

DI.
SANT/111

**Dissertação para a obtenção do grau de
Mestre em Comportamento Organizacional**

do

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

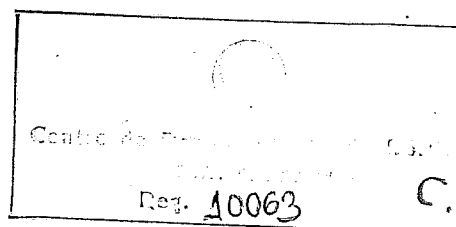
Maria da Conceição M. S. V. S. Santos

**Influência do Espaço Clínico nas Relações
Interpessoais dos Médicos e Enfermeiros
Dum Hospital Psiquiátrico**

ORIENTADOR: Prof. Doutor Carlos Barracho
Instituto Superior de Psicologia Aplicada

SEMINÁRIO DE DISSERTAÇÃO DIRIGIDO POR:
Prof. Doutor Carlos Barracho
Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Lisboa
1997



AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Carlos Barracho, pela sua orientação, apoio, pelos conhecimentos transmitidos e pertinência das suas observações, o seu empenho e amizade em todos os momentos.

Ao Professor Doutor Fischer, pelo interesse demonstrado no desenvolvimento deste estudo, assim como pela disponibilidade em facilitar a reprodução do questionário do espaço de trabalho.

A todos os colegas do Hospital Júlio de Matos, pela disponibilidade e colaboração, sem os quais não teria sido possível realizar este trabalho.

Ao Senhor Enfermeiro Supervisor do Hospital Sobra Cid, pela sua disponibilidade e colaboração que me faculto junto do Conselho de Administração e dos colegas.

À Isabel, à Teresa pela amizade e incentivo para desenvolvimento deste estudo.

À família Presado, principalmente à Helena, ao Carlos e Patricia por toda a colaboração, disponibilidade e afecto demonstrados, sobretudo nos momentos mais difíceis.

À Dr^a. Fatima Vacas e Dr. Sampaio, pelo apoio demonstrado.

À minha família, pelo empenho demonstrado e disponibilidade, em particular ao meu marido.

A todos, o meu sincero obrigado.

ÍNDICE

Índice de Figuras	V
Índice de Tabelas	VII
Índice de Quadros	X
INTRODUÇÃO	1
O HOMEM E O TRABALHO	4
Relações Interpessoais	13
Comunicação: Homem-Meio	24
Territorialidade	30
O Espaço Como Espaço Vivido	37
Funcionalidade Arquitectural	41
Os Factores de Influência	45
ESPAÇO HOSPITALAR	48
Estrutura Tipo A	51
Estrutura Tipo B	53
Caracterização do Espaço Exterior Hospitalar	55
Plano de Estudo	59
MÉTODO	62
Procedimentos	64
Sujeitos	67
Instrumento de Colheita de Dados	68
Análise Documental/Observação	68
Questionário	69

Entrevistas Semi-Estruturadas	72
Validação do Instrumento de Colheita de Dados	73
Previsão do Tratamento Estatístico	74
RESULTADOS	78
Caracterização dos Sujeitos	81
Espaço de Trabalho	86
Relações Interpessoais	93
Relações Interpessoais/Espaço de Trabalho	105
Análise das Entrevistas	112
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	118
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	133
ANEXOS	142
Anexo I - Ofício ao Hospital Júlio de Matos	143
Anexo II - Ofício ao Hospital Sobral Cid	146
Anexo III - Questionário do Prof. Fischer, G.	148
Anexo IV - Questionários	151
Anexo V - Guião da Entrevista	160
Anexo VI - Matriz das Correlações	164

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: A hierarquia de contextos da comunicação	23
Figura 2: Hospital Júlio de Matos	48
Figura 3: Estrutura Pavilhonar tipo A	53
Figura 4: Estrutura Pavilhonar tipo B	55
Figura 5: Implantação dos edifícios do Hospital Júlio de Matos	56
Figura 6: Moles e Rhomer. Labyrinthes du Vecu	58
Figura 7: Distribuição dos sujeitos por categoria profissional e tipo de serviço	83
Figura 8: Distribuição dos médicos e enfermeiros pelos serviços	83
Figura 9: Comportamento médio dos sujeitos relativamente ao espaço de trabalho	89
Figura 10: Comportamento médio dos sujeitos relativamente às relações interpessoais	100
Figura 11: Percepção do espaço de trabalho e relações interpessoais por tipo de serviço	100

Figura 12: Distribuição dos sujeitos por categoria profissional referente às entrevistas	112
Figura 13: Distribuição dos sujeitos por tipo de serviço, antiguidade e grupo etário	113
Figura 14: Relações interpessoais dos médicos com os serviços	114
Figura 15: Relações interpessoais dos enfermeiros com os serviços	115
Figura 16: Serviços com os quais não se estabelecem relações interpessoais	116
Figura 17: Marcos mais importantes do Hospital Júlio de Matos	117

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1:	Distribuição dos sujeitos por sexo e idade	81
Tabela 2:	Distribuição dos sujeitos por sexo e categoria profissional	82
Tabela 3:	Distribuição dos sujeitos por categoria profissional e tipo de serviço	82
Tabela 4:	Distribuição dos sujeitos por sexo e antiguidade	84
Tabela 5:	Medidas descritivas para a idade e antiguidade segundo a categoria profissional	85
Tabela 6:	Medidas descritivas para a idade, antiguidade segundo tipo de serviço	86
Tabela 7:	Correlação das dimensões do espaço de trabalho	88
Tabela 8:	Medidas descritivas para a variável espaço de trabalho	90
Tabela 9:	Medidas descritivas da variável espaço	90
Tabela 10:	Valores de r para as variáveis independentes e a variável espaço	91

Tabela 11: Medidas descritivas e valores de t para o espaço de trabalho e variáveis independentes	92
Tabela 12: Valores F, média e desvio padrão para a percepção do espaço por grupos etários e antiguidade	93
Tabela 13: Medidas descritivas para as dimensões das relações interpessoais	100
Tabela 14: Correlação das dimensões das relações interpessoais	101
Tabela 15: Média, Desvio Padrão e valores de t para as relações interpessoais e sexo	102
Tabela 16: Média, Desvio Padrão e valores t para as relações interpessoais e categoria profissional	103
Tabela 17: Média, Desvio Padrão e valores t para as relações interpessoais por tipo de serviço	104
Tabela 18: Valores F para idade e relações interpessoais	104
Tabela 19: Valores F para antiguidade e relações interpessoais	105

Tabela 20: Correlação do espaço de
trabalho com as dimensões
das relações interpessoais107

Tabela 21: Média, Desvio Padrão e
valores de t para os
itens 18 e categoria
profissional109

INDICE DE QUADROS

Quadro 1: Distribuição dos serviços pele tipo de estruturas	66
Quadro 2: Reclassificação pelos scores	75
Quadro 3: Valores da análise das componentes principais do espaço de trabalho	87
Quadro 4: Valores da análise das componentes principais das relações interpessoais	95
Quadro 5: Relacionamento, Distribuição dos sujeitos pelos itens	96
Quadro 6: Circuito de comunicação: Distribuição dos sujeitos pelos itens	97
Quadro 7: Conteúdo da mensagem: Distribuição dos sujeitos pelos itens	98
Quadro 8: Grupos: Distribuição dos sujeitos pelos itens	99
Quadro 9: Correlação r de Pearson para as variáveis de caracterização e a variável das relações interpessoais	102
Quadro 10: Valores de r para o espaço de trabalho e as relações interpessoais	107
Quadro 11: Correlação das relações interpessoais e o item 18	108

Quadro 12: Categoria relativa à pergunta

"Mencione 4 factores que influenciam
favoravelmente as relações interpessoais110

Quadro 13: Categoria relativa à pergunta

"Mencione 4 factores que
influenciam desfavoravelmente
as relações interpessoais111

RESUMO

Esta dissertação tem como finalidade descrever e analisar a influência do espaço de trabalho nas relações interpessoais dos médicos e enfermeiros. O estudo procura compreender o espaço hospitalar como núcleo de influência no processo de comunicação, e as relações interpessoais através das percepções dos profissionais.

