989), que sugerem haver diferenças nas percepções dos sujeitos, em função da profissão exercida por estes.

II - MÉTODO

1 - Sujeitos

A população é constituída por 96 sujeitos de ambos os sexos (24 do sexo masculino e 72 do sexo feminino), com idades compreendidas entre os 22 e os 62 anos, representativos dos vários grupos profissionais existentes em ambas as unidades de cuidados intensivos. Considera-se como critérios de exclusão da amostra, não pertencer ao quadro de pessoal do serviço ou não estar vinculado por contrato de trabalho especificamente para desempenhar funções nas referidas unidades, e não trabalhar nas respectivas unidades há pelo menos 1 ano.

Relativamente à população da unidade aberta, esta é constituída por 41 indivíduos na sua totalidade, dos quais 28 enfermeiros, 6 auxiliares de acção médica, 5 médicos, 1 secretário de unidade e 1 fisioterapeuta. O instrumento de colheita de dados foi distribuído à totalidade dos indivíduos que reuniam as condições para inclusão no estudo, ou seja, a 39 sujeitos, considerando que 2 enfermeiros trabalhavam naquela unidade há menos de 1 ano. Dos 39 sujeitos, apenas 3 não devolveram o questionário, dos quais 1 médico e 2 auxiliares de acção médica, passando assim a população da unidade a ser constituída por 36 sujeitos (26 enfermeiros, 4 médicos, 4 auxiliares de acção médica, 1 secretário de unidade e 1 fisioterapeuta).

Relativamente à unidade fechada, a sua população é constituída por 56 enfermeiros, 12 auxiliares de acção médica, 8 médicos, 2 secretários de unidade e 2 fisioterapeutas, totalizando 80 sujeitos. Destes, 4 enfermeiros e 2 auxiliares de acção médica foram excluídos do estudo por não terem antiguidade no serviço compatível com o critério definido. Dos restantes sujeitos, obtivemos a devolução de 62 questionários respondidos, dos quais 2 foram inutilizados por não terem sido preenchidos os dados referentes à identificação. Dos respondentes 42 são enfermeiros, 9 auxiliares

de acção médica, 6 médicos, 1 secretário de unidade e 2 fisioterapeutas, perfazendo um total de 60 sujeitos.

Caracterização da população

De forma a possibilitar a caracterização da população, procedemos à análise das variáveis demográficas - idade; sexo; habilitações literárias; e profissão. Para a análise das frequências recorreu-se à estatística descritiva.

A caracterização da população é apresentada na sua globalidade e na distribuição pelos dois tipos de espaço em estudo - unidade aberta e unidade fechada. O gráfico 1 e as tabelas 1 a 4, permitem mais facilmente a leitura da mesma.

Idade

A média de idade da população é 32.7 anos na globalidade, sendo a idade mínima 22 anos e a máxima 62 anos, e o desvio padrão = 7.58. Relativamente à distribuição das idades nas duas unidades, podemos verificar as mesmas através do gráfico 1.

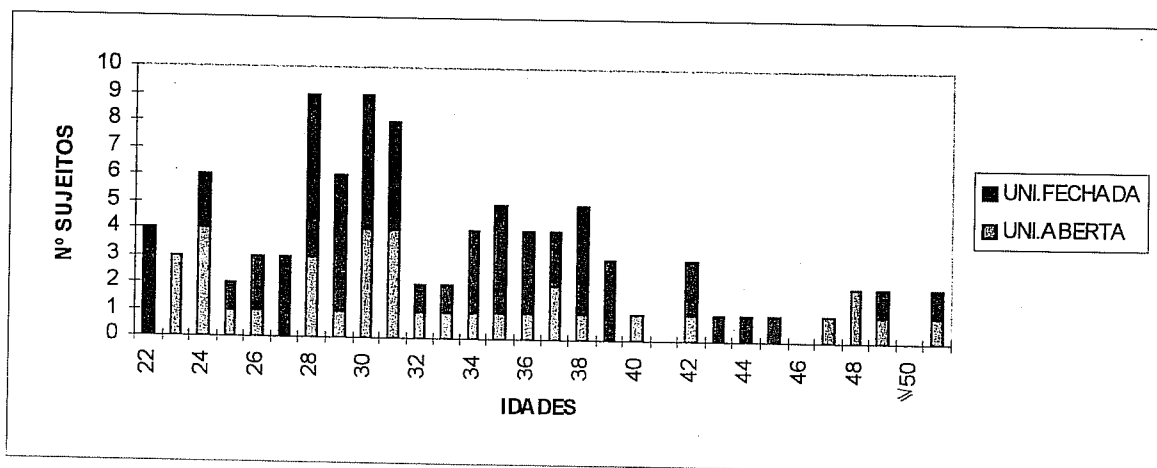


Gráfico 1 - Distribuição da população segundo a idade, em ambas as unidades

Sexo

Através da tabela 1 e gráfico 2, podemos observar a distribuição da população de acordo com o sexo, na globalidade e nas duas unidades respectivamente. Relativamente à maior percentagem de sujeitos do sexo feminino (75%), salientamos que se deve ao facto da população ser maioritariamente constituída por enfermeiros e pelo facto de que tradicionalmente a enfermagem ainda é uma profissão predominantemente feminina.

	Amostra Global	
Sexo	N=96	%
Masculino	24	25%
Feminino	72	75%

Tabela 1 - Distribuição da população segundo o sexo

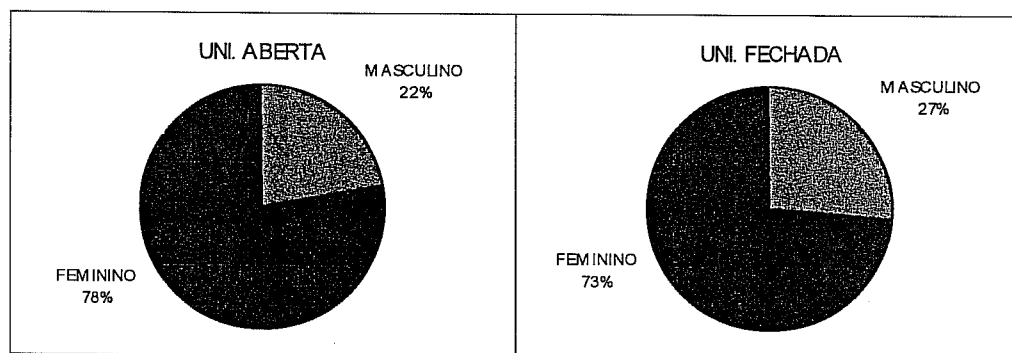


Gráfico 2 - Distribuição da população de ambas as unidades, segundo o sexo.

Como podemos verificar, mantem-se o predomínio do sexo feminino em ambas as unidades, com 77.8 % na unidade aberta e 73.3 % na fechada.

Habilitações literárias

Relativamente às habilitações académicas da população em estudo, podemos observar pela tabela 2, que na globalidade, a população é bastante heterogénea, apresentando a maioria dos sujeitos o 12º ano (57.2 %). Os 15.63 % de licenciados, compreendem o grupo profissional dos médicos (10) e enfermeiros (5). Os 11.45 % de profissionais com níveis de escolaridade mais baixos, correspondem ao grupo dos auxiliares de acção médica.

Habilit. Literárias	População - N=96	
	f	%
Curso Superior	15	16%
12º Ano	55	57%
Curso Complementar	15	16%
Curso Geral	6	6%
Ciclo Preparatório	1	1%
4ª Classe	4	4%

Tabela 2 - Distribuição da população segundo as habilitações literárias

Profissão

Nas tabelas 3 e 4 podemos verificar como se distribui a população pelos diferentes grupos profissionais, na globalidade e nos dois tipos de espaço em estudo.

Como se pode observar, em ambos os espaços de trabalho predomina o grupo profissional de enfermagem, com 70% na unidade fechada e 72.2 % na unidade aberta. Este predomínio acontece à semelhança de qualquer outro serviço hospitalar, no entanto nestas unidades a dotação ainda é superior devido ao elevado rácio enfermeiro- doente, geralmente de 1: 2.

Profissão	População	
	N=96	%
Médico	10	10%
Enfermeiro	68	71%
Fisioterapeuta	3	3%
Secretário	2	2%
Auxiliar Acção Médica	13	14%

Tabela 3 - distribuição da população segundo a profissão

Profissão	Espaço Aberto		Espaço Fechado	
	N=36	%	N=60	%
Médico	4	11%	6	10%
Enfermeiro	26	72%	42	70%
Fisioterapeuta	1	3%	2	3%
Secretário	1	3%	1	2%
Auxiliar Acção Médica	4	11%	9	15%

Tabela 4 - Distribuição da população de acordo com a profissão em ambos os espaços de trabalho

2 - Design

O Design é factorial 2 * 3.

Neste estudo são consideradas duas variáveis independentes.

- tipo de espaço
- profissão

A variável espaço é dicotómica (espaço aberto e fechado).

Relativamente às variáveis dependentes definidas para este estudo, consideramos:

- a coesão do grupo,
- o conforto físico
- o controlo

3 - Contexto

Este estudo realiza-se num hospital central de Lisboa, em duas unidades de cuidados intensivos (unidade aberta e unidade fechada), em virtude desta organização contemplar estes 2 tipos de estrutura física. Por uma questão de natureza deontológica, não é identificada a organização onde decorre o estudo.

Pensamos ser interessante aqui salientar alguns aspectos importantes referentes ao contexto organizacional, relativamente ao seu passado histórico e genealógico.

A fundação deste hospital remonta ao ano de 1492, tendo sofrido total destruição aquando do terramoto de 1755. A partir de então este hospital foi adaptado de um antigo edifício conventual em 1775, tendo sofrido desde essa altura sucessivas obras de beneficiação e restauro, bem como diferentes designações.

Ambas as unidades pertencem à mesma instituição hospitalar e ocupam o mesmo edifício. A unidade aberta, está localizada no 3º piso do hospital e foi inaugurada em março de 1992. Como acontece com a maioria das unidades dos antigos hospitais, também a sua estrutura física foi adaptada num espaço, originalmente concebido para outro objectivo. Tendo beneficiado de obras de restauro e adaptação, as suas instalações apresentam um aspecto moderno e funcional. No que se refere à unidade fechada, fica situada no 2º piso do mesmo edifício, foi inaugurada em novembro 1978, tendo sido o seu espaço também recuperado e adaptado de outro anteriormente existente para outros objectivos.

No que diz respeito ao tipo de estrutura física das unidades em estudo, como podemos observar pelas respectivas plantas (figura 2 e 3), a unidade aberta apresenta uma estrutura rectangular, de espaço aberto e a unidade fechada apresenta uma estrutura tradicional, com as inúmeras divisões que a constituem, dispostas de ambos os lados de um longo corredor.

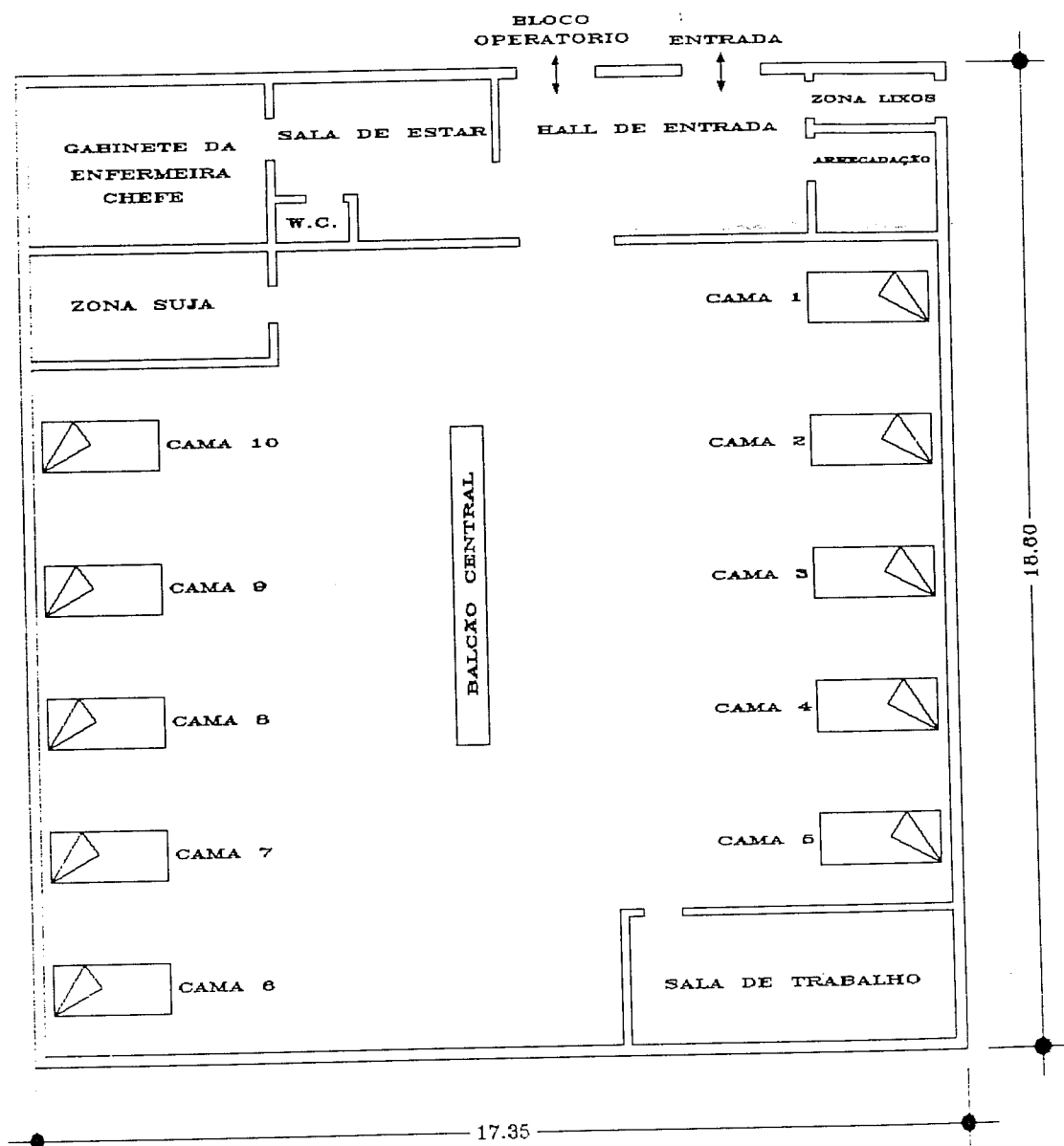


Figura 2 - Planta da UCI de estrutura aberta (Área de construção = 322.71 m²)

Relativamente à *estrutura física* da unidade *aberta*, como podemos observar através da figura 2, esta limita-se a um amplo espaço de trabalho, constituído por 10 unidades individuais (10 camas), separadas entre elas por cortinados movíveis por calhas, que permitem proporcionar alguma privacidade visual aos doentes e aos funcionários, apenas aquando da realização de algumas técnicas ou procedimentos invasivos. Ao fundo da unidade, ocupando um dos cantos da sala, está localizada uma pequena sala de trabalho, onde os enfermeiros desenvolvem algumas tarefas, como a preparação da terapêutica, e num outro canto, encontra-se a designada “zona suja”, onde são efectuados todos os despejos e desinfeção de materiais. Na área contígua à unidade propriamente dita, existe um pequeno “hall” de entrada que constitui a única separação entre a porta de acesso e o espaço reservado ao tratamento dos doentes, onde estão situados os poucos armários de “stock” de soros e de outro material de consumo clínico. Junto a este “hall” existe um pequeno gabinete do enfermeiro-chefe, um 2º “hall” de reduzidas dimensões e contíguo ao 1º hall, que foi improvisado como sala de reuniões e local onde se encontram os pequenos cacifos para o pessoal guardar os objectos pessoais. Existe ainda uma pequena arrecadação e uma casa de banho. É de referir que, quer o espaço da unidade propriamente dita, quer o gabinete do enfermeiro chefe têm luz natural. A unidade tem 6 amplas janelas que proporcionam a todos quantos nela permanecem, um ambiente agradável, com bastante luz natural e ainda está equipada com ar condicionado. Como se pode verificar através da planta, esta unidade contempla uma área relativamente pequena e com poucos espaços de apoio comparativamente à unidade fechada, e todos os espaços descritos anteriormente são demasiado exíguos e improvisados para as mais diversas funções.

Em termos de organização espacial, é dentro do espaço da unidade propriamente dita (espaço de trabalho), que se concentram, para além das 10 camas, todos os equipamentos e aparelhos específicos (meios técnicos), desde os mais simples aos mais complexos, dos pequenos aos de maior porte, quer estejam ou não a ser utilizados no tratamento do doente. No centro do espaço de trabalho e de frente para os doentes, situa-se um balcão central que não sendo mais que uma mesa de

trabalho, a sua posição estratégica proporciona a observação directa e vigilância da monitorização permanente dos doentes.

Quanto à *estrutura física* da unidade *fechada*, esta contrasta bastante com a da unidade aberta, como se pode observar através da respectiva planta (figura 3). É uma unidade que ocupa uma grande área, e ao contrário da anterior, esta não se concentra num só espaço. É constituída por inúmeras divisões que se situam de ambos os lados de um longo corredor, contemplando 11 salas (ou quartos), dos quais 1 com 4 camas e 10 com 2 camas, prefazendo uma capacidade para 24 doentes, o gabinete dos médicos, o gabinete dos enfermeiros, uma copa, uma sala para exames complementares de diagnóstico, uma sala para tratamentos hemodialíticos, uma arrecadação, uma sala de trabalho, um gabinete para os médicos, uma sala para a preparação de material, a “zona suja” e 3 casas de banho.

Relativamente à disposição e arrumação dos quartos dos doentes, ou seja, ao espaço de cada unidade individual, as únicas peças de mobiliário existentes são as camas, uma secretária e um balcão de apoio com material e com um lavatório incorporado. À cabeceira ou lateralmente às camas, dispõem-se os meios técnicos necessários no momento, ao tratamento intensivo. Também este aspecto da organização espacial, está de acordo com o preconizado na literatura referênciada, sobre as unidades de estrutura física fechada.

Relativamente aos *recursos humanos* da unidade *aberta*, para além dos 10 doentes, esta unidade é constituída por 28 enfermeiros (distribuídos por 4 equipas de 6, 3 enfermeiros de apoio à gestão e 1 enfermeiro chefe), 6 auxiliares de acção médica, 5 médicos, 1 secretária de unidade, 1 fisioterapeuta. Estes números correspondem aos profissionais que pertencem ao quadro de pessoal do serviço ou que contraíram contrato de trabalho para exercer a sua actividade neste local, não se tendo incluindo outro pessoal como estagiários dos vários grupos profissionais, técnicos de serviços de apoio, ou outros profissionais cujo apoio seja solicitado esporadicamente. Estes funcionários dão resposta às necessidades de pessoal nas 24 horas, estando distribuídos por 3 turnos diários (manhã -

das 8h às 16h, tarde - das 16h às 24h e noite das 0h às 8h) com excepção para o fisioterapeuta e secretária de unidade que apenas dão apoio no período da manhã. Para cada turno de trabalho, estes estão distribuídos de acordo com as actividades a desenvolver e com as necessidades, constituindo-se assim um staff permanente. Regra geral, estão escalados para cada turno 4 ou 5 enfermeiros, à excepção do turno da manhã que contempla 7 enfermeiros contando com o enfermeiro chefe e enfermeiros que colaboram nas actividades de gestão. Cada enfermeiro assume a responsabilidade da prestação de cuidados a 2 ou 3 doentes. Relativamente à distribuição dos outros grupos profissionais, no turno da manhã existem 3 ou 4 médicos, 2 ou 3 auxiliares de acção médica, o secretário de unidade e o fisioterapeuta. Nos turnos da tarde e da noite, o serviço é assegurado, para além do número de enfermeiros referido, apenas por 1 médico ou 2 médicos e 1 auxiliar de acção médica.

No que concerne aos *recursos humanos* da unidade *fechada*, esta unidade também difere substancialmente da unidade aberta, devido por um lado ao elevado número de camas (superior ao dobro), e por outro, devido à enorme dimensão da sua estrutura física. No entanto, como referiu Kinney (1983), esta elevada dotação de pessoal é uma característica e desvantagem das unidades de estrutura fechada. Assim, o "staff" de pessoal desta unidade compreende 56 enfermeiros, 8 médicos, 12 auxiliares de acção médica, 2 secretários de unidade e 2 fisioterapeutas, sendo este número correspondente ao pessoal do quadro e a contrato de trabalho a termo certo.

O grupo profissional dos enfermeiros encontra-se distribuído por quatro equipas de 12 a 13 enfermeiros cada, que asseguram a escala de horários rotativos, e por um grupo de 6 enfermeiros, incluindo o enfermeiro chefe e os seus colaboradores na área da gestão. Relativamente à distribuição dos diferentes grupos profissionais pelos diferentes turnos nas 24 horas, à semelhança da unidade 1, também o turno da manhã é o que reúne um maior número de pessoas. Neste período do dia, regra geral estão ao serviço em média, 16 enfermeiros, 8 médicos, 4 auxiliares de acção médica, 1 secretário de unidade e 1 fisioterapeuta, prefazendo um total aproximado de 30 pessoas. No que se

refere ao turno da tarde, geralmente a equipa multidisciplinar é constituída por 12 enfermeiros, 5 médicos, 2 auxiliares de acção médica, 1 secretário de unidade e 1 fisioterapeuta, ou seja, um total de 21 trabalhadores aproximadamente. Relativamente ao turno da noite, é aquele que contempla um número mais reduzido de pessoas, sendo em média assegurado por 18 elementos, dos quais, 12 enfermeiros, 5 médicos e 2 auxiliares. Mais uma vez referimos que para além destes, existem outros técnicos que se deslocam à unidade com alguma frequência durante o dia, mas que por não pertencerem ao “staff” permanente da unidade, não foram incluídos nesta caracterização.

Assim, fazendo um paralelo de comparação entre o número de indivíduos dos vários grupos profissionais que interagem diariamente e em cada turno nas diferentes unidades, a unidade aberta, no período da manhã, reúne uma média de 14 pessoas, não contando com os vários técnicos que não pertencendo directamente à unidade, a ela se deslocam diariamente e com alguma frequência, para darem apoio ou realizarem exames auxiliares de diagnóstico e tratamento (técnico de radiologia, de laboratório, dietista, assistente social, etc.). Nos turnos da tarde e da noite este número é inferior, considerando que nestes períodos do dia são desenvolvidas menos actividades (como técnicas e procedimentos médicos) consideradas não urgentes. Assim em média, nestes 2 turnos o “staff” é constituído por 6 a 8 elementos em média.

Relativamente à unidade fechada, a média de pessoas que prestam cuidados (directos ou indirectos) diariamente e nos 3 turnos é muito superior à anterior, pelas mesmas razões apontadas anteriormente.

4 - Variáveis Independentes

Neste estudo são consideradas duas variáveis independentes:

- o tipo de espaço (aberto e fechado)
- a profissão

Como tivemos oportunidade de apresentar, vários autores interessados no estudo da influência dos espaços de trabalho do tipo aberto e fechado, em diversos sectores, concluíram que estes têm implicações ao nível da atitude, percepção e relações interpessoais. Por exemplo o espaço de trabalho fechado proporciona privacidade e facilita a formação de pequenos grupos sociais, mas isola as pessoas e tende a inibir a interacção pessoal (Cangelosi e Lemoine, 1988); quando as pessoas estão dispersas por salas dispostas ao longo de corredores, as relações tendem a ser mais impessoais (Davis, 1984); a maior ou menor proximidade física num determinado espaço, aumenta ou diminui o potencial de interacção e conseqüentemente o desenvolvimento da coesão e de laços sociais entre os membros do grupo (Fischer, 1994).

Relativamente ao espaço clínico, como referimos anteriormente, foram desenvolvidos alguns estudos com o objectivo de avaliar o clima social em determinados espaços de trabalho. Estes estudos na sua maioria têm sido desenvolvidos em unidades de cuidados intensivos e uma grande parte deles visa relacionar o stress manifestado por quem neles trabalha com as diferentes dimensões do clima social. Apesar de na literatura consultada haver referência a estudos comparativos entre o clima social vivenciado em unidades médicas gerais e unidades de tratamento intensivo, entre o clima percebido pelo pessoal de diferentes organizações de saúde, ou de diferentes países, não encontramos qualquer referência a estudos comparativos entre estes dois tipos de espaço no meio

hospitalar, à semelhança das inúmeras investigações desenvolvidas neste âmbito nos espaços de trabalho de escritório.

Neste contexto e considerando que existem os dois tipos de estrutura física no mesmo contexto organizacional, ambos concebidos para as mesmas finalidades e com objectivos muito semelhantes, parece-nos pertinente e oportuno desenvolver o presente estudo, contemplando esta variável dicotómica como determinante de algumas dimensões do clima social.

Relativamente à variável profissão, o interesse do estudo desta variável é induzido por um lado, pela afirmação de Brunet (1983), de que em relação ao clima, poderão existir variações na percepção, decorrentes do tipo de profissão, por outro, decorre também da investigação desenvolvida por Starker (1989), que tendo comparado os diferentes grupos profissionais que interagem na unidade de cuidados intensivos, concluiu que os médicos percebem maior envolvimento com o grupo multiprofissional, menor controlo exercido pelos superiores hierárquicos, maior conforto físico, e até certo ponto maior apoio do supervisor do que os restantes profissionais.

5 - Medidas

Ao sermos confrontados com a necessidade de medir as nossas variáveis dependentes - a coesão; o controlo; e o conforto físico, ou seja, algumas dimensões relativas ao clima organizacional, verificamos que de uma forma geral, este está sobretudo associado à recolha de informação através do questionário ou entrevista estruturada, métodos que permitem obter uma variedade de dimensões do clima, percebidas pelos indivíduos, cuja interpretação pode reflectir aquilo que os autores designam por clima. Contudo, não ignoramos que a este respeito Schein (1990) argumenta que uma das características do clima é ser susceptível de observação, entre outras medidas directas. No entanto, optámos pelo questionário, em virtude de alguns condicionalismos como a rotatividade do horário de trabalho destes profissionais, dificultarem em parte o método de entrevista e a observação.

Estando a escolha feita quanto ao método de avaliação, há que seleccionar o instrumento adequado à nossa população, pois se existe uma grande diversidade de instrumentos para medir o clima, muito poucos estão adaptados para a população portuguesa.

A forma R da " Work Environment Scale " é o instrumento de avaliação seleccionado para medir o clima social de ambas as unidades de cuidados intensivos. Uma das razões presentes nesta decisão, embora não sendo a principal, prende-se com o facto de se verificar através da literatura por nós consultada, que a " Work Environment Scale", escala de clima social desenvolvida por Moos e Insel em 1974, tem sido um dos instrumentos psicométricos mais utilizados na descrição do ambiente dos locais de trabalho da saúde, em vários países. Outro dos motivos que preside a esta escolha, é o facto de esta escala ter o mérito de contemplar três dimensões fundamentais - as relações interpessoais, o desenvolvimento pessoal e sistemas de manutenção e mudança. Uma outra razão, é o facto de considerar o ambiente físico como um dos factores que podem influenciar o clima, atribuindo-lhe uma subescala. A última e não menos importante razão, é que todos os itens das

subescalas apresentadas por Moos e Insel, apresentam níveis de confiança e de correlação adequados e consistentes.

Apesar da escala ter sido apresentada num capítulo anterior, passamos a descrevê-la com mais pormenor. Assim, os 90 itens que constituem esta escala, distribuem-se por três dimensões e 10 subescalas, conforme podemos observar através do esquema seguinte.

Dimensão Relacionamento

Envolvimento	Até que ponto os empregados se preocupam e se envolvem com o seu trabalho
Coesão entre colegas	Até que ponto os trabalhadores são amigáveis e se apoiam entre si
Apoio do supervisor	Até que ponto o chefe ou supervisor apoia os trabalhadores e os encoraja a se apoiarem uns aos outros

Dimensão Desenvolvimento pessoal

Autonomia	Até que ponto os trabalhadores são encorajados a serem auto-suficientes e a tomarem as suas próprias decisões
Orientação para a tarefa	Grau de ênfase colocada no planeamento, eficiência e na realização do trabalho
Pressão no trabalho	Grau em que a pressão no trabalho e a urgência no tempo dominam o meio social em que se trabalha

Dimensão Sistemas de Manutenção e Mudança

- Clareza** Até que ponto os trabalhadores sabem o que esperar do seu trabalho diário e como é que as normas e as políticas são explicitamente comunicadas
- Controlo** Até que ponto o chefe ou supervisor utiliza regras e pressões para manter os trabalhadores sob controlo
- Inovação** Grau de ênfase atribuída à variedade, mudança e novas medidas
- Conforto físico** Até que ponto o ambiente físico contribui para um ambiente de trabalho agradável

Também o conjunto dos itens de cada subescala, têm uma distribuição própria integrada nas três dimensões, como apresentamos seguidamente.

Dimensão relacionamento	Itens								
1 . Envolvimento	1	11	21	31	41	51	61	71	81
2 . Coesão entre colegas	2	12	22	32	42	52	62	72	82
3 . Apoio do supervisor	3	13	23	33	43	53	63	73	83
Dimensão desenvolvimento pessoal									
4 . Autonomia	4	14	24	34	44	54	64	74	84
5 . Orientação para a tarefa	5	15	25	35	45	55	65	75	85
6 . Pressão no trabalho	6	16	26	36	46	56	66	76	86

Dimensão de manutenção e mudança

7 . Clareza	7	17	27	37	47	57	67	77	87
8 . Controlo	8	18	28	38	48	58	68	78	88
9 . Inovação	9	19	29	39	49	59	69	79	89
10 . conforto físico	10	20	30	40	50	60	70	80	90

6 - Procedimentos

Com o objectivo de obtermos autorização para a realização do mesmo, pedimos uma entrevista com uma enfermeira supervisora do referido hospital, a quem nos apresentámos e explicámos com clareza as razões da escolha daquela instituição, o interesse pelas referidas unidades, os objectivos do estudo e ainda o significado pessoal deste trabalho, reforçando-se o seu carácter académico. Após esta entrevista foi-nos solicitado um exemplar do instrumento de colheita de dados anexo a um pedido de autorização por escrito dirigido ao conselho de administração do hospital. Decorridos alguns dias e feita a apreciação do referido questionário, foi-nos concedida a autorização para a aplicação do mesmo nos serviços pretendidos. Obtida a autorização, formulámos de igual modo o pedido de autorização aos responsáveis dos serviços (director de serviço e enfermeira chefe), após pormenorizada explicação dos objectivos da investigação e de qual o interesse pelas respectivas unidades. Esta foi concedida de imediato, pelo que passados dois dias foi possível fazer a distribuição dos questionários. Dada a dificuldade na distribuição e recolha dos questionários, devido à rotatividade do pessoal por 3 turnos nas 24 horas, incluindo os períodos de folga ou descanso do mesmo, quer o director de serviço quer a enfermeira chefe de ambas as unidades colaboraram nas explicações a dar aquando da distribuição dos instrumentos e na recolha dos mesmos, relativamente ao pessoal médico e aos restantes grupos profissionais respectivamente. A recolha de dados decorreu na 1ª quinzena do mês de maio de 1996, tendo a devolução dos questionários ocorrido 15 dias após a distribuição dos mesmos.

A confidencialidade das respostas foi garantida aos sujeitos. A colheita de dados relativamente à caracterização da amostra, incide apenas sobre: idade, sexo, profissão, local de trabalho e habilitações literárias, não sendo pedida ao sujeito a identificação pelo nome.

7 - Processo de Tratamento de Informação

O tratamento estatístico da informação recolhida, foi processado através do programa informático STATISTICA versão 5.1 para Windows.

O tratamento estatístico dos 96 questionários, processou-se em diferentes etapas, de acordo com a sequência de apresentação dos resultados:

-Análise dos índices de consistência interna do instrumento de recolha de dados, obtidos a partir do coeficiente Alpha de Cronbach.

-Estatística descritiva - através da qual procedemos à análise das frequências, para apresentação da caracterização da população. Sendo a normalidade da amostra um dos pressupostos para a análise da variância e do T teste, efectuámos também este teste para todas as subescalas.

-Estatística Analítica - Teste T e análise de variância (Anova), com o objectivo de testar se existe diferença no clima social dos grupos de ambos os tipos de espaço.

- Estatística não paramétrica - o teste Kruskal Wallis para verificar se existem diferenças de percepção do clima, nas situações em que os sujeitos se encontram distribuídos por várias situações, como seja, na análise das diferentes categorias profissionais. O Mann-Whitney U Test, para as situações em que se pretende comparar grupos de dimensões reduzidas.

III - RESULTADOS

1 - Análise dos Índices de Precisão do Instrumento de Recolha de Dados

Com o objectivo de avaliar a consistência interna da W.E.S. para a população em estudo (N = 96), procedemos ao cálculo do coeficiente de Alfa de Cronbach e à análise das intercorrelações dos itens, para todas as subescalas. Para facilitar a leitura, apresentamos em tabela os valores da média, desvio padrão, valor do alpha de Cronbach, valor médio das correlações inter-itens e o valor de alpha obtido no estudo de aferição para a população portuguesa, obtidos para todas as subescalas (Anexos 1 a 5). Podemos verificar que de uma forma geral, as subescalas apresentam valores de alpha aproximados aos obtidos aquando da aferição para a população portuguesa, contudo nem todas as subescalas satisfazem os critérios de consistência interna. Na subescala pressão no trabalho, obteve-se um valor de alpha igual ao obtido na aferição (.60). Nas subescalas envolvimento (.73), clareza (.71), controlo (.70), e inovação (.66), obtivemos valores de alpha superiores. Relativamente às subescalas coesão (.67), apoio (.66), autonomia (.53), orientação para a tarefa (.66) e conforto físico (.54), os valores de alpha obtidos são inferiores aos obtidos aquando da aferição.

Fazendo uma breve análise dos valores obtidos em todas as subescalas, podemos referir que relativamente à subescala envolvimento o valor de alpha é .73, o que satisfaz o critério de consistência interna (>.70), contudo o valor médio das correlações inter-itens (.24), é inferior a .30. No que se refere à subescala coesão, o valor de alpha (.67) não satisfaz o critério de consistência interna, e a média da correlação inter-itens também não apresenta um valor > .30, contudo, eliminando o item 1, o valor de alpha passaria a .68. Relativamente à subescala apoio do supervisor, obteve um alpha de .67, mas se eliminarmos o item 6, o valor de alpha passará a ser .73. No que diz respeito à subescala autonomia, cujos resultados obtidos, alpha .53 e correlação inter-itens .11, não

se posiciona favoravelmente naqueles dois indicadores, pois não só o seu índice de consistência interna é $< .70$ como também o valor médio da correlação inter-itens é bastante $< .30$. No que concerne à apreciação da subescala orientação para a tarefa, o valor de alpha $.67$, apenas satisfaria o critério de consistência interna, se fosse eliminado o item 5, o que permitia obter um alpha de $.70$. Na subescala pressão no trabalho, o valor de alpha obtido é igual ao da aferição ($.60$) e também apresenta uma média de correlação inter-itens inferior ao critério de consistência interna, sendo que mesmo eliminando o item 7, apenas passaria a $.61$. Quanto à subescala clareza, obteve um alpha superior ao da aferição ($.72$) mas também o seu valor médio das correlações inter-itens é inferior a $.30$, contudo se eliminar o item 8 passaria a ter um alpha de $.73$. Relativamente à subescala controlo, apresenta um valor de alpha ($.70$) superior ao valor obtido na aferição ($.54$) e seria possível subir para $.72$ retirando o item 8. Também na subescala inovação, apesar de não ter obtido um alpha $> .70$, obteve um valor ($.66$) superior ao da aferição ($.64$) e se for eliminado o item 9, o alpha passa a $.68$. No que se refere à subescala conforto físico, cujo alpha é $.54$ e o valor médio da correlação inter-itens é $.12$, também não satisfaz os critérios de consistência interna.

Interessa aqui referir que comparando os valores de alpha obtidos por Moos e os valores obtidos na aferição para a população portuguesa, também existem diferenças nas várias subescalas. Contudo, pensamos que um factor que contribuiu bastante para estas diferenças, prende-se com a dimensão da amostra, que foi bastante inferior à amostra contemplada no estudo de Moos. Também no presente estudo, a dimensão da população é menor que a dimensão da amostra constituída para a aferição para a população portuguesa.

2 - Teste da Normalidade da Amostra

O teste da normalidade da amostra foi efectuado para os dois grupos em estudo, considerando que este é um dos pressupostos para a validação da análise de variância e do teste T.

Como podemos verificar através da tabela 5, na subescala Autonomia rejeita-se a normalidade da amostra do grupo da unidade aberta ($p < .05$) e na subescala Orientação para a tarefa, rejeita-se a normalidade da amostra do grupo da unidade fechada ($p < .05$). Em todas as outras subescalas e em ambos os grupos as amostras são normais, ou seja, apresentam um $p > .05$.