A inexistência de qualquer estudo que permitisse compreender a influência do espaço de trabalho nas relações interpessoais, foi um dos factores que contribuiu para o desenvolvimento deste tema.

A abordagem teórica incidiu nos conceitos teóricos de Hall, Moles, Fischer e Barracho sobre o "Espaço", os das "Relações Interpessoais" em Heider, Littlejohn e outros.

A operacionalidade do nosso estudo, teve por base os pressupostos dos estudos exploratórios. Limitou-se ao espaço hospitalar psiquiátrico do Hospital Júlio de Matos, atendendo à dimensão do estudo e à acessibilidade da colheita de dados.

Para a realização do pré-teste, foi seleccionado o Hospital Sobral Cid-Coimbra, cujos espaços são semelhantes ao Hospital que pretendíamos estudar.

O estudo, fundamenta-se na percepção de 103 sujeitos (médicos e enfermeiros), que se encontram no exercício das suas funções no período da aplicação do instrumento de colheita de dados.

O método utilizado para instrumento de recolha de informação foi um questionário, com base nas entrevistas não estruturadas, análise documental/observação e entrevistas semi-estruturadas.

A análise documental teve como finalidade a análise de peças desenhadas, a observação dos espaços dos serviços que permitem o agrupamento de acordo com as características arquitectónicas.

O questionário, teve com base procurar avaliar as percepções dos médicos e enfermeiros ($N=103$), através da objectivação no que se refere ao espaço de trabalho e as relações interpessoais, o que permitiu associar as duas variáveis em estudo.

Procurou-se complementar as opiniões recolhidas do questionários, através das entrevistas semi-estruturadas com

aplicação de um inquérito gráfico a uma sub-amostra ($N=33$) sujeitos.

As escalas foram aplicadas pela primeira vez num contexto hospitalar. A escala que avalia o espaço de trabalho foi uma tradução e confirmação da tradução por três juizes e adaptação à realidade do espaço hospitalar psiquiátrico do Hospital Júlio de Matos, cedida pelo Professor Fischer, a que avalia as relações interpessoais foi por nós construída, por tal facto procedemos à sua validação.

Os serviços foram codificados e agrupados em Tipo A e Tipo B, consoante as características arquitectónicas apresentadas.

As variáveis controladas foram a idade, o sexo, a categoria profissional e a antiguidade (tempo de exercício profissional na instituição) e serviço.

As variáveis em estudo foram quantificadas de modo a permitir serem analisadas e trabalhadas com o valor da escala original [1-5].

Os dados recolhidos foram analisados e tratado estatisticamente através do programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) por Windows, release 6.0, tendo procedido ao Teste de Igualdade de Médias.

Análise de variáveis e correlação r de Pearson, o que permitiu analisar as questões em estudo.

Procedemos à técnica de análise de conteúdo para analisar o conteúdo do discurso recolhido através das entrevistas semi-estruturadas.

O presente estudo, revela que na globalidade os médicos e enfermeiros tem uma imagem negativa do espaço hospitalar. No entanto, quando analisada a percepção do espaço por categoria profissional, constatamos que os médicos apresentam diferentes percepções do espaço de trabalho comparativamente aos enfermeiros.

Salienta-se, ainda, a importância que os sujeitos atribuem ao espaço exterior (parque) do Hospital.

Na análise do estudo, das relações interpessoais ressalta a importância atribuída à comunicação, às atitudes, papéis e ao espaço. Revelam não existir dificuldade na comunicação entre médicos e enfermeiros.

Pensamos que este estudo, poderá contribuir para uma harmoniosa reestruturação funcional do Hospital no sentido de se adequarem os espaços de modo a facilitarem o desenvolvimento das relações interpessoais entre os profissionais.

INTRODUÇÃO

A presente investigação visa descrever e analisar a influência do espaço de trabalho nas relações interpessoais dos médicos e enfermeiros dum Hospital Psiquiátrico.

No espaço hospitalar, exercem funções em elevado número de técnicos de saúde, com as mais variadas categorias profissionais e conteúdos funcionais, que diariamente interagem de uma forma articulada e complementar, em que os papéis sociais são delineados num conjunto de interacções a partir de redes de comunicação que podem facilitar ou dificultar a dinâmica nas relações interpessoais.

A inexistência de qualquer estudo neste domínio que permitisse compreender a problemática da influência do espaço de trabalho nas relações interpessoais dos médicos e enfermeiros, através da percepção que os mesmos têm da instituição onde trabalham, incentivou a escolha deste tema gratificante no âmbito do Mestrado.

Este estudo limita-se ao espaço do Hospital Júlio de Matos, e está integrado num projecto profissional e

institucional, uma vez que pode contribuir de algum modo para a reestruturação funcional do Hospital na medida em que as decisões poderão ter por base os espaços físicos mais adequados e assim, facilitar as relações interpessoais entre os profissionais.

Pretendemos considerar o espaço, como um lugar mais ou menos delimitado, como um ponto de referência, um quadro subjectivo de influências sociais, uma relação constante entre o homem e o meio, procurando dar importância à dimensão social para uma melhor compreensão do ambiente humano.

Um outro conceito é o espaço pessoal descrito como uma "fronteira invisível" das percepções, assim como, a apropriação do espaço pelas várias categorias profissionais.

Abordaremos também as distâncias relativas que as pessoas estabelecem entre elas e a sua relação com o meio.

O desenvolvimento bibliográfico incidu nos constructos teóricos sobre o espaço na perspectiva de Proshansky(1967), Hall(1994), Moles(1967;1982;1990), Fischer (1994) e Barracho(1990;1996).

No espaço do Hospital Júlio de Matos, tivemos em conta a arquitectura pavilhonar para a categorização das estruturas físicas em Tipo A e Tipo B.

Nas relações interpessoais dos médicos e enfermeiros, será efectuada uma abordagem baseada no relacionamento e comunicação no seguimento de Heider, Littlejohn e outros.

Neste contexto, utilizamos como metodologia de trabalho um estudo exploratório descritivo e analítico. Foram utilizados como instrumento de recolha de dados:

- entrevistas não estruturadas
- observação e análise documental dos espaços hospitalares
- questionários distribuídos a 183 sujeitos dos quais se recolheram 138, sendo 103 passíveis de tratamento estatístico
- entrevistas semi-estruturadas, com aplicação de um inquérito gráfico, a 33 sujeitos.

As variáveis controladas, foram a antiguidade (tempo de exercício profissional na instituição), sexo, idade, categorias profissionais e o serviço.

Para tratamento estatístico, recorreremos ao programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows release 6.0, para processamento de texto Word versão 6.0.

Os dados recolhidos através das entrevistas semi-estruturadas, foram analisadas pela técnica de análise de conteúdo.

Procuramos assim, analisar e compreender neste estudo as percepções dos profissionais relativamente ao espaço físico de trabalho e as relações interpessoais.

Neste contexto, as percepções dos médicos e enfermeiros, visam permitir uma tomada de consciência da importância da comunicação como suporte das relações interpessoais e quais as estruturas físicas subjacentes a um melhor relacionamento interprofissional na Instituição.