	Unidade Aberta	Unidade Fechada
	p	p
Envolvimento	< 0.15 *	< 0.5 *
Coesão	= 0.15*	= 0.10*
Apoio	< 0.10 *	< 0.15 *
Autonomia	< 0.05	> 0.20 *
Orientação Tarefa	< 0.15 *	< 0.05
Pressão Trabalho	> 0.20 *	< 0.10 *
Clareza	< 0.10 *	> 0.20 *
Controlo	< 0.10 *	> 0.20 *
Inovação	> 0.20 *	> 0.20 *
Conforto Físico	> 0.20 *	< 0.20 *

Tabela 5 - Teste da normalidade da amostra, em todas as subescalas (* $p > .05$)

3 - Análise dos Resultados Referentes aos Objectivos do Estudo

Com o objectivo de testar se existe diferença no clima social dos grupos de ambos os tipos de espaço, ou seja, encontrar respostas para a questão central deste estudo de investigação, começamos por analisar as diferenças entre as médias obtidas em ambos os grupos, relativamente às 10 subescalas. Estes resultados possibilitam a construção de um gráfico com o perfil global das percepções de ambos os grupos, a partir da transformação dos resultados brutos em valores padronizados T, com referência aos valores padrão da população portuguesa (Anexo 6).

Assim, como se pode verificar através da tabela 6 e do gráfico 3, parece haver algumas diferenças de percepção do clima entre os grupos das duas unidades, sendo que, de uma forma geral, os valores médios obtidos no grupo da unidade aberta são superiores aos da unidade fechada. Mais concretamente, o grupo da unidade aberta apresenta resultados médios mais elevados do que o da unidade fechada, nas subescalas Envolvimento, Coesão entre colegas, Apoio do supervisor, Autonomia, Orientação para a tarefa, Clareza e Inovação. Assim, o grupo da unidade fechada, apenas apresenta um nível de percepção superior ao da unidade aberta, relativamente à Pressão no trabalho, Controlo e Conforto físico.

	Unidade Aberta	Unidade Fechada
Envolvimento	6.11	5.48
Coesão	5.86	4.48
Apoio	5.63	4.41
Autonomia	6.00	5.18
Orientação Tarefa	6.66	6.53
Pressão Trabalho	4.94	5.45
Clareza	6.27	5.65
Controlo	5.55	6.35
Inovação	5.50	4.43
Conforto Físico	4.25	5.16

Tabela 6 - Médias de ambos os grupos em todas as subescalas

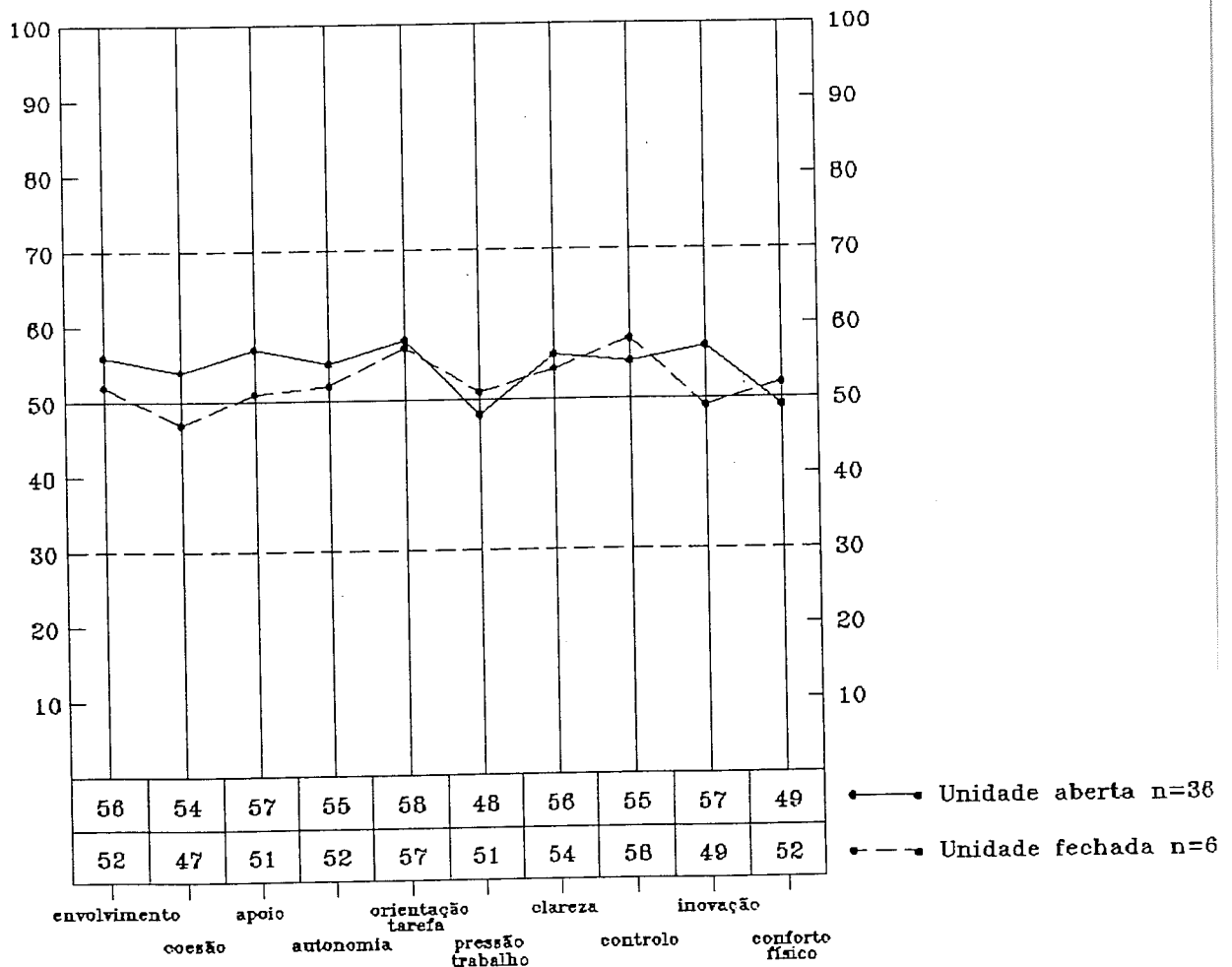


Gráfico3 - Perfil dos níveis de percepção do clima em ambas as unidades

Após esta análise prévia, pretendemos verificar se as diferenças de percepção nos dois grupos eram significativas, pelo que recorremos ao T teste.

Para sermos mais objectivos, procedemos à apresentação dos referidos resultados, distribuindo as 10 subescalas por 3 tabelas, correspondentes a cada dimensão. Assim, observando os resultados relativos às 3 subescalas da dimensão Relacionamento, apresentados na tabela 7, podemos constatar que, à excepção da subescala envolvimento, os valores obtidos para esta dimensão, no grupo da unidade aberta, são significativamente superiores aos valores obtidos no grupo da unidade fechada. Ou seja, os sujeitos da unidade aberta percebem níveis de coesão e de apoio dos supervisores ou chefes, superiores aos sujeitos da unidade fechada.

Dimensão / Subescalas	Unidade Aberta - N=36		Unidade Fechada - N=60		t	p
	Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão		
Relacionamento						
Envolvimento	6.11	2.85	5.48	1.97	1.27	0.206
Coesão	5.86	2.46	4.48	1.91	3.05	0.003*
Apoio	5.63	2.52	4.41	1.90	2.68	0.008*

Tabela 7 - Médias e desvios padrão dos dois grupos, relativos à **Dimensão Relacionamento**

Relativamente aos resultados referentes às subescalas da dimensão Desenvolvimento pessoal, apresentados na tabela 8, verifica-se que os resultados médios são semelhantes em ambos os grupos relativamente à percepção da orientação para a tarefa, que relativamente à subescala autonomia, os resultados médios são superiores na unidade aberta e que o grupo da unidade fechada apresenta um resultado médio superior ao grupo da unidade aberta relativamente à pressão no trabalho. No entanto verifica-se que apenas a subescala autonomia apresenta uma diferença significativa ($p < .05$).

Dimensão / Subescalas	Unidade Aberta - N=36		Unidade Fechada - N=60		t	p
	Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão		
Desenvol. Pessoal						
Autonomia	6.00	1.85	5.10	1.89	2.06	0.041*
Orientação Tarefa	6.60	2.17	6.50	2.01	0.30	0.761
Pressão Trabalho	4.90	2.08	5.40	1.86	-1.23	0.221

Tabela 8 - Médias e desvios padrão dos dois grupos, relativos à dimensão **Desenvolvimento pessoal**

No que se refere às subescalas da dimensão sistemas de manutenção e mudança, conform podemos constatar pelos valores apresentados na tabela 9, o grupo da unidade aberta tem um resultado médio superior ao da unidade fechada na subescala clareza mas esta diferença não é significativa. Quanto à subescala controlo, podemos verificar que os resultados do grupo da unidade

fechada são significativamente superiores ($p < .05$) aos do grupo da unidade aberta, o que nos dá conta de uma percepção mais acentuada no grupo da unidade fechada, relativamente ao controlo exercido pelas chefias.

No que se refere à subescala inovação, o grupo da unidade aberta apresenta um resultado médio superior ao da unidade fechada, cuja diferença se verifica ser significativa a $p < .05$, o que denota que os indivíduos da unidade aberta percebem mais inovação do que os da unidade fechada.

Quanto aos resultados da subescala conforto físico, os resultados médios dos sujeitos da unidade aberta são diferentes dos apresentados pelos sujeitos da unidade fechada, sendo esta diferença significativa ($p < .05$), pelo que se conclui que a unidade de estrutura fechada é percebida como sendo mais confortável.

Dimensão / Subescalas	Unidade Aberta - N=36		Unidade Fechada - N=60		t	p
	Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão		
Manutenção/Mudança						
Clareza	6.20	2.27	5.60	2.08	1.37	0.171
Controlo	5.50	1.66	6.30	1.64	-2.28	0.024*
Inovação	5.50	2.27	4.40	2.19	2.27	0.025*
Conforto Físico	4.20	1.88	5.10	1.87	-2.31	0.022*

Tabela 9 - Médias e desvios padrão dos dois grupos, na dimensão **Sistemas de manutenção e mudança**

Assim ao analisarmos comparativamente e com maior detalhe os valores da percepção do clima dos dois grupos, apresentados na globalidade das dimensões, constatamos que existem diferenças de percepção significativas nos dois grupos. Relativamente à **dimensão relacionamento** as diferenças manifestam-se concretamente nas subescalas **coesão** e **apoio**, com o grupo da unidade aberta a perceber um nível de coesão superior e também um nível mais elevado de apoio dos supervisores.

ou chefes ($p < .01$). No que se refere à **dimensão desenvolvimento pessoal**, apenas existe diferença significativa na **autonomia**, sendo esta também percebida de uma forma significativamente mais elevada ($p < .05$), pelo grupo da unidade aberta. Quanto à **dimensão sistemas de manutenção e mudança**, as variações são a nível do **controlo** e do **conforto físico**, com o grupo da unidade fechada a perceber níveis significativamente superiores ($p < .05$), e ao nível da **inovação**, com o grupo da unidade aberta a apresentar níveis de percepção significativamente superiores ($p < .05$) ao grupo da unidade fechada.

Em síntese, relativamente à unidade de espaço aberto, verifica-se que os sujeitos percebem maior coesão, mais apoio dos supervisores ou chefes, mais autonomia e maior inovação, do que os sujeitos da unidade de espaço fechado. Quanto à unidade de espaço fechado, os indivíduos percebem maior controlo por parte dos supervisores ou chefes e maior conforto físico do que na unidade aberta.

Feitas estas análises comparativas, interessa saber se há diferença na percepção do clima por parte dos enfermeiros em ambas as unidades, considerando que este é o grupo profissional com maior representatividade em ambas as unidades. Assim, como se pode observar através do gráfico 4 e da tabela 10, verifica-se que os enfermeiros, na globalidade das dimensões apresentam níveis de percepção semelhantes aos apresentados pela população na sua globalidade, ou seja, em 6 (envolvimento, coesão, apoio, autonomia, clareza e inovação) das 10 subescalas do clima, os enfermeiros da unidade aberta percebem o clima de uma forma significativamente superior aos enfermeiros da unidade fechada. Verifica-se também, que entre os enfermeiros de ambas as unidades não existem diferenças significativas de percepção relativamente à pressão no trabalho e à orientação para a tarefa. No que se refere ao controlo e ao conforto físico, a percepção é também diferente em cada um dos grupos. Os enfermeiros da unidade fechada, à semelhança do que foi referido pel

globalidade dos profissionais desta unidade, também percebem de forma mais acentuada o controlo e o conforto físico, do que os enfermeiros da unidade fechada.

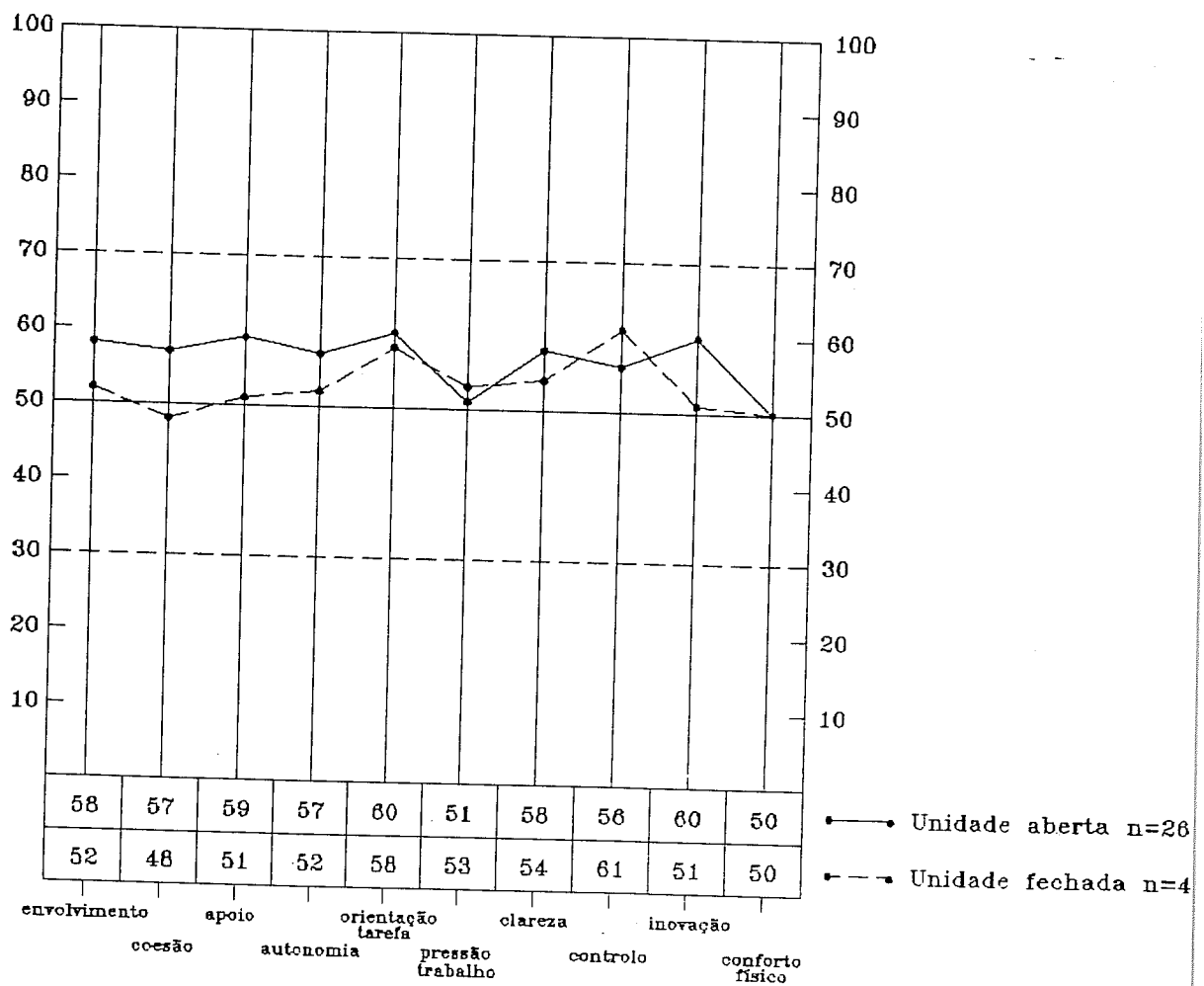


Gráfico 4 - Perfil dos níveis de percepção dos enfermeiros de ambas as unidades

Subescalas	Unidade Aberta	Unidade Fechada		
	Enfermeiros N=26	Enfermeiros N=42	F	p
	Média	Média		
Envolvimento	6.80	5.40	5.86	0.0182*
Coesão	6.50	4.50	13.52	0.0005*
Apoio	6.10	4.20	12.52	0.0007*
Autonomia	6.30	5.10	8.73	0.0043*
Orientação Tarefa	7.10	6.80	0.61	0.4376
Pressão Trabalho	5.20	5.90	2.65	0.1085
Clareza	6.80	5.80	4.66	0.0345*
Controlo	5.70	6.60	5.77	0.0192*
Inovação	6.00	4.10	12.49	0.0008*
Conforto Físico	4.70	4.90	0.30	0.5851

Tabela 10 - Médias e valores da estatística F, relativos à percepção dos enfermeiros de ambas as unidade

Após esta análise comparativa da percepção do clima entre a população das duas unidades, pretendemos analisar se as percepções diferem de acordo com os diferentes grupos profissionais, por forma a obter uma resposta para o quarto e último objectivo. Considerando que na unidade aberta há apenas um sujeito da profissão fisioterapeuta e um sujeito da profissão secretário de unidade e que na unidade fechada também existem apenas um secretário de unidade e dois fisioterapeutas, não contemplamos estes dois grupos profissionais nesta análise.

Com esta finalidade, começamos pelo mesmo processo metodológico, ou seja, recorreremos à análise das médias, o que nos permite apresentar a representação gráfica do perfil global das percepções dos três grupos profissionais em análise (gráfico 5), com base na padronização dos resultados brutos e comparação com os valores padrão da população portuguesa.

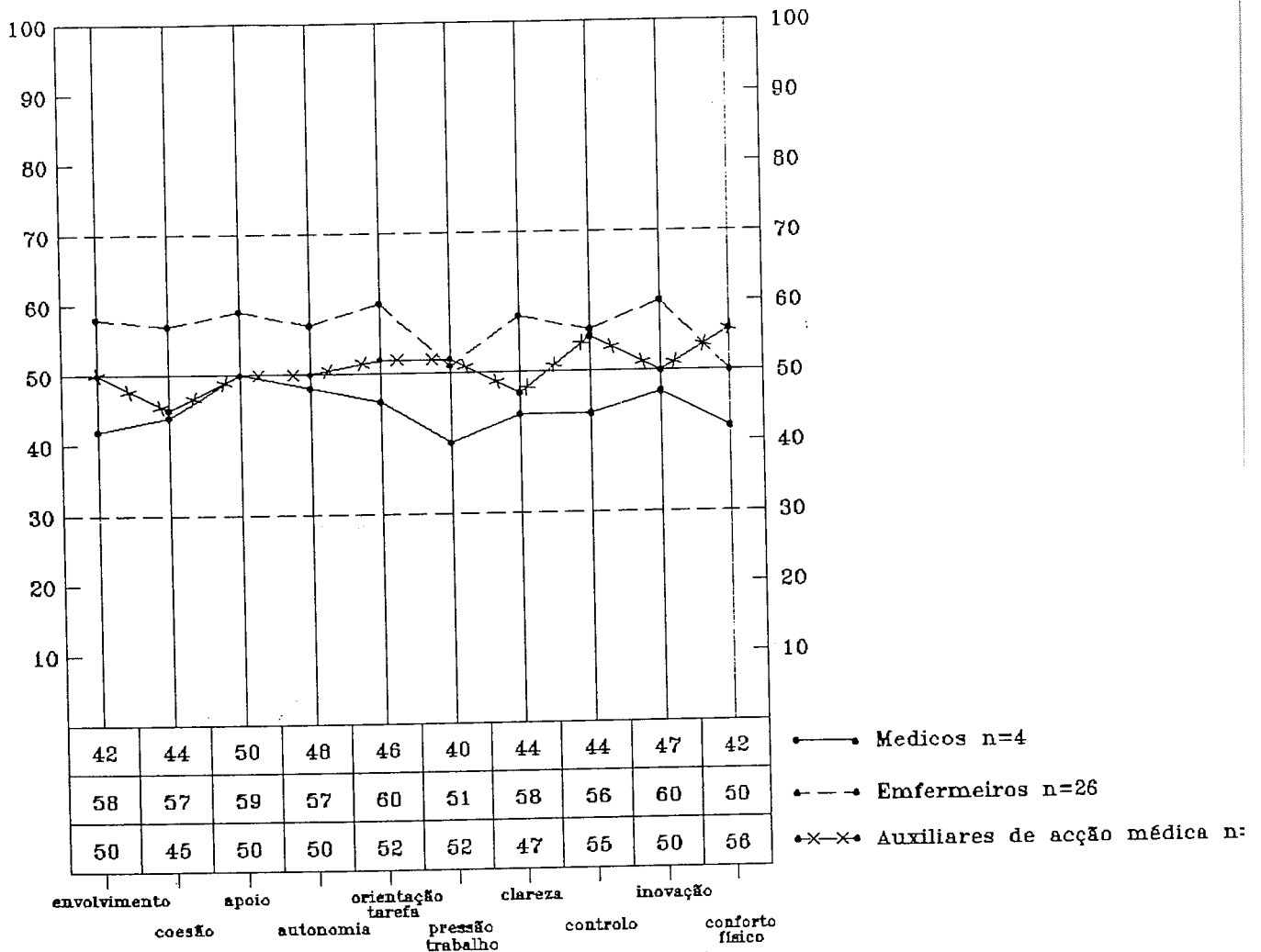


Gráfico 5 - Perfil dos níveis de percepção dos médicos, enfermeiros e auxiliares de acção médica, da unidade aberta

Assim, é nosso objectivo verificar se existem diferenças significativas de percepção entre 3 dos grupos profissionais (médicos, enfermeiros e auxiliares de acção médica) de cada unidade, que justifiquem uma análise mais dirigida aos grupos e às dimensões que apresentem diferenças significativas. Com este objectivo e considerando que estão em análise três situações (categorias), efectuamos o teste não paramétrico Kruskal Wallis. Nesta prévia análise, verifica-se que relativamente à unidade aberta, apenas se verificam diferenças significativas ($p < .05$) entre os três grupos profissionais, nas subescalas envolvimento, apoio, e conforto físico. No que concerne à

unidade fechada, verificamos não existirem diferenças significativas entre os três grupos, em qualquer das subescalas.

Neste contexto, consideramos pertinente passar a uma segunda fase de análise, no sentido de verificar quais dos três grupos profissionais da unidade aberta apresentam diferenças entre si, nas referidas subescalas. Tendo em atenção o reduzido número de sujeitos de alguns dos grupos em análise (por exemplo, médicos $n = 4$ e auxiliares de acção médica $n = 4$), decidimos aplicar o teste não paramétrico Mann-Whitney.

Começamos por verificar se existem diferenças de percepção entre os grupos dos médicos e dos enfermeiros da unidade aberta. O gráfico 6 permite apresentar o perfil das percepções do clima social por parte dos enfermeiros e médicos da unidade aberta.

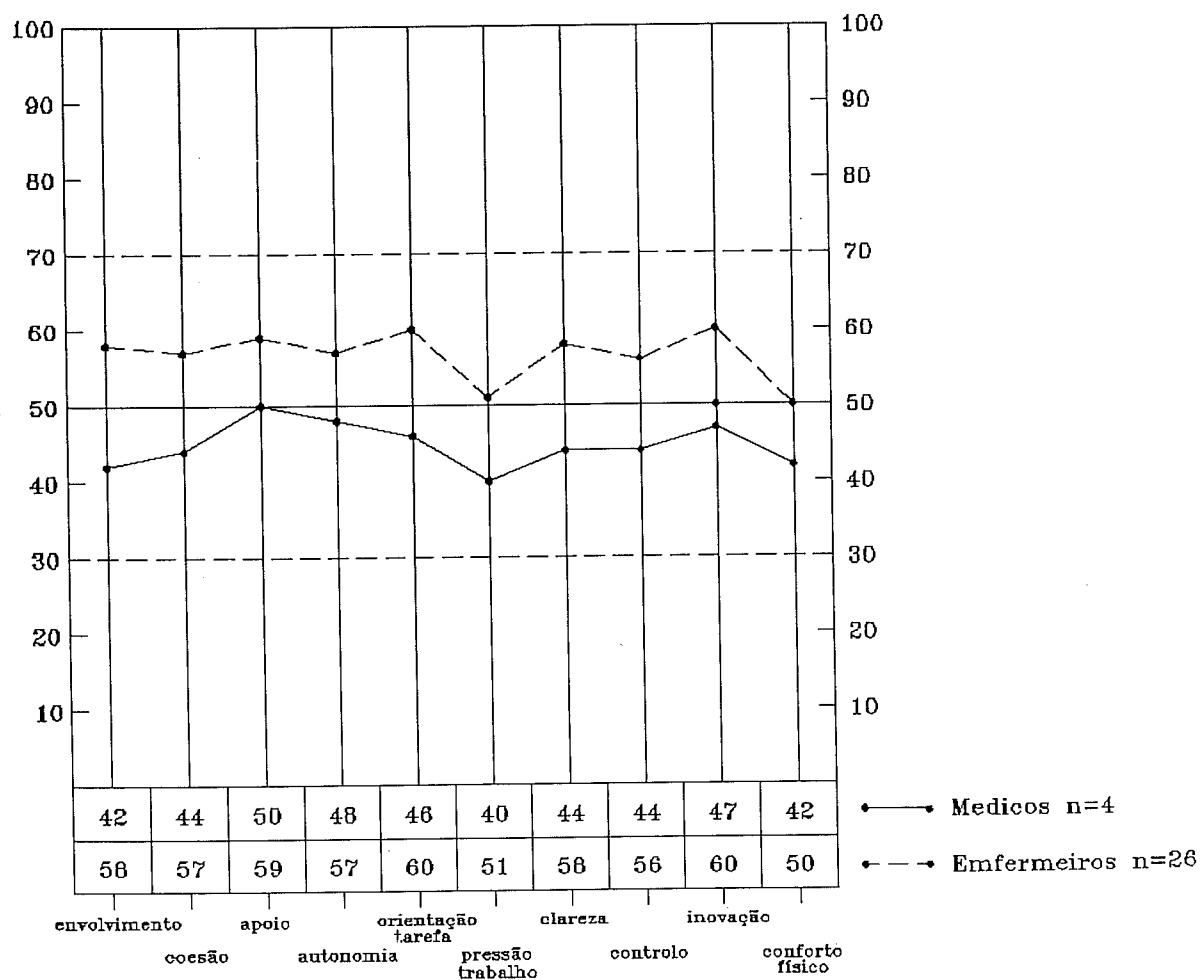


Gráfico 6 - Perfil dos níveis de percepção dos médicos e enfermeiros da unidade aberta

Os resultados apresentados na tabela 11, referem-se à dimensão relacionamento e denotam que existem diferenças significativas na percepção do clima por parte dos médicos e enfermeiros da unidade aberta, sendo que os enfermeiros apresentam um nível de percepção superior aos médicos nesta dimensão, ou seja, apresentam valores significativamente superior ($p \leq .05$) nas subescalas envolvimento, coesão e apoio dado pelos supervisores ou chefes.

Dimensão / Subescalas	Unidade Aberta Médicos N=4	Unidade Aberta Enfermeiros N=26		
Relacionamento	Média	Média	U	p
Envolvimento	3.00	6.80	14.00	0.02*
Coesão	3.50	6.50	17.00	0.03*
Apoio	4.00	6.10	20.50	0.05*

Tabela 11 - Médias e valores de U, relativos à percepção dos médicos e enfermeiros

da unidade de **espaço aberto**, na dimensão Relacionamento(* $p = ou < .05$)

No que se refere à dimensão desenvolvimento pessoal, apesar de não se verificarem diferenças significativas de percepção do clima entre os três grupos profissionais na sua globalidade, temo: alguma curiosidade em saber como é percebido o clima nesta dimensão, apenas por estes dois grupos (médicos e enfermeiros), dada a afinidade existente entre as suas actividades e relações profissionais. Assim, como se pode observar na tabela 12, verificamos que apenas existe diferença de percepção significativa entre médicos e enfermeiros, na subescala orientação para a tarefa ($p < .05$).

Dimensão / Subescalas	Unidade Aberta	Unidade Aberta		
	Médicos N=4	Enfermeiros N=26		
	Média	Média	U	p
Desenvolvimento Pessoal				
Autonomia	4.20	6.30	28.50	0.15
Orientação Tarefa	4.20	7.10	16.00	0.02*
Pressão Trabalho	3.00	5.20	24.00	0.08

Tabela 12 - Médias e valores de U, relativos à percepção dos médicos e enfermeiros da **unidade aberta**, na dimensão Desenvolvimento Pessoal (* p < .05)

Relativamente à dimensão sistemas de manutenção e mudança, também se verifica haver diferenças significativas de percepção quando analisados os três grupos em conjunto, sendo estas apenas nas subescalas inovação (p= .05) e conforto físico (p< .01). Contudo, aquando do teste Mann-Whitney para comparar concretamente a percepção dos médicos e enfermeiros, verificamos também haver diferença significativa (p< .05) nas subescalas clareza, controlo, inovação e conforto físico, como se pode verificar pelos resultados apresentados na tabela 13.

Dimensão / Subescalas	Unidade Aberta	Unidade Aberta		
	Médicos N=4	Enfermeiros N=26		
Manutenção/Mudança	Média	Média	U	p
Clareza	3.50	6.80	13.50	0.01*
Controlo	3.50	5.70	11.50	0.01*
Inovação	3.20	6.00	18.00	0.03*
Conforto Físico	2.50	4.70	18.50	0.04*

Tabela 13 - Médias e valores de U, relativos à percepção dos médicos e enfermeiros da **unidade aberta**, na Dimensão Manutenção e mudança (* p < .05)

Ao termos verificado que há diferenças nos resultados dos grupos profissionais da unidade aberta, entre a globalidade dos três grupos e quando a comparação é feita apenas entre dois grupos, parece-nos pertinente avaliar qual a percepção dos grupos dos médicos e o dos enfermeiros da

unidade fechada, quando comparados entre si. A metodologia utilizada é a mesma que para o grupo anterior, isto é, o teste Mann-Whitney. Os resultados obtidos (tabela 15), estão de acordo com os encontrados através do teste Kruskal Wallis, ou seja, não se verificaram diferenças de percepção entre o grupo dos enfermeiros e dos médicos, em todas as dimensões, à excepção da subescala pressão no trabalho, em que existe diferença significativa ($p < .01$), tendo os médicos uma percepção menos acentuada do que os enfermeiros.

Dimensão / Subescalas	Unidade Fechada	Unidade Fechada		
	Médicos N=6	Enfermeiros N=42	U	p
Desenvolvimento Pessoal	Média	Média		
Autonomia	6.00	5.10	80.50	0.15
Orientação Tarefa	5.30	6.80	83.50	0.18
Pressão Trabalho	2.80	5.90	20.00	0.00*

Tabela 14 - Médias e valores de U, relativos à percepção dos médicos e enfermeiros

da **unidade fechada**, na dimensão Desenvolvimento Pessoal (* $p < .01$)

Feita a análise comparativa da percepção do clima entre os enfermeiros e os médicos, pensamos ser interessante analisar se também existem diferenças na percepção do clima entre enfermeiros e auxiliares de acção médica. Com este objectivo, recorremos à mesma metodologia, ou seja ao teste Mann-Whitney, considerando a dimensão dos grupos em causa. Pela leitura da tabela 15, constatamos que existem diferenças significativas ($p < .05$) de percepção do clima entre os enfermeiros e os auxiliares de acção médica, nas subescalas: apoio, autonomia e conforto físico. Relativamente às restantes subescalas, não se encontram diferenças de percepção entre estes dois grupos profissionais.

	Enfermeiros n=26	Auxiliares n=4	U	p
Subescalas	médias	médias		
Apoio	6.10	3.50	18.00	0.03*
Autonomia	6.30	4.50	20.00	0.04*
Conforto físico	4.70	2.80	19.00	0.04*

Tabela 15 - Médias e valores de U, relativos à percepção dos enfermeiros e dos auxiliares de acção médica, da unidade aberta ($p < .05$)

No que diz respeito à comparação da percepção do clima entre os enfermeiros e os auxiliares de acção médica da unidade fechada, verifica-se que há diferença significativa apenas na subescala clareza ($p < .05$), com os enfermeiros a percepcionarem mais clareza do que os auxiliares de acção médica.

Comparados os níveis de percepção do clima dos profissionais de enfermagem e dos auxiliares de acção médica, temos curiosidade em comparar os níveis de percepção do clima, entre os médicos e auxiliares de acção médica de ambas as unidades. Quanto aos níveis de percepção do clima na unidade aberta entre os médicos ($n = 4$) e os auxiliares de acção médica ($n = 4$), os resultados obtidos sugerem haver diferença significativa apenas quanto à percepção do controlo ($p < .05$), sendo esta variável do clima percepcionada de forma mais acentuada pelos auxiliares de acção médica.

Relativamente à comparação dos níveis de percepção dos médicos ($n = 6$) e os auxiliares ($n = 9$) da unidade fechada, verifica-se que as diferenças significativas ($p < .05$) existentes são ao nível da coesão, da pressão no trabalho e do conforto físico, sendo que, estas diferenças traduzem que os médicos percepcionam níveis superiores de coesão, e os auxiliares de acção médica percepcionam de uma forma mais acentuada a pressão no trabalho e o conforto físico.

IV - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Esta tese tem como finalidade, analisar a influência do tipo de espaço das unidades de cuidados intensivos no clima social dos grupos que nelas desenvolvem a sua actividade profissional. A partir desta questão central da investigação, definiram-se quatro objectivos.

Pela análise dos resultados apresentados no capítulo III, podemos afirmar que, de uma forma geral, estes suportam a existência de diferenças significativas na percepção do clima social, entre aqueles que trabalham num espaço de estrutura aberta e os que desenvolvem a sua actividade, num espaço de estrutura física convencional, ou seja, num espaço constituído por divisões ou compartimentos, também designado por espaço fechado. Estas diferenças apontam no sentido de uma percepção global mais positiva, por parte dos vários grupos profissionais do espaço aberto. Ainda no âmbito desta questão central, comparando os níveis de percepção do clima social, entre os enfermeiros (grupo profissional representado em maior número nas unidades em estudo) de ambos os tipos de espaço, verifica-se que também estes por si só, apresentam a mesma tendência de percepção, isto é, à semelhança de como é percebido o clima pela equipa multiprofissional que integram, também os enfermeiros da unidade aberta, percebem a maioria das dimensões do clima de uma forma mais positiva, do que os enfermeiros da unidade fechada.

Conforme já foi referido na revisão de literatura apresentada, estes resultados estão de acordo com os obtidos em outras investigações. Davis (1984), por exemplo, concluiu que quando as pessoas estão dispersas por divisões ao longo de corredores, as relações interpessoais estabelecidas tornam-se impessoais, e que nos "pequenos espaços" abertos todas as pessoas se conhecem, fazendo com que as relações destes tendam a ser mais próximas. Também Fischer (1994) concluiu que a maior ou menor proximidade física num determinado espaço, aumenta ou diminui o potencial de interacção.

Segundo o mesmo autor, esta proximidade física provoca uma maior interacção e consequentemente promove a comunicação informal, o que vai originar o desenvolvimento de laços sociais e afectivos, bem como a coesão entre os membros do grupo.

Relativamente aos quatro objectivos formulados, numa primeira análise, verifica-se que alguns dos resultados obtidos estão de acordo com as conclusões de estudos anteriores, apresentados na revisão de literatura. Quanto ao primeiro objectivo, à semelhança dos estudos de Fischer (1994) e Sundstrom (1987), os resultados obtidos na subescala da coesão, correspondem ao esperado, ou seja, existe variação do nível de percepção da coesão, entre os grupos de ambos os espaços. O grupo de trabalho de espaço aberto, percepção um nível de coesão superior ao dos indivíduos que trabalham na unidade fechada. À semelhança da globalidade dos profissionais, também os enfermeiros da unidade aberta percebem a coesão de uma forma mais positiva do que os seus colegas da unidade de espaço fechado. Esta diferença poderá de facto vir reforçar a ideia de que coabitar num único espaço, em grande proximidade física e onde há elevada interacção e maximização do contacto visual, promove a coesão do grupo. De facto, conhecendo a realidade de ambas as unidades, podemos interpretar, ainda que à luz da experiência e do empirismo, que a dinâmica funcional que se estabelece relativamente ao relacionamento entre todos os profissionais, dos diferentes grupos e entre si, difere bastante nas duas unidades. Por exemplo, na UCI aberta, as actividades a desenvolver pelos diferentes profissionais, são realizadas na presença de todos. Isto faz com que haja um conhecimento permanente sobre a necessidade de ajuda ou a disponibilidade de cada um. Necessariamente, haverá também uma maior interacção e predisposição para a comunicação, não implicando forçosamente, a interrupção das actividades que se vão desenvolvendo durante a conversação. Assim, a grande proximidade e a quase permanente interacção decorrente do tipo de estrutura física, a que estão sujeitos os profissionais da unidade aberta, parece ser um factor importante, senão determinante, para aquilo a que geralmente se designa por “ bom ambiente”, “camaradagem”, ou simplesmente “boas relações”, quando nos reportamos a alguns ambientes de

trabalho. Esta parece-nos ser uma das principais diferenças que surgem quando nos questionamos sobre o que é que diverge no relacionamento das pessoas de ambos os tipos de espaço. Na UCI de estrutura fechada, a dinâmica funcional processa-se de forma bastante diferente. Dados os condicionalismos do tipo de espaço, as pessoas são distribuídas pelos diferentes compartimentos, desenvolvendo as actividades que lhes são inerentes, sozinhas ou em colaboração com um colega no caso de ter de partilhar o mesmo espaço, sendo necessário manifestar eventuais necessidades de ajuda ou de apoio, para as satisfazer. Assim, os diferentes profissionais, regra geral só se deslocam aos espaços de trabalho dos outros, quando necessário. Por outro lado, quando acontece a procura de colaboração, esta é dirigida aqueles que estão mais próximos, uma vez que, normalmente neste tipo de actividades, o recurso temporal é extremamente importante. Apesar de no âmbito deste estudo, não termos analisado o processo de interacção existente neste tipo de unidade (espaço fechado), pensamos que a interacção tenderá a ser limitada, mesmo tendo em consideração que o número de pessoas é superior. Claro que estamos no campo das especulações, mas tentando sempre uma aproximação à realidade por nós conhecida.