O HOMEM E O TRABALHO

Ao contrário de outras ciências cujas origens se perdem no espaço, a ergonomia possui uma "data oficial" de nascimento (12 de Julho de 1949). Pela primeira vez, reuniu um grupo de cientistas e investigadores para formalizarem a sua existência e aplicarem o novo rumo interdisciplinar da ciência.

A 16 de Fevereiro de 1950 foi proposto o nome de "ergonomia" que deriva dos termos gregos "ergo" que significa trabalho e "nomos" que significa regras e leis naturais.

Apesar de uma data oficial a ergonomia provavelmente começou quando o homem procurava adaptar a natureza às suas necessidades modificando-a e criando meios artificiais, quando não lhe fosse conveniente. O homem pré-histórico, fabricava armas de pedra, com um formato que melhor se adaptasse à forma e movimentos da sua mão, para usá-la como arma.

É com a revolução industrial, ocorrida no século XVIII, que surgem as primeiras fábricas e assim, estudos mais sistemáticos do trabalho começaram a ser realizados. O movimento científico conhecido pelo Taylorismo surge nos Estados Unidos. Procuram analisar com o máximo de objectividade o trabalho humano, a fim de permitir melhorar a produção.

Os princípios reais da ergonomia, tal como é hoje concebida e definida, é nos Estados Unidos denominada pelo termo "human factors".

A corrente europeia, considera a ergonomia como o estudo específico do trabalho humano, com a finalidade de o melhorar, reivindicar autonomia e métodos próprios. A

hegeomónica da ergonomia estaria deste modo em posição de ultrapassar as oposições entre as diferentes disciplinas científicas que pretendem fazer do trabalho e do trabalhador o seu objecto de estudo.

A ergonomia estuda a adaptação do homem ao trabalho. Isso envolve não sómente o ambiente físico, mas também os aspectos organizacionais, ajustando-o às capacidades e limitações humanas, proporcionando satisfação e o bem-estar dos trabalhadores, Lida(1990).

Considerando o trabalhador como um todo no seu trabalho, privilegiando a sua dinâmica e interacção com o meio, desenvolve as comunicações e as relações entre a vida laboral e pós-laboral, Montomollin(1990) e Lida(1990). O desenvolvimento progressivo das competências através da formação, da experiência pessoal e colectiva.

Montomollin(1990) citado por Duarte(1995) diz que *"o princípio da sua coerência, apesar das contradições reside no seu objecto, o trabalho humano, o que significa que nada deverá ser proposto desde que não seja baseado em opiniões e estudos em que o trabalho e o trabalhador são a imagem da sociedade do homem."*

O comportamento humano nas organizações é identificado a partir dos conceitos de responsabilidade, postura, tónus corporal que possibilitam visualizar os traços e características de personalidade.

A disponibilidade do indivíduo perante as condições de trabalho, evidencia-se a partir do tónus ou energia manifestada através da vivência e experiência cultural que caracterizam as diversas posturas.

As influências culturais, quer no seu aspecto social, quer nas condições estabelecidas pela própria organização, são um factor fundamental na determinação das concepções sobre o trabalho.

A responsabilidade tende a corresponder ao conjunto de valores interiorizados pelo indivíduo e desenvolvidos a partir de condutas de compromisso com o processo de trabalho.

Destaca-se a relação entre autonomia e domínio como mecanismos reguladores do comportamento individual e grupal; Kanaane(1995) diz que o facto do indivíduo ser responsável pelos seus actos implica a capacidade de discriminar entre as condições prescritas pela organização e o assumir do compromisso de intervenção e de se posicionar como actor no

processo de trabalho, representando assim, os respectivos papéis profissionais.

Os estudos desenvolvidos por Taylor(1989) no âmbito da organização e racionalização do trabalho, realçaram o aspecto que ainda hoje se mantém nos sistemas contemporâneos de produção, a noção da divisão do trabalho. A divisão do trabalho, preconiza a divisão da sociedade em classes sociais, reforça as diferenças sociais e estabelece limites que de certa forma actuam como barreiras demarcadoras de ascensão social do indivíduo em dado sistema de produção.

À medida que ascende na hierarquia e de acordo com a dimensão da Organização, as capacidades administrativas ficam mais importantes em comparação com as habilidades técnicas. Fayol(1930) e Stoner(1985) defendiam como princípio, que a administração não era um talento total, mas uma habilidade que a prática e a experiência só seriam úteis para os que já tivessem qualidades inatas.

A aplicação dos princípios preconizados, também, são flexíveis e podem ser adaptados para atender às necessidades, uma vez que os seres humanos são diferentes e sujeitos a mudanças. Não obstante, muito dos conceitos desta teoria clássica das Organizações ainda hoje perdura em relação às habilidades administrativas.

Para Follet(1941), Stoner(1985) e Sousa(1990), ninguém seria uma pessoa completa se não fosse membro de um grupo. Os funcionários e administração tinham um objectivo comum como membros da mesma organização.

No entanto, nos estudos desenvolvidos por Mayo(1953) e Diekson(1953) citados por Stoner(1985) e Sousa(1990), demonstram que em termos de relações humanas, a problemática da motivação dos indivíduos na organização e o impacto na produtividade, tem por base o espírito de grupo e a relação que vier a desenvolver-se durante a sua experiência de trabalho.

Alguns cientistas do comportamento como Maslow(1964) e Mcgregor(1964) referenciados por Stoner(1985), achavam que o conceito de " homem que se auto-realiza" explicaria com maior exactidão as motivações humanas. As necessidades das pessoas são motivadas para a satisfação e enquadram-se numa hierarquia.

Friedmann(1983) e Kannane(1995) consideram que o papel que o trabalho desempenha para o indivíduo, corresponde ao envolvimento e às predisposições pessoais. O trabalho desenvolvido pelo investigador, significa um factor de equilibrio e de desenvolvimento para o indivíduo, que lhe

assegura a inserção no real, em termos dos diferentes grupos existentes na sociedade.

A abordagem das relações humanas é, contudo, importante ao dirigir a atenção de forma genérica para todos os aspectos do relacionamento interpessoal na organização, que se gera espontaneamente entre os indivíduos que não são apenas trabalhadores, mas cidadãos com personalidade e motivações que ultrapassam o seu papel na organização.

Ao sentir-se participante num processo de trabalho, o indivíduo tende a responsabilizar-se pelo mesmo. A participação, proporciona-lhe consciência mais ampla de si mesmo e dos meios de produção, possibilitando desenvolver a sua liberdade de opção diante do contexto de trabalho. Este caminho, possibilita-lhe apropriar-se da sua cidadania, facilitando-lhe condições de desenvolvimento e equilíbrio psicológico.

A tendência actual quanto à organização do trabalho, após os estudos de sociólogos e psicólogos sobre as condições sociais e psicológicas no ambiente do trabalho, têm sugerido que se deva redimir o paradigma presente na sociedade e, em especial, nas organizações; Kannane(1995).

Tal mudança sugere, a incorporação da abordagem holística, que converge para uma visão globalizadora, extrapolando os limites sócio-políticos e caracterizando uma relação mais humanizada entre as partes. A ênfase na responsabilidade deve premiar as acções do indivíduo e fazer surgir o comprometimento com sistemas produtivos, o que proporciona o alcance dos objectivos organizacionais traduzidos na realização do trabalhador, competitividade e produtividade.

Numa perspectiva sócio-cultural caracteriza-se a organização por um conjunto de papéis sociais inter-relacionados, a partir de redes de comunicação. Os papéis mantêm entre si intercâmbios de informações que tendem a facilitar ou a dificultar a dinâmica das relações inter-pessoais no contexto organizacional.

O estatuto e os papéis, são definidos e assumidos pelos respectivos indivíduos que expressam padrões de desempenho e que por vezes, são influenciados pelos valores assimilados e percebidos como os mais significativos.