No que concerne ao segundo objectivo formulado, ou seja, verificar se o grupo da unidade aberta percepção maior controlo por parte dos seus supervisores ou chefes, verifica-se que o controlo é percebido de uma forma mais acentuada pelo grupo dos profissionais da unidade de estrutura fechada. À semelhança do que foi referido pela globalidade dos profissionais, também os enfermeiros desta unidade (espaço fechado), percebem de forma mais acentuada o controlo, relativamente aos colegas da unidade aberta. Estes resultados vêm contrariar as conclusões apresentadas por Sundstrom (1987), de que a proximidade e o maior contacto visual entre supervisores e subordinados pode ser prejudicial ao grupo, contribuindo para diminuir a sua autonomia, em consequência do maior controlo exercido por parte dos supervisores. De facto, na unidade fechada o controlo é percebido de uma forma mais acentuada. Por outro lado, apesar de não ser nosso objectivo analisar concretamente o nível de autonomia percebido em cada um

destes espaços, considerando a opinião de Sundstrom (1987), de que a autonomia está muitas vezes subjacente ao controlo que é exercido pelos supervisores, interessa-nos verificar como é percebida a autonomia. Na realidade verifica-se que na unidade de espaço fechado, quer a globalidade do grupo quer os enfermeiros, percebem de forma mais acentuada o controlo e percebem menos autonomia do que os sujeitos da unidade aberta. Face a este resultado, à priori, poder-se-á explicar que de alguma forma a perda de autonomia decorre da percepção mais acentuada do controlo, ou poder-se-á questionar que outras variáveis poderão influenciar estas dimensões do clima.

Como já referimos, os objectivos destas unidades são muito semelhantes e ambas regem-se pelas mesmas políticas e filosofias organizacionais, o que à partida faz pressupor, que apesar de serem lideradas ou chefiadas por pessoas diferentes, não se fariam notar diferenças significativas na percepção do clima social, contudo, na prática não foi o que aconteceu.

Tentando uma explicação para estes resultados, procuramos analisar se de algum modo se prendem com a forma como estão posicionados os chefes ou supervisores em ambas as unidades, em termos de proximidade física com os subordinados ou colaboradores. Assim, verifica-se que na unidade aberta, como se pode observar na respectiva planta, o chefe de enfermagem tem o seu gabinete numa zona contígua à área de trabalho propriamente dita e o médico responsável tem o seu gabinete fora do serviço, numa área relativamente distante. Segundo apurámos em conversa informal com estes responsáveis, ambos permanecem durante longos períodos do dia juntamente com a equipa, o que à priori, faria pressupor algum controlo sobre os subordinados. Quanto à proximidade física do médico responsável e da enfermeira chefe da unidade fechada, com os restantes elementos da equipa, ambos têm os seus gabinetes noutra planta, contudo, segundo estes, a sua permanência efectiva na unidade junto dos seus colaboradores, é uma realidade. Neste contexto, poder-se-ia formular uma questão - será que as diferenças de percepção em relação ao controlo e à autonomia resultam do tipo de liderança exercido em cada uma das unidades e de aspectos de ordem funcional?

De facto, em termos funcionais existem algumas diferenças que não devem ser desprezadas, nomeadamente o método de trabalho e a atribuição de responsabilidades. Assim, na unidade aberta, o método de trabalho é por excelência um método de trabalho em equipa, em que há um grande espírito de ajuda, promovido sobretudo pela grande proximidade. Este método, para além de ter como vantagem um maior espírito de ajuda e colaboração, proporciona ainda um sentido de responsabilidade dividida por todos, o que poderá explicar o menor controlo sentido por parte dos indivíduos da unidade aberta. Contrariamente, na unidade de estrutura fechada, como referimos anteriormente, pelos condicionalismos inerentes à estrutura física de tipo fechado, o método de trabalho é essencialmente individual, recaindo assim o "peso" da responsabilidade sobre cada um individualmente. À priori, estes aspectos parecem-nos poder explicar as diferenças de percepção relativamente à autonomia e ao controlo, manifestadas por ambos os grupos, ou seja, a maior autonomia e menor controlo percebido pelos sujeitos da unidade aberta inversamente ao manifestado pelos sujeitos da unidade fechada.

Relativamente ao terceiro objectivo deste estudo: analisar qual o tipo de espaço que é percebido com maior conforto físico, verifica-se que a unidade de estrutura fechada é percebida com maior conforto físico pela globalidade dos profissionais, relativamente à unidade aberta. Estes resultados são concordantes com a opinião de Cangelosi e Lemoine (1988), de que os espaços de tipo fechado proporcionam maior conforto físico.

À partida, o facto da unidade aberta ter sido mais recentemente construída e apresentar uma imagem de maior modernismo, faria pressupor que este aspecto poderia de alguma forma influenciar a percepção dos indivíduos que nela trabalham. Mas os resultados obtidos podem sugerir, à semelhança do que defenderam os autores atrás citados, que o maior conforto físico percebido pelos utilizadores do espaço fechado decorre da maior privacidade, e também como afirma Argyl

(1981), que a proximidade para além de determinada distância e a elevada densidade populacional, produzem desconforto.

Na realidade, se analisarmos atentamente a planta de ambas as unidades, facilmente compreendemos que em termos de área de construção as diferenças são enormes. A unidade aberta tem uma área total muito inferior à unidade fechada, e todas as pessoas desenvolvem as suas actividades num mesmo espaço, amplo e isento de barreiras, à excepção dos cortinados que existem entre as camas dos doentes. Esta diferença de percepção, poderá eventualmente decorrer da existência na unidade fechada, de espaços que permitam uma “maior liberdade” a quem nela permanece durante os períodos de trabalho. Por exemplo, a copa onde é permitido tomar café, lanchar, ou apenas conversar durante breves pausas, o gabinete dos médicos e o gabinete de enfermagem, onde regra geral os profissionais se reúnem informalmente, longe do olhar dos doentes, de outros profissionais e dos respectivos chefes, ou seja, com alguma privacidade. Contrariamente, na unidade aberta os profissionais apenas dispõem de uma improvisada e reduzida sala de estar, situada junto ao “hall” de entrada, proporcionando pouca privacidade. Assim, os funcionários desta unidade, quando pretendem fazer pequenas pausas ou conversar em privado, têm necessariamente de se deslocar ao refeitório / bar do hospital, caso contrário, terão de o fazer na presença de todos aqueles com quem partilham o espaço de trabalho. Também a inexistência de copa nesta unidade, faz com que as pessoas sejam privadas do ritual social da “hora do café”, quase instituído em determinados momentos do período de trabalho. Estes aspectos poderão em parte ser fonte de algum “desconforto”, tendo em conta que os profissionais terão de se deslocar para fora do serviço sempre que desejarem fazer este tipo de pausa.

Assim, se reflectirmos um pouco e se acreditarmos que a ausência de privacidade (de toda a ordem) provoca desconforto, de facto poderemos concluir que por um lado, este tipo de estrutura física poderá ter algumas vantagens relativamente à dinâmica funcional, à observação e tratament

dos doentes e ainda no desenvolvimento das relações sociais, mas por outro, provoca desconforto e até insatisfação aos seus ocupantes enquanto local de trabalho.

Com o quarto e último objectivo pretende-se verificar se as percepções do clima diferem de acordo com os diferentes grupos profissionais. Interessa aqui salientar que os três grupos profissionais contemplados nesta análise (médicos, enfermeiros e auxiliares de acção médica), são os que mais circulam nestes tipos de espaço, numa constante actividade, centrada nos doentes e sempre dirigida para a vigilância e prestação de cuidados. Os resultados sugerem que na unidade fechada o clima é percebido de uma forma semelhante pelos três grupos em análise, ou seja, entre os grupos dos enfermeiros, médicos e auxiliares de acção médica, não se verificam diferenças significativas de percepção do clima social.

No que diz respeito à unidade aberta, estes grupos profissionais percebem algumas dimensões do clima de uma forma significativamente diferente. Assim, comparando os grupos entre si, verifica-se que na dimensão relacionamento, existem diferenças de percepção entre médicos e enfermeiros, concretamente quanto ao envolvimento, à coesão e ao apoio, sendo estas manifestadas de uma forma mais positiva pelos enfermeiros. Estes resultados divergem das conclusões apresentadas por Starker (1989), que ao comparar os níveis de percepção do ambiente de trabalho, entre os médicos e os restantes grupos profissionais, concluiu que os médicos percebem-no de um modo significativamente superior o envolvimento e o apoio do supervisor. Claro que apenas estamos a fazer um paralelo, não sendo nem podendo ser nosso objectivo comparar dois contextos à partida tão diferentes. Contudo, tentando uma explicação para os resultados obtidos relativamente ao apoio do chefe ou supervisor, pensamos que o facto de o enfermeiro chefe da unidade aberta ter o seu gabinete junto à zona de trabalho dos seus subordinados, contrariamente ao médico responsável que tem o seu gabinete fora da unidade, poderá ter influenciado a percepção dos respectivos subordinados, relativamente ao apoio proporcionado por estes. Por outro lado, no que diz respeito à

coesão, percebida de uma forma significativamente mais elevada por parte dos enfermeiros relativamente aos médicos da unidade aberta, pensamos que as diferenças existentes na dinâmica funcional de ambos os grupos, poderão estar na base de tais resultados. Por exemplo, os enfermeiros estão agrupados por equipas, ou seja, em todos os turnos, regra geral trabalham sempre com os mesmos pares. Relativamente aos médicos, à excepção do turno da manhã em que permanecem no serviço três ou quatro médicos, no turno da tarde e da noite apenas ficam de serviço um ou dois médicos, podendo alguns deles não pertencerem ao "staff" médico efectivo da unidade (por exemplo, alguns anestesistas colaboram com os médicos da unidade nos turnos da tarde e da noite), e geralmente não são distribuídos de acordo com equipas previamente definidas. À partida poder-se-á pressupor que os enfermeiros, permanecendo com maior frequência na presença dos mesmos colegas do grupo, poderão tornar-se mais coesos e estabelecer mais laços de amizade, no seio do grupo. No que se refere ao envolvimento, percebido de forma mais positiva pelos enfermeiros relativamente aos médicos, este resultado parece corresponder de alguma forma, à realidade por nós conhecida do contexto organizacional em análise (hospitalar). De facto, se eventualmente se fizesse um estudo sobre o envolvimento dos médicos com a profissão, provavelmente apresentariam indicadores elevados. No entanto, ao nível da organização hospitalar (pública), regra geral o seu vínculo é mais ténue porque ela só preenche uma pequena parte da sua actividade. O núcleo central da sua actividade profissional encontra-se fora desta organização, no domínio privado. Esta talvez seja uma razão para que os médicos percepcionem menos envolvimento com o trabalho do que os enfermeiros.

Avaliando a dimensão desenvolvimento pessoal no mesmo tipo de espaço (aberto), também se verifica que o grupo dos profissionais de enfermagem, relativamente aos médicos, percepcionam com maior ênfase a orientação para a tarefa, mas não apresentam diferenças de percepção significativas quanto à pressão no trabalho e à autonomia. Esta situação parece de facto poder explicar-se pela forma como se desenvolvem e articulam as actividades dos enfermeiros com a do

médicos, neste tipo de unidades. Por um lado, médicos e enfermeiros, trabalham em conjunto à cabeceira do doente e embora as suas actividades sejam distintas, ambas contribuem de forma decisiva para alcançar com sucesso os mesmos objectivos. Por outro lado, se é verdade que na maioria dos serviços hospitalares, a dinâmica que se estabelece entre médicos e enfermeiros, ainda passa muito por uma linha de pensamento tradicional de comando / execução, em que o trabalho dos enfermeiros obedece a muitas rotinas e a decisão é fundamentalmente médica, nas UCI, esta realidade já é um pouco diferente. De facto, a grande imprevisibilidade das actividades, o espírito de colaboração e a imprescindível articulação entre as tarefas e actividades dos médicos e enfermeiros, adequadas às necessidades de cada momento, fazem com que os enfermeiros que desempenham as suas funções nestes locais, desenvolvam um trabalho mais técnico e com maior autonomia. Na realidade, de uma forma geral, nestas unidades não se verifica a submissão dos enfermeiros a um plano de trabalho que obedeça à clássica forma de “comando”. Os enfermeiros já têm alguma autonomia, no sentido de recriarem as suas próprias técnicas e modalidades de trabalho, já lhes sendo permitida uma maior participação nos actos médicos. Contudo, as actividades dos enfermeiros desenvolvem-se a dois níveis: actividades independentes e interdependentes, ou seja, as que são realizadas com total autonomia e as que, como o próprio nome sugere, se prendem com a prescrição e orientação médica.

Pelo exposto, parece-nos pertinente que não se faça sentir a diferença de percepção relativamente à autonomia e à pressão no trabalho, contudo, as características das suas funções, a interdependência de algumas actividades e a forma como se organizam nessa articulação, talvez possam por si explicar a maior percepção da orientação para a tarefa, por parte dos enfermeiros.

Relativamente à percepção da dimensão sistemas de manutenção e mudança, na unidade aberta verifica-se que os enfermeiros percebem mais clareza, maior controlo, mais inovação e conforto físico do que os médicos. No que se refere à clareza e ao controlo, ou seja, ao conhecimento daquilo que se espera do seu trabalho e até que ponto o chefe ou supervisor utiliza regras e pressões para

manter os trabalhadores sob controlo, pensamos que este aspecto é de facto mais evidenciado pelos enfermeiros do que pelos médicos, como reflexo do processo de avaliação do desempenho do grupo profissional dos enfermeiros. Os enfermeiros estão sujeitos a um processo de avaliação que se baseia numa filosofia de orientação, tendo por objectivo determinados padrões de qualidade e a definição de normas e critérios de desempenho, para as competências técnica, relacional e científica. Quanto ao processo de avaliação dos médicos, este baseia-se na avaliação da capacidade de execução técnica, no interesse pela valorização profissional, na responsabilidade profissional e nas relações humanas no trabalho. Na realidade ambos os processos de avaliação contemplam as principais competências, no entanto o processo dos enfermeiros está operacionalizado de forma a ser uniformizado e menos subjectivo do que o dos médicos, uma vez que este não está normalizado nem tem definidos critérios de desempenho.

Quanto à percepção dos auxiliares comparativamente à dos médicos, a única diferença é que os auxiliares percebem maior controlo. De facto, esta situação parece compreensível, dado que as actividades dos auxiliares, são orientadas e supervisionadas directamente pelos enfermeiros e dada a sua desvantagem na posição hierárquica, estão permanentemente submetidos ao poder decisivo e de controlo dos médicos. Isto traduz-se necessariamente num “peso” acrescido do controlo.

Em síntese e fazendo um paralelo entre as diferenças na globalidade destes três grupos profissionais, relativamente à unidade aberta podemos dizer que os enfermeiros são o grupo que percebe de uma forma mais positiva o apoio do chefe (relativamente aos médicos e auxiliares de acção médica), que não apresentam diferenças significativas de percepção da autonomia relativamente aos médicos, mas percebem-na de uma forma acentuadamente mais positiva que os auxiliares de acção médica. Os enfermeiros percebem ainda mais conforto físico do que os médicos e auxiliares de acção médica.

Quanto à análise da percepção do clima por parte dos médicos e enfermeiros da unidade fechada, verifica-se que a única diferença existente é a pressão no trabalho, manifestada de uma forma mais acentuada pelos enfermeiros do que pelos médicos. De facto, esta situação parece fazer algum sentido, considerando que a dinâmica funcional destes dois grupos profissionais é diferente, sobretudo no que concerne à organização e divisão do trabalho. Analisando a prestação de cuidados efectuada por ambos, verifica-se que o acto médico assume um lugar central na produção dos cuidados, ou seja, é um trabalho de tipo "intelectual" (diagnóstico e terapêutica), por oposição ao trabalho dos enfermeiros, essencialmente de execução das prescrições médicas. Por outro lado, apesar das actividades a desenvolver por ambos (médicos e enfermeiros) regra geral acontecerem de uma forma relativamente imprevisível e urgente, no que diz respeito aos enfermeiros, as funções destes são na realidade, realizadas sob maior pressão e stress do que as dos médicos, uma vez que são eles os executores efectivos das prescrições e que o sucesso do tratamento médico poderá depender da rapidez e eficácia da sua intervenção. Por outro lado, tal como referimos anteriormente, nesta unidade (fechada), os enfermeiros desenvolvem a sua actividade pelo método de trabalho individual, contrariamente aos enfermeiros da unidade aberta cujo método de trabalho é o de equipa, o que faz com que nas situações de maior pressão e mais urgência as pessoas dos diferentes grupos profissionais se ajudem umas às outras.