Os papéis são conjuntos de comportamentos esperados definidos pela sociedade e pela cultura, assim como, pelas organizações. Kanaane(1995, p.31), argumenta que *"os papéis sociais, são delineados no conjunto das interacções sociais*

estabelecidas a partir do processo de produção". As relações reflectem as posições assumidas pelos indivíduos ou grupos em determinado contexto organizacional.

O interjogo de papéis sociais surge para Kanaane(1995) como ponta de um "iceberg", os papéis profissionais, são o conjunto de representações sociais que o indivíduo elabora sobre si mesmo e sobre o trabalho que realiza. A organização é um sistema integrado de subsistemas interdependentes, havendo intercâmbio entre o clima, a cultura, a estrutura e os sistemas administrativos.

A dinâmica das relações inter-pessoais processa-se a partir do desempenho de papéis profissionais que mantêm relações com o sistema socio-cultural do qual a organização faz parte. Os papéis sociais e, em especial, os papéis profissionais, constituem-se a partir das interações sociais presentes no ambiente de trabalho considerando-se os níveis hierárquicos e os sistemas de comunicação que o influenciam.

Os papéis profissionais constituem-se a partir das interações sociais presentes no contexto do trabalho. As estruturas hierárquicas e de poder representam os elementos de suporte da organização e os processos interacionais denotam a dinâmica organizacional pelo sistema de comunicação existentes.

Para GOFFMAN(1966), citado por BARRACHO(1996, p. 32):

a vida social é em primeiro lugar uma sucessão de papéis para os outros esta representação utiliza a linguagem, um simbolismo social, uma dialéctica de atitudes e gestos individuais através dos quais o indivíduo toma consciência do seu papel.

Os valores normas e padrões sociais influenciam o ambiente organizacional delimitando o que se conceptua por cultura organizacional. Esta por sua vez, constitui-se gradativamente a partir dos valores que vão sendo interiorizados e culturados pelos seus membros que por vezes, pertencem a sub-culturas distintas. As inter-acções sociais, expectativas e necessidades, reflectem os anseios dos trabalhadores assinalando o clima organizacional existente em dado período de vida nas organizações.

Relações Interpessoais

Os estudos desenvolvidos sobre as relações interpessoais incidem nos comportamentos do indivíduo em relação aos outros, relacionando-os com as habilidades, desejos e sentimentos.

Para os fenomenologistas, a pessoa sente estar em contacto directo com as pessoas e as coisas do seu ambiente, e também percebem as pessoas em aspectos inatingíveis como os seus desejos, necessidades e suas emoções.

"a atitude, correctamente descrita como realismo ingênuo (...) não vê problema no facto da percepção ou do conhecimento do ambiente. As coisas são o que parecem ser: têm exactamente as qualidades que revelam à vista e ao tacto". " O ambiente se abre a nós directamente sem desvio, como se estivessemos face a face com a realidade objectiva" Asch(1952, p.46), citado por Heider(1970, p.35).

Na análise causal, a percepção das pessoas actuam como processos psicológicos da personalidade, e consiste nas manifestações da personalidade do outro, na medida em que determinam o padrão de estímulos próximos, às manifestações dos processos psicológicos traduzem-se em comportamentos.

No entanto, *"a percepção também envolve, até certo ponto uma consciência compreensiva, um "sentido" ou um "reconhecimento" de tais objectos (...). Assim, podemos incluir todos os sentidos e interpretar a percepção como capaz de abranger a consciência das complexas situações comportamentais" F.H. Allport (1955, p.14), Heider(1970, p.39).*

A influência da sóciométrica-técnica da avaliação das escolhas e percepções sociais introduzidas por Moreno(1934) referenciado por Alferes(1993) marca o estudo sistemático da atracção interpessoal, cujo objectivo é reconstruir os aspectos estruturais e dinâmicos das relações afectivas no seio de um grupo.

O estudo de atracção interpessoal centra-se sobretudo nas relações duais, mais especificamente na ruptura das relações que estabelecemos no interior das redes sociais em que as pessoas se situam.

Em contraste com a conceptualização comportamental, os investigadores optaram por associar o conceito de atracção interpessoal ao de atitudes. Para Moscovici (1983) o conceito de atitude implica um "objecto de pensamento" numa "dimensão avaliativa", em que o objecto do pensamento era um outro indivíduo.

Os três componentes (cognitivo, afectivo e comportamental), tradicionalmente incluídos sob a noção de atitudes; passaram a constituir as três dimensões de atracção.

A conceptualização da atracção como sentimento e emoção, permitiu uma diferenciação adequada das diversas formas de atracção. Assim, podemos afirmar a existência de duas teorias de atracção interpessoal:

- Teoria da Organização Cognitiva, - A tónica é colocada nas relações entre cognições e sentimentos.
- Teoria da troca social e do reforço - é a relação entre os componentes avaliativos, comportamental e avaliativo que caracterizam as relações interpessoais.

A condição indispensável para a existência de uma relação independentemente da natureza da organização e dos "recursos" envolvidos é a comunicação.

As relações interpessoais podem-se agrupar num contexto de grande significado, podendo avaliar-se em positivo ou negativo de acordo com as situações de interacção que traduzem um carácter selectivo nos comportamentos sociais.

ALFERES(1993, p. 113), diz que "o domínio da atracção no contexto mais geral do estudo das relações interpessoais; os fenómenos de atracção diz respeito aos componentes afectivos das relações sociais, em particular as atitudes, emoções e sentimentos positivos que experimentámos na relação com os outros".

No processo interpessoal é necessário contemplar como a pessoa responde às situações (e em relação a tudo o que sucede no seu interior , ao seu redor e na sua ilusão do real). As relações interpessoais são extraordinariamente complexas, estão sempre em termos de variação de agrados, de indulgência e de privação, que tem para com os indivíduos.

A atracção na comunicação interpessoal é apreendida através de reforços do meio ambiente, fazendo parte da orientação cognitiva, sendo mais frequente relacionar-se com a distância interpessoal em que a atracção gera um maior estímulo entre as pessoas que o contacto visual e postura acompanham sentimentos de agrado e antipatia.

Littlejohn(1988, p.239) postula que *"o comportamento de tocar é definitivamente parte da dimensão de imediação. Além disso, a atracção gera maior estímulo sensorial nas pessoas"*

O relacionamento interpessoal no ambiente de trabalho reflecte o grau de participação e colaboração dos envolvidos. As diversas interacções indivíduo-indivíduo, indivíduo-grupo, grupo-organização, entre outras, assinalam o estadio na qual a organização se situa. A valorização do potencial humano é um processo contemporâneo, cujos resultados são imprescindíveis para o efectivo desenvolvimento organizacional.

As relações que o homem estabelece no ambiente de trabalho, na maioria das vezes processam-se de maneira conflituosa e destabilizadora. Cleber de Aquino(1987), referenciado por Kannane(1995) diz-nos que a interacção com os outros nos mais diversos grupos sociais, a comunicação (inter-pessoal, profissional ou qualquer outro tipo de contacto) e a conveniência são condições imprescindíveis à sobrevivência e produtividade humana. Assim, o indivíduo de qualquer nível precisa de saber relacionar-se com os seus semelhantes, tanto no ambiente social como no laboral.

Littlejohn(1988, p.208) teorizou que *"certos compor-*

tamentos são respostas a outros. Os comportamentos são, pois, agrupados ou pontuados em unidades maiores, às quais, no todo, ajudam a definir a relação".

Factores associados à motivação, à comunicação e à participação do trabalhador, assinalam o grau ou ambiente organizacional facilitador para uma efectiva integração. Temos que considerar que os factores pessoais associados à formação individual, influenciam na percepção que o mesmo elabora sobre o ambiente organizacional.