No que se refere à percepção do clima por parte dos enfermeiros em ambas as unidades, para além das diferenças apresentadas anteriormente no âmbito do primeiro e segundo objectivo (isto é, para além dos enfermeiros da unidade aberta percepcionarem mais coesão, mais autonomia e menos controlo do que os da unidade fechada), verifica-se que os enfermeiros da unidade aberta apresentam níveis de percepção semelhantes aos apresentados pela população na sua globalidade, ou seja, percepcionam o clima social de uma forma significativamente mais positiva, relativamente aos enfermeiros da unidade fechada. Assim, os enfermeiros da unidade aberta percepcionam mai

envolvimento, mais apoio, mais clareza e mais inovação do que os seus pares da unidade de espaço fechado. Relativamente à percepção de maior apoio do chefe, este resultado pode de algum modo prender-se com a proximidade física existente entre este e os seus subordinados, considerando que na unidade aberta o gabinete do enfermeiro chefe se situa junto ao local de trabalho dos enfermeiros. Por outro lado, não se pode excluir a possibilidade de estas diferenças de percepção resultarem do tipo de liderança que é exercida por ambos os chefes. Quanto ao facto da clareza ser percebida de forma mais positiva, parece poder explicar-se pela forma como o trabalho é planeado e organizado. Por outro lado, o tipo de estrutura física (espaço aberto) pode por si só tornar mais clarividente as actividades e tarefas a desenvolver, dado que a sua acção se concentra em um único espaço. Salienta-se mais uma vez que a gestão das unidades é feita por pessoas diferentes e por isso o tipo de liderança poderá de algum modo influenciar a percepção da clareza do que se espera do seu trabalho, mas a filosofia, os objectivos organizacionais bem como a forma como estes são transmitidos, são semelhantes para ambos os grupos. Relativamente à percepção mais positiva da inovação, também se coloca a hipótese de esta surgir como resultado do método de trabalho em equipa, em que há uma maior partilha de experiências e pressupõe haver espírito de grupo. Desta forma parecem estar criadas algumas condições para a aceitação de novas ideias. Salienta-se ainda que o tipo de estrutura física aberta, facilita ou é mesmo fundamental para que o método de trabalho em equipa seja executável. No que concerne ao maior envolvimento com o trabalho por parte dos enfermeiros da unidade aberta, talvez se possa atribuir à maior autonomia, à maior clareza, mais apoio do chefe e menos controlo, contrariamente ao manifestado por parte dos enfermeiros da unidade fechada.

Também é interessante verificar que entre os enfermeiros de ambas as unidades, não existem diferenças significativas de percepção relativamente à pressão no trabalho e à orientação para a tarefa. No nosso ponto de vista, estes resultados fazem algum sentido. Apesar dos tipos de estrutura de ambas as unidades serem substancialmente diferentes, os seus objectivos são semelhantes, o rácio

enfermeiro/ doente é aproximadamente o mesmo, o conteúdo funcional pelo qual se regem é exactamente o mesmo, a dinâmica funcional poderá divergir por condicionalismos que se prendem necessariamente com a dimensão do serviço e com o tipo de estrutura física, mas basicamente assenta nos mesmos princípios. Logo à partida, estes pressupostos fazem pensar que os resultados reflectem de facto esta realidade.

Neste estudo é também considerada a possibilidade de algumas variáveis demográficas influenciarem a percepção do clima social. Os resultados sugerem a inexistência de diferenças significativas de percepção, nomeadamente em relação à idade, ao sexo e ao nível académico, em ambos os grupos. Contudo estamos conscientes de que a dimensão da amostra na sua globalidade e a reduzida dimensão de alguns dos grupos profissionais, não permitem generalizar nem tirar conclusões.

Reflectindo sobre as conclusões dos vários autores abordados, analisando os resultados obtidos na presente investigação e tendo ainda como referência a nossa experiência profissional, é de salientar que os dois tipos de espaço, apesar das diferenças que os caracterizam, apresentam atributos que contribuem positivamente para o clima social. A unidade de espaço aberto parece de facto promover mais as relações humanas e o desenvolvimento pessoal, como consequência da proximidade física. No entanto a unidade de espaço fechado privilegia a privacidade e por isso é conotado como de maior conforto físico. Assim, pensamos que as unidades futuras deveriam ser planeadas de forma a serem funcionais, a promoverem o trabalho em equipa e oferecendo espaços adequados e confortáveis quer para as funções clínicas quer para as áreas sociais. No nosso ponto de vista, uma unidade de estrutura aberta que reúna estas características, é certamente do agrado dos profissionais que nela desenvolvem a sua actividade.

Para finalizar, não poderemos deixar de referir as principais limitações do presente estudo. Como afirmámos anteriormente, ao decidirmos aplicar a W.E.S., havia duas razões para o fazermos com alguma segurança. A primeira prende-se com o facto de esta escala ter sido aferida e aplicada

em vários estudos realizados no âmbito do espaço clínico, em diversos países como os E.U.A., o Canadá e a Inglaterra, sendo que os indicadores métricos apresentados nos mesmos (validade e precisão), indicam que esta escala parece ser adequada para medir o clima social da população do sector da saúde. A segunda, tem a ver com o facto de a mesma escala ter sido recentemente (1995) traduzida e adaptada à população portuguesa, e segundo a autora da aferição “ os resultados obtidos apontam no sentido da existência de qualidades psicométricas satisfatórias tanto no que concerne à precisão como à validade da escala”. Contudo, e apesar de não ser objectivo deste estudo testar a validade da aferição da forma R da W.E.S. para a população portuguesa, procedemos à análise da sua precisão a partir do coeficiente de alpha de Chronbach, para a população em estudo. De facto, não podemos deixar de concluir que em algumas subescalas e em particular determinados itens, os valores obtidos não satisfazem os critérios de referência (correlação inter-itens e valor de alpha de Cronbach). Pensamos que este facto poderá dever-se à forma como foram redigidos. Decidimos não eliminar os referidos itens, considerando que esse procedimento provocaria alterações no equilíbrio interno da escala, bem como no seu formato original. Contudo acreditamos que a reformulação dos referidos itens, poderá ser suficiente para aumentar o nível de precisão da escala. Pensamos também que o facto de este estudo apresentar uma população de menor dimensão do que a utilizada na aferição, poderá contribuir complementarmente para explicar os resultados de alpha de Cronbach encontrados. No entanto, como podemos verificar, esta tendência não é extensiva a todas as subescalas, obtendo-se mesmo em algumas delas, valores iguais ou superiores aos valores obtidos aquando da aferição.

Outra limitação importante, prende-se com a dimensão da população, por um lado em termos globais, por outro a reduzida dimensão de alguns dos grupos profissionais. Este facto tem como consequência imediata, limitar quaisquer generalizações que se pretendam elaborar a partir dos resultados obtidos.

Apesar das limitações que referenciamos e das inúmeras questões para as quais não é possível apresentar uma resposta definitiva, pensamos mesmo assim, que os resultados obtidos sugerem pistas importantes para a compreensão das relações existentes entre o tipo de espaço de trabalho e o clima social.

No sentido de podermos num futuro próximo, aprofundar algumas das questões que no momento deixamos em aberto, parece-nos relevante que se procure nomeadamente:

- Alargar o âmbito deste tipo de investigações a outras organizações de saúde, quer do sector público quer privado e a outros serviços que não exclusivamente de cuidados intensivos, por forma a ser possível uma análise de resultados mais consistente, bem como a respectiva comparação.

- Efectuar estudos complementares no sentido de melhorar a tradução e adaptação da W.E.S. à população portuguesa, quer ao nível da precisão quer da validade da escala, relativamente à população em geral e dos serviços de saúde em particular.

- Aquando da discussão dos resultados levantámos a questão “ será que as diferenças de percepção em relação ao controlo e à autonomia resultam do tipo de liderança exercido em cada uma das unidades e de aspectos de ordem funcional ? ” Neste contexto, consideramos que numa investigação futura, seria interessante analisar em que medida é que outras variáveis poderão influenciar a percepção do clima social, ao exercerem um papel moderador, entre as quais o tipo de liderança, o método de trabalho (individual e de equipa) e o nível de satisfação no trabalho.

Quanto à utilidade futura desta investigação, pensamos que através dos resultados obtidos nesta tese de dissertação, poderemos sensibilizar as administrações e responsáveis por futuros projectos de construção hospitalar, no sentido de uma maior harmonia entre a estética, funcionalidade e conforto físico, objectivando uma maior eficácia organizacional. Se esta sensibilização for conseguida, consideramos que para além dos objectivos académicos inerentes à realização do curso de mestrado, fica-nos a enorme satisfação de contribuir de alguma forma, para o bem-estar de todos aqueles que permanecem no meio hospitalar, quer como utentes, quer enquanto prestadores de cuidados.

V. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bach, F. W. (1965). The Whys and Wherefores of the open-plan office. Kommunikation, 1,103-106.
- Baker, G. A., Carlisle, C., Riley, M., Tapper, J., & Dewey, M. (1992). The Work Environment Scale: A comparison of British and North American nurses. Journal of Advanced Nursing, 17, 692-698.
- Barker, R. (1968). Ecological Psychology. California: Standford University Press
- Baron, R. A. (1994). The Physical Environment of Work Settings: Effects on Task Performance, Interpersonal Relations, and Job Satisfaction. In B.M., Staw, L.L. Cummings (Eds), Research in Organizational Behavior, (vol 16), pp.1-46.
- Barracho, C. (1995). Psicologia Social. Ambiente e Espaço: conceitos e abordagens teóricas. Lisboa.
- Barracho, C. (1989). Novas Perspectivas da Psicologia Social: A Psicologia do Espaço e suas aplicações. Análise Psicológica, 1-2-3 (VII), 215-219.
- Bell, P., Baum, A., Fischer, J., Greene, T. (1990). Design in Selected Environments, in Environmental Psychology (3^aed). USA: H.B.J.College Publishers.
- Brunet, L. (1983). El Clima de Trabajo en las Organizaciones: Definicion, diagnóstico y consecuencias. México: Editorial Trillas.

- Calado, M., Sousa, E. (1993). Clima Organizacional e suas Significações: Literatura Revisitada. Análise Psicológica, 2 (XI), 201-211.
- Cangelosi, V. E., & Lemoine, L. F.(1988). Effects of open versus closed physical environment on employee perception and attitude. Journal of Social Behavior and Personality, 16 (1), 71-77.
- Carapineiro, G. (1993). Saberes e Poderes no Hospital. Porto: Edições Afrontamento
- Cummings T. G. (1978). Self-Regulating Work Groups: A Socio-Technical Synthesis. Academy of Management Review, 3, 625-634.
- Deutsch, M., Krauss R. M. (1972). Les théories en psychologie sociale. Paris: Mouton
- Davis, T. M. R. (1984). The influence of the physical environment in offices. Academy of Management Review, 9 (2), 271-283.
- Festinger, L., Schacter, S., Back, k. (1950). Social Pressures in Informal Groups. Stanford, Ca: University Press.
- Fischer, A., Ellis, D. (1990). Small Group. Decision Making: comunication and the group process. Singapore: McGraw-Hill.
- Fischer, G.-N. (1989). Psychologie des Espaces de Travail. Paris: Armand Colin
- Fischer, G.-N. (1990). Les Domaines de la Psychologie Sociale: Le Champ du Social. Paris: Dunod

Fischer, G-N. (1994). Psicologia Social do Ambiente. Lisboa: Instituto Piaget.

Flarey, D. (1993). The Social Climate of Work Environments. Journal of Nursing Administration, 23, (6), 9-15.

Fourgous, J.-M., Iturralde. (1991). Mesurer et améliorer le climat social dans l'entreprise. Paris: Éditions D'Organisation

Fried, Yitzhak (1990). Workspace Characteristics, Behavioral Interferences, and Screening Ability as Joint Predictors of Employee Reactions: An Examination of the Intensification Approach. Journal of Organizational Behavior, 11, 267-280.

Gifford, R. (1987). Environmental Psychology: Principles and Practice. Boston: Allyn and Bacon.

Glick, W. (1985). Conceptualizing and Measuring Organizational and Psychological Climate: Pitfalls in Multilevel Research. Academy of Management Review, vol.10, 3.

Gomes, A. M. (1978). Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva. São Paulo: E. P.U.

Greene, J., D'Oliveira M. (1991). Testes Estatísticos em Psicologia. Lisboa: Editorial Estampa

Hall, E. T. (1979). Au-delà de la culture. Paris: Coll. Points, Éditions du Seuil.

Hamilton, K. (1996). L'Architecture de L'unité de Soins. Techniques Hospitalières, 605, 31-33.

Herzberg, F. (1966). Work and the Nature of Man. Cleveland: World Publishing Co.

Hipwell, A. A., Tyler, P. A., & Wilson, C. M. (1989). Sources of stress and dissatisfaction among nurses in four hospital environments. British Journal of Medical Psychology, 62, 71-79.

Hoyt, J., Harvey, M., Axon, D. (1995). The Critical Care Unit: Design Recommendations and Standards, in S. Ayres, A. Grenvik, P. Holbrook, W. Shoemaker (Eds), Textbook of Critical Care, (3^a ed). Philadelphia: W.B. Saunders Company.

Holahan, C. J., Saegert, S. (1973). Behavioral and Attitudinal Effects of Large-Scale Variation in the Physical Environment of Psychiatric Wards. Journal of Abnormal Psychology, vol. 82 (3), 454- 462.

Holahan, C. J. (1982). Environmental psychology. New York: Randim House.

Intensive Care Society (1996). Planning, Design and Organization of Intensive Care Units, in C.

Hinds, D. Watson (Eds), Intensive Care. A Concise Textbook (2^a ed). London: WB Saunders Company.

Ittelson, Proshansky, Rivlin, & Winkel. (1975). Introduction to Environmental Psychology. New York: Rinehart and Winston.

Ittelson, w.-H. (1978). Environmental perception and urban experience, in Environment and Behavior, 10, 193-212.

- Ives, R. S., Ferdinands, R. (1974). Working in a Landscaped office. *Personnel Practice Bulletin*, 30, 126-141.
- James, L. A., James, L.R. (1989). Integrating Work Environment Perceptions: Explorations into the Measurement of Meaning. *Journal of Applied Psychology*, vol. 74, 5, 739-751.
- Jones, A. P., James, L. R. (1979). Psychological Climate: Dimensions and Relationships of Individual and Aggregated Work Environment Perceptions. *Organizational Behavior and Human Performance*, 23, 201-250.
- Koran, L., Moos, R., Moos, B., & Zasslow, M. (1983). Changing hospital work environments: An example of a burn unit. *General Hospital Psychiatry*, 5, 7-13.
- Kramer, A (1992). Designing the humane ICU. *News (Siemens)*, 2, 12-13.
- Kinney, J.(1983). Projeto de um Centro de Tratamento Intensivo. In J. L. Berk, J. E. Sampliner (Eds). Manual de Tratamento Intensivo (2ª ed), pp.15-32, Rio de Janeiro: Medsi.
- Lewin, K. (1967). Psychologie Dynamique: Les relations humaines. Paris: Presses Universitaires.
- Louro, C. (Ed.) (1995). Tradução e adaptação da Work Environment Scale (W.E.S.) à população portuguesa (Monografia de Licenciatura na área de Psicologia Social e das Organizações). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

- Low, S. M., Altman, I.(1992). Place Attachment - Human Behavior and Environment. New York: Plenum Press, 1-12.
- Mc Andrew, F. (1993). Environmental Psychology. California: Brooks/Cole Publishing Company
- Meyer, C. (1993). Visions of Tomorrow`s ICU. American Journal of Nursing. 93, 27-31.
- Moles A.-A., Rohmer E.(1977). Psychologie de l`espace. Paris: Casterman.
- Moll, M. G. (1971). Unidade Coronaria. Cuarta Ponencia. Jornadas de Cuidados Intensivos, 50, 39-70.
- Moos, R. (1988). Psychosocial Factors in the Workplace. In S. Fisher, J. Reason, Handbook of Life Stress Cognition and Health (pp. 193-209), John Wiley & Sons Ltd.
- Moos, R. (1994). Work Environment Scale Manual (3ª ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Munné, F. (1995). La Interacción Social. Teorías y Ámbitos. Barcelona: PPU
- Nebot, L. G. (1984). "Arquitectura Hospitalar". Todo Hospital, 9, 45-51.
- Oldham, G., Brass, D. (1979). Employee Reactions to an Open-Plan Office: A Naturally Occurring Quasi-Experiment. Administrative Science Quarterly, 24, 267-284.

- Oldham, G., Rotchford, N. (1983). Relationships Between Office Characteristics and Employee Reactions: A study of the Physical Environment. Administrative Science Quarterly, 28, 542-556.
- Oliva, C. G. (1994). Ergonomía en el medio hospitalario. Todo Hospital, 111, 11-22.
- Payne, R., Pugh, D.S. (1976). Organizational Structure and Climate, in M. Dunnette (Ed.), Handbook of Industrial and Organizational Psychology, pp.1125-1173, Chicago: Rand McNally.
- Pfeffer, J. (1985). Organizations and Organization Theory. In Handbook of Social Psychology (vol III), pp. 379-440.
- Proshansky, H.M. (1978). The city and the self-identity. Environment and Behavior, 10, 147-169.
- Repetti, R. L. (1987). Individual and Common Components of the Social Environment at Work and Psychological Well-Being. Journal of Personality and Social Psychology, 52 (4), 710-720.
- Rousseau (1988). The Construction of Climate in Organizational Research. In C. L. Cooper & I. Robertson, International Review of Industrial and Organizational Psychology, New York: John Wiley, pp. 139-158.
- Santos, F. M. (1983). Unidades de Cuidados Intensivos: Funciones y Estructura de la U.C.I.. Todo Hospital, 6, 21-25.

Schein, E. (1985). Organizational Culture and Leadership. A Dynamic View. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Schneider, B. (1990). Organizational Climate and Culture. Oxford: Jossey-Bass

Sivadon, P. (1970). Space as experienced: Therapeutic Implications. In H. M. Proshansky, W. H. Ittelson, L. G. Rivlin (Eds), Environmental Psychology: Man and his Physical Setting. New York: Holt, Rinehart & Winston.

Soczka, L. (1989). A perspectiva ecológica em psicologia. Lisboa: LNEC.

Soczka, L. (1993). Para uma perspectiva ecológica em psicologia social, in Psicologia Social, Vala, J., & Monteiro, M. B.,(Eds.). Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.

Sommer, R. (1969). Personal Space. Englewood Cliffs. New York: Prentice-Hall

Starker, S. (1989). Working up to a better workplace. VA Practitioner, 6, 33-44.

Society of Critical Care Medicine (1988). Recommendations for critical care unit design. Critical Care Medicine, 16, 796-806.

Society of Critical Care Medicine (1995). Guidelines for Intensive Care Unit Design. Critical Care Medicine, 23, 582-588.

- Steele, F. I. (1973). Physical Settings and Organizational Development. Reading, Mass: Addison Wesley.
- Sundstrom, E. (1987). Work Environments: Offices and Factories. In D. Stokols, I. Altman (Eds), Handbook of Environmental Psychology (vol I) (pp. 733-782). New York: John Wiley and Sons.
- Tommasini, N. R. (1992). The impact of a staff support group on the work environment of a specialty unit. Archives of Psychiatric Nursing, 6, 40-47.
- Vala, J., Monteiro, M. B., Lima, L., Caetano, A. (1994). Psicologia Social das Organizações. Oeiras: Celta
- Waters, J. (1978). Assessing the work environment of long-term health care facilities. Long Term Care and Health Services Administration Quarterly, 2, 300-307.
- Wicker, A. (1979). An Introduction to Ecological Psychology. New York: Brooks/Cole.

ANEXOS

ANEXO 1: Pedido de autorização ao Conselho de Administração

Ao Conselho de Administração do
Hospital de

Ao cuidado da Sr^a Enfermeira Directora.

ALMERINDA MARIA FRANCO LUIS, Enfermeira Chefe, colocada na Unidade de Cuidados Intensivos e Bloco Operatório Central do Hospital do Desterro, encontrando-se a frequentar o *Curso de Mestrado em Comportamento Organizacional no Instituto Superior de Psicologia Aplicada*, vem por este meio solicitar autorização para aplicar um questionário (em anexo), em duas Unidades de cuidados Intensivos (de estrutura aberta e fechada) do Hospital de _____ no âmbito do trabalho de investigação da sua tese de mestrado.

Agradecendo desde já toda a colaboração e compreensão, aguardando a sua resposta.

Com os melhores cumprimentos.

Lisboa, 12 de Março de 1996

Almerinda Maria Franco Luis

ANEXO 2: Carta dirigida aos profissionais das unidades

Ex ° Sr (a)

Encontramo-nos a frequentar o Mestrado em Comportamento organizacional, no Instituto de Psicologia Aplicada, actualmente na fase de elaboração da Tese de Mestrado.

Neste contexto, vimos solicitar a sua colaboração no preenchimento deste instrumento de recolha de dados.

Asseguramos-lhe que todas as respostas são absolutamente confidenciais.

Agradecendo desde já toda a colaboração e disponibilidade

ANEXO 3: Questionário “W.E.S.” - versão original

ENVIRONMENT SCALE

FORM B

Rudolf H. Moos and Paul N. Insel

75. People seem to be quite inefficient.
76. There are always deadlines to be met.
77. Rules and policies are constantly changing.
78. Employees are expected to conform rather strictly to the rules and customs.
79. There is a fresh, novel atmosphere about the place.
80. The furniture is usually well-arranged.
81. The work is usually very interesting.
82. Often people make trouble by talking behind others' backs.
84. Supervisors meet with employees regularly to discuss their future work goals.
85. There's a tendency for people to come to work late.
86. People often have to work overtime to get their work done.
87. Supervisors encourage employees to be neat and orderly.
88. If an employee comes in late, he can make it up by staying late.
89. Things always seem to be changing.
90. The rooms are well ventilated.

Instructions

There are 90 statements in this booklet. They are statements about the place in which you work. The statements are intended to apply to all work environments. However, some words may not be quite suitable for your work environment. For example, the term supervisor is meant to refer to the boss, manager, department head, or the person or persons to whom an employee reports.

You are to decide which statements are true of your work environment and which are false. Make all your marks on the separate answer sheet.

If you think the statement is *true* or mostly *true* of your work environment, make an X in the box labeled T (true).

If you think the statement is *false* or mostly *false* of your work environment, make an X in the box labeled F (false).

Please be sure to answer every statement.



Consulting Psychologists Press, Inc.
3803 E. Bayshore Road, Palo Alto, CA 94303

about exactly what they are supposed to do.

modern appearance.

about exactly what they are supposed to do.

21. A lot of people seem to be just putting in time.
22. People take a personal interest in each other.
23. Supervisors tend to discourage criticisms from employees.
24. Employees are encouraged to make their own decisions.
25. Things rarely get "put off till tomorrow."
26. People cannot afford to relax.
27. Rules and regulations are somewhat vague and ambiguous.
28. People are expected to follow set rules in doing their work.
29. This place would be one of the first to try out a new idea.
30. Work space is awfully crowded.
31. People seem to take pride in the organization.
32. Employees rarely do things together after work.
33. Supervisors usually give full credit to ideas contributed by employees.
34. People can use their own initiative to do things.
35. This is a highly efficient, work-oriented place.
36. Nobody works too hard.
37. The responsibilities of supervisors are clearly defined.
38. Supervisors keep a rather close watch on employees.
39. Variety and change are not particularly important.
40. People go out of their way to help a new employee feel comfortable.
41. People put quite a lot of effort into what they do.
42. People are generally frank about how they feel.
43. Supervisors often criticize employees over minor things.
44. Supervisors encourage employees to rely on themselves when a problem arises.
45. Getting a lot of work done is important to people.
46. There is no time pressure.
47. The details of assigned jobs are generally explained to employees.
48. Rules and regulations are pretty well enforced.
49. The same methods have been used for quite a long time.
50. The place could stand some new interior decorations.
51. Few people ever volunteer.
52. Employees often eat lunch together.
53. Employees generally feel free to ask for a raise.
54. Employees generally do not try to be unique and different.
55. There's an emphasis on "work before play."
56. It is very hard to keep up with your work load.
57. People go out of their way to help a new employee feel comfortable.
58. Supervisors are always checking on employees and supervise them very closely.
59. New approaches to things are rarely tried.
60. The colors and decorations make the place warm and cheerful to work in.
61. It is quite a lively place.
62. Employees who differ greatly from the others in the organization don't get on well.
63. Supervisors expect far too much from employees.
64. Employees are encouraged to learn things even if they are not directly related to the job.
65. Employees work very hard.
66. You can take it easy and still get your work done.
67. Fringe benefits are fully explained to employees.
68. Supervisors do not often give in to employee pressure.
69. Things tend to stay just about the same.
70. It is rather drafty at times.
71. It's hard to get people to do any extra work.
72. Employees often talk to each other about their personal problems.
73. Employees discuss their personal problems with supervisors.

ANEXO 4: Questionário “W.E.S.” - versão Portuguesa

DE TRABALHO

FORMA R

Rudolf H. Moos e Paul Insel

Instruções

Existem neste folheto 90 afirmações. São afirmações acerca do local onde trabalha. As afirmações têm como objectivo aplicar-se a todos os ambientes de trabalho. Contudo, algumas palavras podem não estar perfeitamente adaptadas para o seu ambiente de trabalho. Por exemplo, o termo supervisor pode referir-se ao chefe, ao gerente, ao chefe de departamento, ou à pessoa ou pessoas a quem o empregado reporta.

Decida quais as afirmações que são verdadeiras para o seu ambiente de trabalho e quais as que são falsas. Faça todas as suas marcações na folha de resposta anexa.

Se pensa que a afirmação é verdadeira ou a maior parte das vezes é verdadeira para o seu ambiente de trabalho, faça um X no quadrado rotulado com um V (Verdadeira).

Se pensa que a afirmação é falsa ou a maior parte das vezes é falsa para o seu ambiente de trabalho, faça um X no quadrado rotulado com um F (Falsa).

Por favor certifique-se que respondeu a todas as afirmações.



- | | |
|--|---|
| 67. Os benefícios adicionais são integralmente explicados aos empregados. | 80. O equipamento está geralmente bem adaptado. |
| 68. Os supervisores muitas vezes não cedem perante a pressão dos empregados. | 81. O trabalho é geralmente muito interessante. |
| 69. As coisas tendem a manter-se quase sempre na mesma. | 82. As pessoas criam, muitas vezes, problemas por falarem dos outros pelas costas. |
| 70. Às vezes há bastantes correntes de ar. | 83. Os supervisores defendem realmente o seu pessoal. |
| 71. É difícil conseguir pessoas para fazer qualquer trabalho extraordinário. | 84. Os supervisores encontram-se regularmente com os empregados para discutirem os seus futuros objectivos de trabalho. |
| 72. Os empregados falam muitas vezes uns com os outros sobre os seus problemas pessoais. | 85. Existe uma tendência para as pessoas chegarem tarde ao trabalho. |
| 73. Os empregados discutem os seus problemas pessoais com os supervisores. | 86. As pessoas têm de fazer muitas vezes trabalho extraordinárias para terem o seu trabalho pronto. |
| 74. Os empregados funcionam razoavelmente, independentemente dos supervisores. | 87. Os supervisores encorajam os empregados a serem limpos e arrumados. |
| 75. As pessoas parecem ser bastante ineficientes. | 88. Se um empregado chega tarde, pode compensar o atraso ficando até mais tarde. |
| 76. Existem sempre prazos para serem cumpridos. | 89. As coisas parecem estar sempre a mudar. |
| 77. As normas e políticas estão constantemente a mudar. | 90. As salas são bem ventiladas. |
| 78. Espera-se que os empregados se submetam rigorosamente às normas e costumes. | |

2. As pessoas fazem os possíveis por ajudar um novo empregado a sentir-se mais à vontade.
3. Os supervisores tendem a falar com superioridade para os empregados.
4. Poucos empregados têm funções de responsabilidade.
5. As pessoas prestam muita atenção para realizarem o trabalho.
6. Existe uma pressão constante para os empregados permanecerem a trabalhar.
7. Por vezes, as coisas estão bastante desorganizadas.
8. Dá-se rigorosa importância ao cumprimento de políticas e regulamentos.
9. É valorizado o modo diferente de fazer as coisas.
10. As vezes está demasiado calor.
11. Não existe grande espírito de grupo.
12. O ambiente é um tanto impessoal.
13. Os supervisores geralmente elogiam o empregado que faz alguma coisa bem.
14. Os empregados têm muita liberdade para fazer o trabalho como quiserem.
15. Muito tempo é desperdiçado devido à ineficiência.
16. Parece haver sempre urgência para tudo.
17. As actividades são bem planeadas.
18. As pessoas enquanto trabalham, podem vestir-se de modo extravagante, se quiserem.
20. A iluminação é extremamente boa.
21. Muitas pessoas parecem estar apenas a fazer tempo.
22. As pessoas interessam-se pessoalmente umas pelas outras.
23. Os supervisores tendem a desencorajar as críticas dos empregados.
24. Os empregados são encorajados a tomar as suas próprias decisões.
25. As coisas raramente são deixadas para amanhã.
26. As pessoas não se podem dar ao luxo de relaxar.
27. As normas e regulamentos são um tanto vagas e ambíguas.
28. Espera-se que as pessoas sigam as normas estabelecidas, enquanto trabalham.
29. Este local de trabalho seria um dos primeiros a experimentar uma nova ideia.
30. O espaço de trabalho é demasiado pequeno para o número de pessoas que lá trabalham.
31. As pessoas parecem sentir orgulho na organização.
32. Os empregados raramente fazem coisas juntos depois do trabalho.
33. Os supervisores geralmente dão pleno crédito às ideias dos empregados.
34. As pessoas podem usar a sua própria iniciativa para fazer as coisas.
36. Ninguém trabalha demasiado.
37. As responsabilidades dos supervisores estão claramente definidas.
38. Os supervisores vigiam atentamente os empregados.
39. A variedade e a mudança não são particularmente importantes.
40. Este local de trabalho tem uma aparência moderna e com estilo.
41. As pessoas esforçam-se bastante naquilo que fazem.
42. As pessoas são geralmente sinceras em relação àquilo que sentem.
43. Os supervisores criticam muitas vezes os empregados por coisas de pouca importância.
44. Os supervisores encorajam os empregados a confiarem em si próprios quando surge um problema.
45. Ter muito trabalho feito é importante para as pessoas.
46. Não existe pressão pelo tempo.
47. Os detalhes dos trabalhos atribuídos aos empregados, são-lhes geralmente explicados.
48. As normas e regulamentos são rigorosamente cumpridas.
49. Os mesmos métodos são utilizados há muito tempo.
50. O local de trabalho precisava de uma nova decoração interior.
52. Os empregados almoçam muitas vezes juntos.
53. Os empregados sentem-se geralmente à vontade para pedir aumento.
54. Os empregados geralmente não tentam ser únicos e diferentes.
55. Dá-se ênfase "Ao trabalho antes das brincadeiras".
56. É muito difícil acompanhar a carga de trabalho.
57. Os empregados estão muitas vezes confusos sobre o que é exactamente suposto fazerem.
58. Os supervisores estão sempre a controlar os empregados e a supervisioná-los com muita atenção.
59. Novas soluções para as coisas são raramente experimentadas.
60. As cores e a decoração tornam o local acolhedor e alegre para se trabalhar.
61. É um local de trabalho muito animado.
62. Os empregados que se diferenciam muito dos outros na organização não se dão bem.
63. Os supervisores esperam demasiados dos empregados.
64. Os empregados são encorajados a aprender coisas, mesmo que estas não estejam directamente relacionadas com o seu trabalho.
65. Os empregados trabalham demasiado.

ANEXO 5: Matriz dos resultados globais

file: AMOglob.STA [96 cases with 15 variables]

1 SEXO	2 IDADE	3 HABILIT	4 PROF	5 UNIDADE	6 ENVOLV	7 COESÃO	8 APOIO	9 AUTONOM
1.000	37.000	1.000	3.000	1.000	9.000	8.000	8.000	8.000
2.000	52.000	5.000	5.000	1.000	6.000	4.000	5.000	3.000
2.000	37.000	2.000	5.000	1.000	6.000	7.000	6.000	7.000
1.000	48.000	2.000	1.000	1.000	0.000	4.000	2.000	1.000
2.000	47.000	2.000	1.000	1.000	3.000	2.000	3.000	3.000
2.000	42.000	2.000	1.000	1.000	2.000	3.000	5.000	4.000
2.000	28.000	1.000	2.000	1.000	4.000	5.000	8.000	7.000
2.000	26.000	1.000	2.000	1.000	9.000	3.000	6.000	6.000
2.000	30.000	1.000	2.000	1.000	8.000	8.000	8.000	7.000
2.000	31.000	1.000	2.000	1.000	7.000	5.000	6.000	7.000
2.000	49.000	1.000	2.000	1.000	7.000	9.000	3.000	8.000
2.000	24.000	1.000	2.000	1.000	4.000	4.000	4.000	6.000
2.000	29.000	1.000	2.000	1.000	2.000	4.000	1.000	5.000
1.000	40.000	2.000	2.000	1.000	3.000	4.000	8.000	5.000
2.000	31.000	1.000	2.000	1.000	1.000	6.000	1.000	3.000
2.000	28.000	1.000	2.000	1.000	3.000	4.000	0.000	6.000
2.000	23.000	1.000	2.000	1.000	4.000	2.000	6.000	4.000
2.000	28.000	2.000	2.000	1.000	4.000	3.000	7.000	5.000
2.000	23.000	1.000	2.000	1.000	9.000	9.000	7.000	7.000
2.000	38.000	2.000	2.000	1.000	7.000	8.000	7.000	6.000
1.000	30.000	2.000	4.000	1.000	4.000	3.000	6.000	7.000
2.000	32.000	3.000	5.000	1.000	3.000	4.000	3.000	4.000
2.000	36.000	1.000	5.000	1.000	3.000	2.000	0.000	4.000
1.000	48.000	2.000	1.000	1.000	7.000	5.000	6.000	9.000
1.000	35.000	2.000	2.000	1.000	9.000	4.000	4.000	4.000
2.000	24.000	1.000	2.000	1.000	9.000	8.000	7.000	6.000
1.000	30.000	1.000	2.000	1.000	9.000	9.000	8.000	7.000
2.000	33.000	1.000	2.000	1.000	9.000	8.000	8.000	7.000
2.000	24.000	1.000	2.000	1.000	8.000	7.000	7.000	7.000
2.000	25.000	1.000	2.000	1.000	8.000	7.000	7.000	8.000
2.000	24.000	1.000	2.000	1.000	9.000	9.000	7.000	7.000
2.000	31.000	1.000	2.000	1.000	9.000	8.000	9.000	7.000
2.000	31.000	1.000	2.000	1.000	8.000	9.000	6.000	8.000
1.000	23.000	1.000	2.000	1.000	9.000	9.000	8.000	8.000
2.000	34.000	1.000	2.000	1.000	9.000	8.000	8.000	7.000
2.000	30.000	1.000	2.000	1.000	9.000	9.000	8.000	8.000
2.000	28.000	2.000	4.000	2.000	6.000	1.000	6.000	4.000
2.000	29.000	1.000	3.000	2.000	6.000	7.000	6.000	6.000
2.000	33.000	1.000	3.000	2.000	8.000	4.000	5.000	4.000
2.000	39.000	5.000	5.000	2.000	7.000	2.000	4.000	4.000
2.000	34.000	3.000	5.000	2.000	5.000	5.000	6.000	7.000
2.000	29.000	1.000	5.000	2.000	7.000	2.000	4.000	4.000
2.000	38.000	5.000	5.000	2.000	2.000	4.000	7.000	6.000
2.000	28.000	3.000	5.000	2.000	2.000	3.000	1.000	3.000
2.000	38.000	2.000	1.000	2.000	8.000	6.000	6.000	6.000
2.000	49.000	2.000	1.000	2.000	5.000	6.000	5.000	8.000
1.000	62.000	2.000	1.000	2.000	8.000	5.000	7.000	5.000
1.000	45.000	2.000	1.000	2.000	1.000	5.000	4.000	4.000
2.000	42.000	2.000	1.000	2.000	5.000	6.000	8.000	7.000
1.000	43.000	2.000	1.000	2.000	7.000	5.000	4.000	8.000
2.000	28.000	1.000	2.000	2.000	2.000	8.000	5.000	4.000
2.000	27.000	1.000	2.000	2.000	7.000	6.000	2.000	2.000
2.000	34.000	1.000	2.000	2.000	5.000	3.000	0.000	5.000
1.000	28.000	3.000	2.000	2.000	7.000	8.000	6.000	4.000
1.000	31.000	1.000	2.000	2.000	5.000	3.000	4.000	4.000
2.000	24.000	1.000	2.000	2.000	8.000	6.000	5.000	4.000
2.000	30.000	2.000	2.000	2.000	7.000	4.000	5.000	5.000
2.000	26.000	1.000	2.000	2.000	5.000	1.000	5.000	6.000
2.000	38.000	2.000	2.000	2.000	6.000	2.000	5.000	5.000