Laina(1967) citado por Littlejohn(1988, p.210) argumenta que: *"o modo como nos comportamos em relação a uma outra pessoa é função de duas experiências afins: a experiência da outra pessoa e a experiência da relação".*

A formação de atitudes e comportamentos no contexto do trabalho levam a um conjunto de valores e de crenças que o trabalhador apreende gradativamente no decorrer do processo de trabalho. As motivações, os interesses e a disposição racional e emocional para tomar posições, constituem os elementos que caracterizam a formação de concepções acerca do ambiente do trabalho.

Os componentes sócio-culturais influenciam a formação e o desenvolvimento de atitudes, deixando desta forma, indícios significativos das principais tendências na sociedade

e também nas respectivas organizações. A formação de preconceitos está apoiada na pressuposição de que as acções tanto a nível individual quanto grupal, reflectem valores e crenças distintas das condições objectivadas em dado contexto do trabalho. As resistências normalmente expressas, assinalam o quanto de rigidez está contido nas posições dos indivíduos, havendo uma singularidade de atitudes no conjunto das assumidas pelo grupo, Littlejohn(1988).

Doise(1984, p.101) argumenta que *"A solidariedade de um grupo aumenta no decorrer de uma interacção competitiva e a sua estrutura acentua-se ou adapta-se"*.

A imagem do seu próprio grupo torna-se mais distinta, os indivíduos aderem melhor às normas do seu grupo. O grupo constitui um sistema social, envolvendo interrelações dinâmicas, Doise(1984) e Littlejohn(1988). Os grupos consolidam-se, aproximam-se ou separam-se relacionados com as percepções, atitudes e comportamentos.

Sherif referenciado por Doise(1984, p.102) teorizou que *"os projectos dos grupos determinam as características psicossociológicas da sua interacção"*.

As atitudes tendem a reflectir predisposição para a acção, os comportamentos reflectem as posições assumidas em

dado ambiente, vinculados ou não às atitudes. Algum conflito pode surgir o que denominamos "dissonância cognitiva" que se refere às contradições vivenciadas pelo indivíduo, quando tem que assumir posições que efectivamente não conseguiu assimilar plenamente.

FIGUEIREDO(1981), citado por LIMA(1993, p.168), *"define não só como sinónimo de postura o modo de ter o corpo, mas também como sinónimo de significação de um propósito, norma de procedimento"*

As atitudes são inferidas e não directamente observáveis, pressupondo uma ligação com os comportamentos. Assim, as correntes comportamentalistas definem atitudes como um comportamento verbal, através das quais os indivíduos expressam as suas preferências. Apesar das diversas posições as atitudes expressam o modo de estar dos indivíduos ou grupos face à sua história.

As atitudes incluem sempre uma dimensão avaliativa e está sempre presente a dimensão afectivo-avaliativa, isto é, as atitudes traduzem uma posição face a um determinado objecto social são os processos de comparação da identificação e da diferenciação social que nos permitem situar a nossa posição face a outros num determinado momento.

"A atitude é uma predisposição para responder de forma favorável ou desfavorável a um objecto, pessoa, instituição ou acontecimento." LIMA(1993, p.168).

A capacidade de reconhecer o significado das acções, implicadas em conceitos e princípios proporcionam uma personalidade mais sólida. As atitudes e a comunicação de que os indivíduos são conscientes, reconhecem as conexões e o significado das ideias e das acções, regidas pelo carácter de que o sujeito não é consciente.

A percepção do trabalhador poderá sofrer limitações do contexto organizacional o que altera a visão específica que este pode manifestar e restringir o seu desempenho. Quando o trabalhador identifica que o papel a ser desempenhado fundamenta a sua acção de forma ampla e coerente, tende a agir de maneira compatível com as suas expectativas.

MILLER e BREWER(1984) citado por MONTEIRO(1993, p.340), sintetizam os efeitos do contacto afirmando que: *"o nosso comportamento e as nossas atitudes para com membros de uma categoria social que rejeitamos tornar-se-ão mais positivos após a interacção interpessoal directa com eles"*.

As hostilidades em relação aos membros de grupos podem ser alterados ou reduzidos se incentivarmos ou

motivarmos para a frequência e intensidade dos contactos entre os elementos da instituição; acentuando as características individuais, a identidade pessoal e a distinção dos comportamentos nas relações interpessoais.

A comunicação e as atitudes racionais são aquelas em que o participante é consciente, reconhecendo as conexões entre o significado de uma ideia e as acções relacionadas com ela, ou entre a conduta expressa e a expressão fácil do carácter do indivíduo. As atitudes e comunicações não racionais estão regidas por rasgos de carácter de que o sujeito não é consciente, PEPLAU(1990;1992).

"As expressões não racionais são tipos de percepções, em que os indivíduos se apercebem das suas experiências interiores procedem mediante canais sensoriais de objectos do mundo exterior" PEPLAU(1990;1992; p.233).

A interacção interpessoal está envolvida na comunicação em pequenos grupos, organizacional e de massas. Os quatros contextos devem ser considerados como uma hierarquia de contextos ajustados uns aos outros.

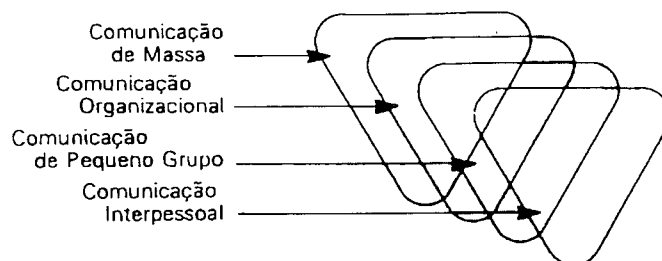


Figura 1: A hierarquia de contextos da comunicação, Littlejohn, p. 205

Os estudos preconizados da comunicação interpessoal por Dean Barnlund(1968) referenciado por Littlejohn(1988), que em situações sociais, em encontros informais face-a-face os indivíduos sustentam uma interaccção através de uma troca recíproca de pistas verbais e não verbais. Devendo existir duas ou mais pessoas com uma presença física próxima de forma a perceber a presença uma da outra.

Dean Barnlund(1968) citado por Littlejohn(1988, p.206) refere que *"A comunicação interpessoal envolve interdependência comunicativa"*.

Neste contexto a comunicação interpessoal é um processo de estabelecimento e manutenção de relações que envolve tanto a percepção como a metapercepção do outro ao nível do conteúdo, fornecendo pistas sobre o estatuto dessas percepções. A comunicação interpessoal é a compreensão entre

os comunicadores e requer uma abertura e transparência, envolve uma dialéctica entre desejar, compreender e ao mesmo tempo controlar as impressões dos outros. Littlejohn(1988).

Dean Barnlund(1968), referenciado por Littlejohn (1988, p.206) argumenta que *"A comunicação interpessoal envolve troca de mensagens (...) quer a comunicação interpessoal é relativamente carente de estrutura; ela é marcada pela informalidade e pela flexibilidade"*.

Comunicação: Homem-Meio

"A comunicação não é um acto singular e unificado mas um processo constituído por numerosos aglomerados de comportamentos", Littlejohn(1988, p.18).

O comportamento humano é afectado pelo processo de comunicação e está vinculado pelas mensagens dos outros e das nossas próprias mensagens, existindo a necessidade de um conhecimento acerca do nosso mundo, essa necessidade estende-se a todos os aspectos do comportamento dos indivíduos.

O objectivo da comunicação é a selecção de símbolos que expressam a referência e o significado da mente do

indivíduo, o objecto e acções simbolizadas pode formular uma meta da comunicação com o desejo de lutar por um desenvolvimento de uma compreensão comum.