1 SEXO	2 IDADE	3 HABILIT	4 PROF	5 UNIDADE	6 ENVOLV	7 COESÃO	8 APOIO	9 AUTONOM
2.000	36.000	2.000	2.000	2.000	5.000	4.000	6.000	6.000
2.000	22.000	1.000	2.000	2.000	5.000	3.000	7.000	7.000
2.000	28.000	1.000	2.000	2.000	6.000	3.000	3.000	6.000
1.000	35.000	1.000	2.000	2.000	7.000	4.000	7.000	5.000
1.000	37.000	3.000	2.000	2.000	6.000	4.000	4.000	5.000
2.000	22.000	1.000	2.000	2.000	7.000	2.000	6.000	8.000
1.000	38.000	2.000	2.000	2.000	7.000	6.000	5.000	4.000
2.000	30.000	1.000	2.000	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000
1.000	36.000	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000	1.000	4.000
2.000	30.000	1.000	2.000	2.000	2.000	5.000	4.000	4.000
2.000	30.000	1.000	2.000	2.000	6.000	5.000	5.000	6.000
2.000	29.000	1.000	2.000	2.000	5.000	5.000	4.000	7.000
2.000	31.000	1.000	2.000	2.000	7.000	5.000	5.000	7.000
2.000	24.000	1.000	2.000	2.000	9.000	6.000	7.000	8.000
2.000	35.000	2.000	2.000	2.000	3.000	5.000	2.000	2.000
2.000	36.000	1.000	2.000	2.000	5.000	7.000	1.000	8.000
1.000	39.000	2.000	2.000	2.000	3.000	6.000	5.000	5.000
2.000	25.000	1.000	2.000	2.000	7.000	6.000	2.000	7.000
2.000	35.000	1.000	2.000	2.000	7.000	3.000	6.000	7.000
1.000	34.000	1.000	2.000	2.000	6.000	7.000	6.000	8.000
2.000	44.000	1.000	2.000	2.000	7.000	7.000	7.000	8.000
1.000	31.000	1.000	2.000	2.000	5.000	5.000	4.000	2.000
1.000	26.000	1.000	2.000	2.000	6.000	6.000	2.000	4.000
2.000	35.000	1.000	2.000	2.000	6.000	7.000	6.000	5.000
2.000	28.000	1.000	2.000	2.000	6.000	7.000	4.000	6.000
2.000	31.000	2.000	2.000	2.000	6.000	3.000	2.000	3.000
1.000	32.000	1.000	2.000	2.000	3.000	5.000	5.000	6.000
2.000	29.000	1.000	2.000	2.000	6.000	5.000	1.000	3.000
2.000	30.000	1.000	2.000	2.000	2.000	0.000	4.000	2.000
2.000	27.000	1.000	2.000	2.000	7.000	5.000	3.000	6.000
2.000	29.000	1.000	2.000	2.000	4.000	5.000	5.000	3.000
2.000	22.000	1.000	2.000	2.000	6.000	3.000	7.000	7.000
2.000	22.000	1.000	2.000	2.000	8.000	4.000	3.000	6.000
1.000	42.000	4.000	5.000	2.000	5.000	3.000	4.000	4.000
1.000	39.000	5.000	5.000	2.000	8.000	7.000	3.000	9.000
2.000	27.000	3.000	5.000	2.000	3.000	5.000	6.000	5.000
2.000	37.000	2.000	5.000	2.000	6.000	2.000	1.000	2.000

10 RIENTAR	11 PRESSW	12 CLAREZA	13 CONTROLO	14 INOVAÇÃO	15 CONFORFÍ
6.000	3.000	7.000	5.000	7.000	4.000
3.000	5.000	4.000	6.000	5.000	3.000
7.000	5.000	8.000	4.000	6.000	3.000
1.000	1.000	0.000	3.000	1.000	0.000
6.000	5.000	2.000	3.000	4.000	3.000
3.000	1.000	6.000	3.000	4.000	3.000
6.000	4.000	8.000	6.000	6.000	3.000
9.000	7.000	7.000	6.000	8.000	5.000
9.000	6.000	7.000	7.000	8.000	4.000
7.000	6.000	8.000	5.000	6.000	6.000
9.000	4.000	7.000	8.000	8.000	6.000
7.000	7.000	6.000	8.000	6.000	3.000
3.000	6.000	3.000	5.000	3.000	1.000
3.000	2.000	5.000	6.000	4.000	2.000
5.000	6.000	3.000	6.000	3.000	5.000
3.000	7.000	2.000	6.000	2.000	3.000
7.000	4.000	6.000	5.000	6.000	1.000
7.000	7.000	6.000	4.000	3.000	6.000
7.000	6.000	7.000	3.000	4.000	7.000
9.000	4.000	7.000	4.000	5.000	6.000
6.000	2.000	5.000	6.000	4.000	5.000
9.000	6.000	7.000	9.000	4.000	4.000

10 ORIENTAR	11 PRESSW	12 CLAREZA	13 CONTROLO	14 INOVAÇÃO	15 CONFORFÍ
5.000	8.000	3.000	6.000	1.000	1.000
7.000	5.000	6.000	5.000	4.000	4.000
7.000	9.000	5.000	6.000	3.000	5.000
9.000	8.000	9.000	7.000	8.000	5.000
8.000	4.000	9.000	6.000	5.000	7.000
9.000	5.000	9.000	5.000	9.000	3.000
9.000	3.000	8.000	6.000	9.000	6.000
8.000	4.000	9.000	5.000	7.000	4.000
8.000	1.000	8.000	2.000	9.000	8.000
6.000	3.000	8.000	5.000	7.000	6.000
7.000	6.000	7.000	6.000	6.000	6.000
9.000	8.000	8.000	8.000	7.000	5.000
8.000	4.000	9.000	6.000	7.000	6.000
8.000	6.000	7.000	9.000	9.000	4.000
6.000	4.000	7.000	5.000	9.000	7.000
9.000	6.000	8.000	8.000	8.000	8.000
9.000	1.000	8.000	6.000	5.000	8.000
5.000	4.000	4.000	7.000	4.000	8.000
4.000	4.000	4.000	8.000	5.000	6.000
5.000	4.000	3.000	7.000	3.000	8.000
0.000	4.000	5.000	3.000	6.000	7.000
5.000	7.000	3.000	4.000	3.000	3.000
7.000	1.000	9.000	7.000	8.000	5.000
4.000	4.000	6.000	7.000	4.000	3.000
7.000	2.000	6.000	4.000	7.000	4.000
1.000	2.000	2.000	3.000	1.000	2.000
9.000	3.000	6.000	6.000	7.000	6.000
4.000	5.000	5.000	5.000	6.000	3.000
7.000	3.000	5.000	5.000	7.000	6.000
8.000	7.000	6.000	8.000	3.000	7.000
7.000	8.000	4.000	7.000	5.000	4.000
9.000	8.000	8.000	7.000	6.000	6.000
4.000	6.000	7.000	8.000	5.000	4.000
5.000	5.000	7.000	8.000	7.000	6.000
8.000	4.000	7.000	9.000	4.000	6.000
7.000	5.000	8.000	9.000	3.000	7.000
7.000	6.000	8.000	9.000	2.000	8.000
6.000	6.000	6.000	6.000	8.000	5.000
7.000	5.000	7.000	6.000	1.000	5.000
7.000	6.000	7.000	7.000	6.000	4.000
8.000	6.000	6.000	5.000	8.000	5.000
6.000	7.000	8.000	5.000	2.000	4.000
6.000	4.000	4.000	8.000	6.000	2.000
4.000	7.000	5.000	4.000	7.000	7.000
5.000	8.000	3.000	7.000	0.000	3.000
4.000	8.000	2.000	7.000	3.000	2.000
8.000	4.000	7.000	5.000	2.000	6.000
7.000	7.000	5.000	6.000	4.000	3.000
7.000	4.000	4.000	6.000	6.000	4.000
7.000	6.000	5.000	7.000	2.000	8.000
9.000	6.000	8.000	6.000	6.000	6.000
8.000	7.000	2.000	8.000	0.000	6.000
8.000	8.000	8.000	9.000	3.000	5.000
6.000	2.000	5.000	6.000	3.000	8.000
7.000	5.000	6.000	8.000	4.000	7.000
8.000	5.000	6.000	5.000	7.000	4.000
6.000	5.000	8.000	6.000	4.000	4.000
8.000	4.000	9.000	8.000	9.000	6.000
3.000	7.000	2.000	7.000	4.000	3.000
8.000	7.000	5.000	6.000	3.000	5.000
9.000	7.000	8.000	7.000	4.000	4.000
9.000	7.000	5.000	5.000	5.000	6.000
8.000	7.000	5.000	6.000	2.000	5.000
5.000	5.000	6.000	4.000	4.000	7.000

10 ORIENTAR	11 PRESSW	12 CLAREZA	13 CONTROLO	14 INOVAÇÃO	15 CONFORFÍ
8.000	7.000	6.000	8.000	2.000	1.000
4.000	3.000	4.000	5.000	2.000	2.000
9.000	8.000	6.000	5.000	3.000	6.000
5.000	9.000	3.000	6.000	4.000	2.000
8.000	6.000	6.000	8.000	4.000	5.000
8.000	6.000	8.000	7.000	5.000	5.000
5.000	6.000	0.000	2.000	3.000	5.000
9.000	7.000	9.000	7.000	5.000	8.000
7.000	6.000	2.000	4.000	2.000	4.000
8.000	6.000	7.000	9.000	5.000	6.000

ANEXO 6: Valores padrão da população portuguesa

Notas Brutas	Envolvimento		Coesão Colegas		Apoio Supervisor		Autonomia		Orientação Tarefa		Pressão Trabalho		Clareza		Controlo		Inovação		Conforto Físico		Notas Brutas	
	Am. Port. N=308	Am. Ameri. (*)	Am. Port. N=308	Am. Ameri. (*)	Am. Port. N=308	Am. Ameri. (*)	Am. Port. N=308	Am. Ameri. (*)	Am. Port. N=308	Am. Ameri. (*)	Am. Port. N=308	Am. Ameri. (*)	Am. Port. N=308	Am. Ameri. (*)	Am. Port. N=308	Am. Ameri. (*)	Am. Port. N=308	Am. Ameri. (*)	Am. Port. N=308	Am. Ameri. (*)		
9.0	67	72	87	79	71	74	68	78	69	74	69	83	67	76	72	81	72	80	67	80	9.0	
8.5	65	68	65	74	69	70	66	74	66	66	68	80	65	72	72	77	69	70	65	65	77	8.5
8.0	63	65	63	70	66	67	70	74	64	66	64	76	63	68	68	67	68	68	63	63	73	8.0
7.5	61	61	61	66	64	63	62	66	61	62	61	72	61	65	64	70	64	65	61	61	69	7.5
7.0	59	57	59	61	62	60	60	62	59	59	59	69	59	61	62	66	62	63	59	59	66	7.0
6.5	57	54	57	57	60	56	58	58	56	55	57	65	57	57	59	62	59	61	57	57	62	6.5
6.0	55	50	55	53	58	52	55	54	54	51	54	62	55	53	57	58	57	59	55	58	60	6.0
5.5	53	47	52	48	56	49	50	52	47	47	52	58	53	48	48	55	54	57	53	55	58	5.5
5.0	50	43	50	44	54	45	51	46	49	43	49	54	50	45	45	51	52	54	51	51	51	5.0
4.5	48	40	48	40	52	41	49	41	47	39	47	51	48	41	41	47	49	52	49	47	47	4.5
4.0	46	36	46	35	50	38	47	37	44	35	45	47	46	38	38	46	46	50	48	43	43	4.0
3.5	44	33	44	31	48	34	45	33	42	31	42	43	44	34	44	40	44	48	46	44	40	3.5
3.0	42	29	42	27	46	31	43	29	42	28	40	40	42	30	41	41	41	45	44	40	36	3.0
2.5	40	26	40	22	44	27	40	25	39	24	37	36	40	26	26	32	38	43	42	32	32	2.5
2.0	38	22	38	18	41	23	38	21	34	20	35	33	38	22	22	28	36	41	40	29	29	2.0
1.5	36	18	36	13	39	20	36	17	32	16	32	29	36	18	18	25	34	39	38	25	25	1.5
1.0	34	15	34	9	37	16	34	13	29	12	30	25	34	14	14	21	31	36	36	28	21	1.0
0.5	32	11	32	5	35	12	32	9	27	8	28	22	32	10	10	17	29	34	34	25	17	0.5
0	29	8	30	0	33	9	30	5	25	4	25	18	29	7	7	26	26	32	32	21	12	0

Quadro 66 - Notas Padrão para as subescalas da W.E.S. para as amostras portuguesa e Americana

(*) - No caso americano as notas padrão foram calculadas para a amostra - grupos de trabalho em geral ; N = 1442

**ANEXO 7: Índices de consistência interna das subescalas - envolvimento e
coesão**

Subescala Coesão entre colegas

Sumário: média = 5.020833333; Desvio padrão = 2.212554927; nº casos válidos : 96

Alpha Cronbach: .675458817

Valor médio das correlações inter-itens: .185451762

Item	Correlação do total de itens	Valor de Alpha sem o item
Item 1	0.17133	0.679121
Item 2	0.313663	0.657362
Item 3	0.626047	0.582214
Item 4	0.254281	0.668933
Item 5	0.481268	0.618537
Item 6	0.310537	0.656875
Item 7	0.24114	0.672639
Item 8	0.344411	0.650352
Item 9	0.39786	0.63899

Alpha da aferição= .73

Subescala Envolvimento

Sumário : média = 5.71875 ; desvio-padrão = 2.334983605; nº casos válidos=96

Alpha Cronbach: .735760344

Valor médio das correlações inter-itens: .242140770

Item	Correlação do total de itens	Valor de Alpha sem o item
Item 1	0.266437	0.732592
Item 2	0.453896	0.704447
Item 3	0.353388	0.723024
Item 4	0.674375	0.662344
Item 5	0.422959	0.710297
Item 6	0.43776	0.707361
Item 7	0.28832	0.734843
Item 8	0.326647	0.727796
Item 9	0.506716	0.697925

Alpha da aferição = .74

ANEXO 8: Índices de consistência interna das subescalas - apoio e autonomia

Subescala Apoio do supervisor

Sumário: média = 4.875 ; Desvio padrão = .213829638; N° casos = 96

Alpha Cronbach: .668703507

Valor médio das correlações inter-itens: .181139549

Item	Correlação do total de itens	Valor de Alpha sem o item
Item 1	0.463802	0.615912
Item 2	0.471855	0.611715
Item 3	0.356915	0.639612
Item 4	0.317321	0.648184
Item 5	0.530005	0.599131
Item 6	-0.178545	0.733945
Item 7	0.412593	0.625958
Item 8	0.237153	0.664454
Item 9	0.50686	0.605521

Alpha da aferição = .71

Subescala Autonomia

Sumário: média = 5.5 ; Desvio padrão = 1.881931632 ; N° casos =96

Alpha Cronbach: .535477941

Valor médio das correlações inter-itens: .110500426

Item	Correlação do total de itens	Valor de Alpha sem o item
Item 1	0.028923	0.564067
Item 2	0.044807	0.569372
Item 3	0.495969	0.412769
Item 4	0.431258	0.441259
Item 5	0.407701	0.451408
Item 6	0.147962	0.533527
Item 7	0.213012	0.515714
Item 8	0.081762	0.545444
Item 9	0.32646	0.47662

Alpha da aferição = .69

**ANEXO 9: Índices de consistência interna das subescalas - orientação para a
tarefa e pressão no trabalho**

Subescala Pressão trabalho

Sumário: média = 5.229166667 ; Desvio padrão = 1.955117040 ; N° casos válidos = 96

Alpha Cronbach: .602610140

Valor médio das correlações inter-itens: .143404202

	Correlação do total de itens	Valor de Alpha sem o item
Item 1	0.356482	0.554173
Item 2	0.314312	0.566813
Item 3	0.302191	0.570318
Item 4	0.399123	0.549311
Item 5	0.209106	0.592067
Item 6	0.393915	0.542363
Item 7	0.151944	0.614178
Item 8	0.356214	0.554658
Item 9	0.112483	0.610028

Alpha da aferição = .60

Subescala orientação tarefa

Sumário: média = 6.583333333 ; Desvio padrão = 2.054804668 ; N° casos válidos = 96

Alpha Cronbach: .666234067

Valor médio das correlações inter-itens: .193917493

	Correlação do total de itens	Valor de Alpha sem o item
Item 1	0.443198	0.618634
Item 2	0.273226	0.656403
Item 3	0.521151	0.596919
Item 4	0.433788	0.617824
Item 5	0.065036	0.702065
Item 6	0.356761	0.636249
Item 7	0.161196	0.67699
Item 8	0.460263	0.621054
Item 9	0.45864	0.613028

Alpha da aferição = .57

ANEXO 10: Índices de consistência interna das subescalas - clareza e controle

Subescala Controlo

Sumário: média = 5.854166667; Desvio padrão = 2.135899336 ;Nº casos válidos= 96

Alpha Cronbach: .704797355

Valor médio das correlações inter-itens: .206613624

Item	Correlação do total de itens	Valor de Alpha sem o item
Item 1	0.335769	0.689592
Item 2	0.524131	0.647966
Item 3	0.502718	0.65271
Item 4	0.413322	0.674341
Item 5	0.561561	0.640662
Item 6	0.407432	0.674062
Item 7	0.282429	0.69731
Item 8	0.169377	0.716828
Item 9	0.192108	0.707421

Alpha da aferição = .54

Subescala Clareza

Sumário: média = 5.875 ; Desvio padrão = 2.161452058 ; N° casos válidos =96
Alpha Cronbach: .716084866

Valor médio das correlações inter-itens:.214978777

Item	Correlação do total de itens	Valor de Alpha sem o item
Item 1	0.392532	0.691676
Item 2	0.560616	0.655744
Item 3	0.504549	0.667723
Item 4	0.407531	0.688939
Item 5	0.532051	0.662905
Item 6	0.409346	0.687959
Item 7	0.311291	0.705445
Item 8	0.172887	0.728599
Item 9	0.193169	0.719566

Alpha da aferição = .70

**ANEXO 11: Índices de consistência interna das subescalas - inovação e
conforto físico**

Subescala Conforto físico

Sumário: média = 4.854166667; Desvio padrão = 1.887343629; N° casos válidos=

Alpha Cronbach: .547627026

Valor médio das correlações inter-itens: .119208954

Subescala Inovação

Sumário: média = 4.843750; Desvio padrão = 2.237596017; N° casos válidos =96

Alpha Cronbach: .660327677

Valor médio das correlações inter-itens: .179645326

Item	Correlação do total de itens	Valor de Alpha sem o item
Item 1	0.413568	0.615237
Item 2	0.179559	0.667908
Item 3	0.352214	0.62969
Item 4	0.389894	0.62097
Item 5	0.364956	0.626621
Item 6	0.386437	0.622396
Item 7	0.50944	0.592013
Item 8	0.344544	0.63171

Alpha da aferição = .64

Item	Correlação do total de itens	Valor de Alpha sem o item
Item 1	0.092344	0.557517
Item 2	0.180648	0.541024
Item 3	0.30888	0.499396
Item 4	0.327645	0.491057
Item 5	0.307037	0.499976
Item 6	0.231024	0.524288
Item 7	0.161259	0.541044
Item 8	0.332141	0.494628

Alpha da aferição =.74