A linguagem que se utiliza para expressar ideias, para descobrir experiências e para demonstrar o significado de outras realidades, pode servir para evitar transmitir ideias e sentimentos. Pode impedir a comunicação, no uso das palavras para expressar significados ocultos, embora estas não sejam expressadas directamente. Assim, as palavras e os símbolos podem-se utilizar para facilitar ou dificultar as relações entre as pessoas.

A comunicação humana provavelmente nasceu de uma sociedade dos estágios primitivos da civilização, ou seja, desde que os homens passaram a viver em sociedade, em reuniões familiares e em comunidades de trabalho. A comunicação, tornou-se imperativa para o homem, porque só através dela é possível trocar ideias, emoções e experiências.

A intensidade e riqueza da comunicação é de tal forma importante e intensa que não chega comunicar entre si. Existe a necessidade de entregar à comunicação tarefas e imagens que possam sobreviver no futuro. Nesta base, podemos afirmar que cada monumento da antiguidade é um testemunho vivo da representação do esforço para concretizarem e eternizarem as

civilizações, o testemunho da sua história através da comunicação.

A linguagem é comunicação. Personalidade é comunicação, cada gesto, cada acção é comunicativa. Argumenta GILBERT HIGHET(1993, p.12), *"Não existe uma só actividade humana que não seja afectada ou que não possa ser promovida através da comunicação ..."*.

A própria ausência de comunicação é comunicação, porque o silêncio é uma forma notável de comunicação humana.

A palavra comunicação vem do latim que significa "por em comum". A comunicação humana possui como objectivo o entendimento entre as pessoas, é a conveniência baseada no acordo, no sentimento e compreensão que se colocam as ideias, imagens e experiências em comum.

O processo de comunicação não se diferencia do processo de comportamento, exige no mínimo a participação de duas pessoas, afim de estabelecer diálogo. No processo de comunicação é fundamental a presença constante dos três elementos: o transmissor, o receptor e a mensagem.

Na falta de qualquer destes elementos o processo de comunicação não se completa, a deficiência na comunicação tem

origem principalmente na individualidade devido à forma de pensar de duas pessoas é essa individualidade que impregna a personalidade e imprimindo o seu carácter à comunicação que através da linguagem, expressa as suas imagens, ideias e desejos.

Na sociedade moderna, o homem representa uma variedade de papéis, que serão mais compreensíveis se a linguagem for utilizada de forma a elucidar, a facilitar e a tornar claro o processo de comunicação.

A comunicação é uma forma do comportamento humano e está ligado à personalidade individual. A personalidade não depende apenas da comunicação - ela é a própria comunicação em acção, somos aquilo que comunicamos, na reacção do indivíduo ao papel que lhe é imposto pelo grupo.

Neste contexto, Watzlawick(1967, p.65), diz-nos que:

A comunicação não só transmite informação, mas ao mesmo tempo impõe um comportamento, a impossibilidade de não comunicar, faz com que as situações de duas ou mais pessoas sejam interpessoais comunicativas: o aspecto de relação de tal comunicação específica, a importância pragmática interpessoal do modo digital e analógico não reside no seu hipotético isomorfismo com o conteúdo e a relação mas na inevitável e significativa ambiguidade que tanto o emissor como o receptor enfrentam.

As acções comportamentais pessoais da comunicação inerentes ao contexto em que ela ocorre é denominada de

pragmática de comunicação. Nem só a fala é comunicação, todas as pistas comunicacionais num contexto impessoal afectam o comportamento.

Wayne Thompson(1993) citado por Penteado(1973, p.15); *"faz depender a efectividade da comunicação humana de um factor fundamental o conhecimento de como as pessoas pensam."*

A abordagem comunicacional dos fenómenos do comportamento humano está baseado nas manifestações observáveis da relação. Freud, rompeu com muitas das codificações da psicologia tradicional, quando apresentou a sua teoria psicodinâmica do comportamento que postula que o comportamento humano é, primordialmente, o resultado de uma interacção hipotética de forças intrapsíquicas que formam uma interdependência entre o indivíduo e o seu meio, é precisamente aí que o conceito de troca de informação, isto é de comunicação se torna indispensável.

O advento da cibernética mudou tudo isto, o que se pode comprovar que os dois princípios podiam ser reunidos numa estrutura mais abrangente. De acordo com Moles(1952;1973) e Barracho(1990;1991) a cibernética é a ciência geral dos sistemas ou organismos independentes da natureza física dos seus órgãos. Essa concepção, tornou-se possível através da

descoberta da retro-alimentação (feed-back). Os sistemas interpessoais; grupos de estranhos, pares conjugais, famílias, relações psicoterapêuticas ou até internacionais, podem ser encarados como circuitos de retroalimentação, dado que o comportamento de cada pessoa afecta e é afectado pelo comportamento de outra.

A cibernética tem como funções clarificar a estrutura das redes por onde circulam as mensagens, tendo como finalidade a aplicação das leis da Teoria Métrica da Informação, Moles(1952).

A impossibilidade de não comunicar, faz com que todas as situações de duas ou mais pessoas sejam interpessoais comunicativas. A importância pragmática interpessoal da relação, na sua significativa ambiguidade, tanto o emissor como o receptor manifestam-se unicamente numa relação de reciprocidade.

"A interrelação e a apropriação que o sujeito exerce relativamente ao seu meio ambiente são definidos pela distância que ele próprio determina. Esta distância física ou psicológica, influenciará a comunicação que ele estabelece com esse meio e com os seus semelhantes", BARRACHO(1996, p.38) .

Territorialidade

A integração de um novo elemento e a socialização do profissional na organização passa particularmente pelas relações com o espaço e pela aprendizagem dos lugares desconhecidos.

Para que exista um processo de integração é necessário um conhecimento profundo do território profissional e das funções. Em sequência da sua integração e da instituição, testam os diversos lugares de isolamento, Fischer(1994) porque em todas as organizações existem lugares que acolhem as conversas dos indivíduos. Os espaços de trabalho possuem um aspecto funcional e um aspecto psicológico para desenvolver as actividades profissionais na organização.

O conhecimento do território para o recém chegado tem um papel importante na integração do novo elemento no grupo, permitindo a compreensão do funcionamento do serviço, mas na sua integração social, porque desconhece os lugares de encontros e as vias de informação.

Diz-nos FISCHER(1994, p.64) que: *"os lugares de trabalho por mais funcionalmente concebidos que sejam, continuam a ser lugares onde operam uma*

personalização e uma humanização que resultam simplesmente de uma constatação elementar mas essencial: os seres humanos não são máquinas”.

Hall(1984;1994), mostra como os usos dos espaços são relativos à qualidade dos territórios e nomeadamente às suas componentes culturais. O conceito de território, designa o uso que fazemos dos lugares segundo os significados psicológicos e culturais.

O território é um lugar socializado na medida em que as suas características físicas e os aspectos culturais que lhe são atribuídos se combinam num único sistema, como define Altman(1975) e Fischer(1994), os vários tipos de territórios primários são ocupados de forma estável, identificados e controlados pelos seus ocupantes onde asseguram uma função de intimidade (habitação).

Altman(1975) e Fischer(1994), consideram território secundário como espaços sociais, que correspondem aos enclaves criados por grupos e regidos por regras mais ou menos formais, correspondentes ao direito de acesso e uso desses espaços. Num hospital, cada serviço pode ser identificado como um território, graças à presença de diversos sinais, revelando assim, a natureza e qualidade das interacções desenvolvidas nesses lugares.

Moles(1977) citado por Fischer(1994, p.2) *"o espaço, só existe por aquilo que ocupa. Cada meio constitui assim um cantinho mais ou menos fechado onde se desenvolve uma parte da vida social"*

O território público é ocupado temporalmente por uma pessoa ou um grupo, nesses espaços, os comportamentos são em grande parte regidos pelas normas sociais e pelos costumes.

A relação com o espaço é a tendência para ocupar um território de forma a controlá-lo e a nele exercerem uma espécie de direito e posse; correspondendo a uma zona de influência com o qual nos podemos identificar (uma espécie de extensão do EU).

" o pertencer-se a um espaço é pois condicionado por um tempo de presença e um grau de integração suficientes por aceder a uma apropriação maior". FISCHER(1994, p.127).

A dominância territorial, pode desenvolver sentimentos com maior ou menor importância para o indivíduo ou grupo, revelando assim, o tipo de interações em termos de influência sobre os lugares. Hall(1994) definiu quatro grandes tipos de distância. A **distância íntima**, é o espaçamento minimal entre o EU e o outro numa relação; revela a

proximidade não só física, mas social e afectiva. A distância varia entre 15 e 45 cm.

A **distância pessoal**, corresponde ao limite da influência física sobre outro do outro sobre mim. Este tipo de distância que varia entre 45 e 125 cm.e manifesta-se nas relações amigáveis.

Distância social, caracteriza-se pelo que Hall denomina "o limite de poder sobre outrém": é a distância estabelecida nas relações sociais habituais, principalmente nas relações profissionais variando entre 1,20m e 3,60m.

Distância pública, varia entre 3,60m e os 9m, exprime a distância das situações oficiais. Esta distância é um sinal da importância da personalidade hierárquica que se acolhe. Estes tipos de distâncias, assumem a nossa relação com os outros e permitem o valor cultural das nossas relações a sua interacção com o espaço.

A utilização das distâncias, varia em função de vários factores individuais (idade, estatuto social, grupo), interpessoais (atração, coesão, simpatia, antipatia), situacionais (elementos físicos ligados ao contexto) e culturais em que os indivíduos estão inseridos. Argyle e Dean(1965) citado por Barracho(1991, p. 246) diz que "A distância é um dos meios

para estabelecer o justo nível de intimidade dos indivíduos que interagem".

Por outro lado, Argyle(1965) e Fischer(1989) afirmam que as distâncias variam se os indivíduos se olharem face a face, no mesmo sentido ou em sentidos diferentes.

Um outro processo referido por Beck(1970) citado por Fischer(1994) diz-nos que o desenvolvimento do conceito de "espaço" interpreta a complexidade social e física do seu meio ambiente, baseando-se no conhecimento do seu próprio espaço.

Conhecemos os nossos ambientes através das imagens que deles fazemos, não são dados abstractos ou intelectuais, mas servem para orientar os nossos comportamentos, para avaliar os lugares em que nos encontramos e por nos adaptarmos a eles.

Para o psicólogo, um espaço só é uma realidade enquanto realidade apreendida e reconstruída mentalmente, Proshansky(1976) e Fischer(1994). A percepção de um espaço corresponde ao estabelecimento de relações que introduzimos entre a figura e o fundo, entre o que está próximo e longínquo, em função do ponto de referência a partir do qual se constrói a nossa relação com a realidade. Assim, há tendência para se focalizar sobre um aspecto do ambiente

considerado como central. O processo de selecção funciona na base de diferenciações tais como perto/longe, importante/banal.

Nos estudos desenvolvidos por Sommer(1962;1969, p. 75), demonstra como o *"espaço é ocupado de forma diferente pelas pessoas de acordo com o tipo de actividades e do conhecimento que essas têm dos lugares em que estão habituadas manifestando um comportamento territorial"*.

Outro conteúdo da percepção é o princípio da simplicidade, significando que, quando os estímulos do ambiente são ambíguos, temos tendência para "restabelecer a situação"; para criar boa imagem em relação a esse espaço ou seja, para criarmos uma percepção mais próxima da ideia que deles temos. Esta relação, a vários níveis inseparáveis; cognitivo, normativo e afectivo - é dinâmico, no sentido em que os elementos apreendidos sobre o conteúdo e a forma como estão reorganizados numa cognição-avaliação do espaço ganha um significado para os indivíduos e grupos.

A percepção do espaço e a dimensão da construção mental revelam que em termos de mapa mental Downs e Stea (1977) referenciados por Fischer(1994), acentua a importância das representações espaciais e designa o processo cognitivo pelo qual os indivíduos organizam e compreendem o mundo que os

rodeia, codificando e armazenando, memorizando e descodificando as informações relativas às características de um ambiente.

SPOCH & LEHMKUHLE(1982) citado por Pereira(1994, p. 102), diz que: " *O mapa cognitivo é um termo referente do nosso conhecimento da nossa própria situação no espaço e do conhecimento da situação de objectos e locais em relação a nós próprios*".

A carta cognitiva é o produto desta imagem mental da forma como contraímos a nossa representação de um ambiente dado. As informações sobre o quadro de referência que o indivíduo forjou em relação a esses espaços.

O mapa mental é um processo de reconstrução entre um estímulo ambiental e a percepção que dele temos: cada qual reorganiza as características espaciais numa série de operações mentais.

Neste contexto Spoch & Lehm Kuhle(1982) e citado por Pereira(1994, p.93), dizem que "*o mapa cognitivo é o nosso conhecimento da nossa própria situação no espaço e do conhecimento da situação dos objectos em relação a nós próprios*"

As funções de um espaço só são representados através do seu papel e do seu interesse para uma dada categoria. Um mesmo espaço não dá lugar à mesma carta mental quando se trata do enfermeiro e do médico. Apurou-se que a carta mental é determinada pela antiguidade dos empregados: os mais antigos mostram um espaço vivido mais diversificado e enriquecido, enquanto os novos desenham um mapa mental mais abstracto, Fischer(1994).

O Espaço Como Espaço Vivido

A relação no espaço é como o homem utiliza o lugar e como o trata afectiva e cognitivamente, que produz através das relações estabelecidas com ele, um conjunto de significações carregadas de valores culturais próprios. Nesta relação o espaço arquitectónico não se reduz às suas propriedades materiais; encontrou-se estruturado como uma linguagem que comunica sobre os seus ocupantes. As interacções com o meio ambiente são extremamente complexas porque revelam uma dinâmica relacional, Fischer(1994).

O espaço modela os indivíduos que por sua vez o modelam à sua maneira assim, a relação constitui uma linguagem. Desenvolvem condutas marcadas por interacções entre as características físicas e os dados culturais próprios de um

lugar, existindo uma interdependência entre o espaço e o comportamento, Fischer(1994).

Para Barracho(1989, p.216) *"Espacialidade do lado 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"*.

Toda a relação com o espaço comporta dois aspectos indissociáveis: por um lado, o homem organiza e produz o seu meio em função de múltiplos factores de aprendizagem e da consistência de um conjunto de normas sociais; por outro lado, o espaço ordena e comporta características materiais e funcionais que respondem de forma satisfatória às necessidades do grupo.

Todo o espaço social é hierarquizado e traduz uma estrutura não igualitária que age sobre distribuição dos indivíduos num território, no interior das instituições, evidenciando-se as correlações entre qualidade do espaço e estatuto social.

"Na concepção da organização o critério de ocupação de uma dada função, é acompanhada pela atribuição de um espaço cujas características não são unicamente determinadas por

razões funcionais, mas que dão uma imagem de hierarquização social", Fisher(1994, p.78).

Em muitas instituições, os movimentos de pessoal e dos utentes são regulamentados, por razões funcionais, mas também porque um território se rege por regras sociais que definem a sua acessibilidade, o seu funcionamento e o seu uso.

O espaço social consiste numa realidade objectiva que tem componentes interdependentes, revelando que todo o espaço apresenta uma unidade composta de elementos físicos que interferem com dados sociais e culturais próprios dos lugares e dos contextos organizacionais e dos grupos que nele se movem, Back(1968) referenciado por Fischer(1994) usou o termo Behavior Setting.

Goffman(1968) revela a dificuldade de uma personalização do espaço nas suas investigações em instituições psiquiátricas, mostrou como essa personalização se exprime através de um modelo deslocado a que denominou "adaptação secundária", ou seja, o indivíduo afasta-se do papel a que a instituição lhe atribui.

A dimensão social de qualquer espaço não pode ser dissociada da dimensão cultural: as duas estão intimamente interligadas e constituem as duas fases de uma mesma

realidade: um espaço, a sua organização, o seu meio social, são acompanhados por comportamentos e actividades ligados aos " sistemas de válvulas" vigentes numa sociedade, é a forma de viver o espaço, Fischer(1989;1994).

O espaço social é concebido a partir de um princípio de repartição dos indivíduos e dos grupos que os afecta a lugares designados, esses lugares, por outro lado colocam-nos numa posição determinada no interior da pirâmide social.

A imposição Moles & Rohmer(1977) e Fischer(1994) indica-nos como o espaço social é um vector de mecanismos de integração ou de exclusão sociais: estabelece um certo número de regras expressas por um conjunto de fronteiras ou de barreiras físicas e sociais que fixam os limites materiais e simbólicos da nossa condição, dando ao espaço a sua configuração social. Uma materialização das proibições manifesta-se nas "vedações", que inscreve no espaço não só uma separação, mas regras de passagem. Esta estruturação em termos de sistemas de imposição, garante à vida social ordem que se baseia em regras.

O espaço social é assim vivido; cada grupo tem a sua geografia social e desenha os seus mapas do território em função das características da sua ligação a um determinado território. Para Stea(1977) citado por Barracho(1991, p.247) o

"comportamento varia segundo o território no qual o indivíduo se encontra".

No plano psicológico, a afectação espacial provoca em princípio mecanismos de identificação a lugares: os grupos vão definir-se por referência aos locais que habitam, porque é a sua maneira de manifestar o seu apego a um espaço social, Fischer(1994).

O espaço social é visto em função da natureza das relações vividas entre os indivíduos ou entre grupos. Os indivíduos têm uma percepção da distância tanto maior quanto os lugares lhe são familiares, por outro lado, o grau de inserção do indivíduo pode afectar a percepção com o coeficiente psicológico e é estruturada neste caso por elementos do ambiente que se designam como barreiras subjectivas, Fischer(1994) dado que o afastamento físico é vivido como um valor social e os elementos do espaço apreendidos como distância social.

Funcionalidade Arquitectural

O determinismo arquitectural serve como recurso à organização do espaço, a que Hall(1984) e Fischer(1994) chamam de "modelos micro-culturais" pelas relações existentes entre o

tipo de organização espacial e o modo como influenciam o homem, possuindo impacto sobre o comportamento no trabalho e nas disposições como sejam as paredes, corredores e entradas. A existência dos contrastes determinam as relações sociais, assim como os componentes dos espaços semi-fixos que regulam as interacções e permitem compreender as características do grupo e o espaço onde pertencem. O espaço, tem um papel importante a nível das estratégias da organização, as características físicas reflectem-se nos objectivos e na comunicação.

A comunicação pode ser facilitada ou reduzida pelo organização do espaço Goodric(1982) Selher(1984) citado por Fisher(1989;1994) afirmam do mesmo que a topografia de um espaço pode transformar um conjunto de unidades, num grupo interdependente.

O espaço organizacional pode ser caracterizado em função dos sítios de actividades que dão lugar a tarefas e funções específicas.

Os espaços institucionais são um universo particular, Hess(1978) citado por Fischer(1994) refere-o como um local onde as pessoas se reúnem diariamente para desempenharem actividades definidas. Toda a instituição corresponde à

visibilidade de um lugar de um edifício e corresponde a um conjunto de características materiais.

Os espaços acolhem deslocações efectuadas por razões explícitas em relação a determinada actividade e permite a outras, utilizar o espaço para um papel que não é atribuído às suas funções. Deste modo, o mesmo espaço dentro de uma instituição tem diferentes funções. Os "espaços-tampão", são zonas onde os indivíduos se encontram, podendo ser os vestiários, salas de repouso e locais de reunião, são locais em que o indivíduo passa de uma identidade para outra. Há uma forma de relação com o espaço que não persiste sómente na mobilidade de um ponto de fixação para um determinado sítio, com um regresso determinado.

Winnicott(1971), referenciado por Fischer(1994), salienta o papel importante dos espaços intermédios que asseguram o papel de controlo entre os espaços institucionais, servem como suporte ao estabelecimento de redes informais ou seja toda a estrutura organizacional é ultrapassada pelo funcionamento humano.

Os espaços intersticiais revelam dois tipos de fenómenos, as deslocações por razões explícitas e reconhecidas e as outras que utilizam os espaços para usos que lhes conferem outro papel, não atribuído às suas funções.

Os espaços intersticiais, (desde as soleiras das portas, passando pelos corredores) são vias de acesso e estão ligados à função social, servem de canais de informações fornecidas pelos circuitos de informação e que delimitam as deslocações das entradas e saídas ou seja de um espaço a outro, e sinalizam a trajectória de deslocações de um espaço para outro de diversas categorias de pessoal.

Numa instituição psiquiátrica, como o Hospital Júlio de Matos, o espaço exterior (parque), constitui um ponto importante onde se desenvolve toda uma vida paralela, colocando em evidência o valor de contactos informais entre os indivíduos e grupos, permitindo micro-acontecimentos.

As ruas do parque funcionam não só como local de passagem, mas é um lugar de descobertas, como diz Goffman (1968) e Moles(1982), a rua cumpre duas funções: circular para ir a qualquer lado, parar para estar e existir num lugar.

Moles & Rohmer(1978), diz-nos que os labirintos são estruturas geométricas nas quais os estímulos do meio se reduzem a tentativas motoras, isto é, os estímulos do meio ambiente levam o indivíduo a optar por um trajecto ou por outro.

A concepção do espaço arquitectónico parecia engendrar certos problemas sociais; viam na falta de espaço e de equipamentos um elemento que entrava no desenvolvimento da cooperação entre as pessoas.

A dimensão simbólica é um jogo de espelhos, Fischer (1994) entre o espaço arquitectural e os utilizadores, esses actores do espaço que interpretam as simulações que dele recebem para dar um sentido ao que fazem e ao espaço arrumado em que se encontram. A arrumação do espaço influencia o comportamento adequando-o ao fim para que esse espaço foi construído. O espaço é um dos factores de eficácia das diferentes arrumações realizadas para as instituições sociais.

Todo o espaço ordenado é sempre um sistema social composto de pessoas e de uma estrutura, é a realidade deste sistema que vai fazer de um determinado arranjo um espaço vivo.

Os Factores de Influência

Quando um lugar deve acolher mais funções diferentes do que é capaz em razão do número e do tipo de pessoas que

nele se encontram, a densidade é neste caso analisada em função da relação estabelecida entre o tipo de espaço, o número de pessoas e os papéis sociais que são desempenhados, Backer(1968) citado por Fischer(1994).

A densidade, com efeito não é só um factor explicativo das patologias sociais: é em si mesmo um resultado social complexo no sentido em que os fenómenos de concentração da população não são produtos nem do puro acaso nem unicamente físicos. A densidade exprime o facto do indivíduo ter o sentimento de não dominar os elementos do ambiente em que se encontra, de estar em situação de dependência em relação às características físicas e sociais do espaço, equivalendo a um sentimento de perda de liberdade. A liberdade de acção é menor quando a densidade aumenta.

As relações vividas no espaço-trabalho mostram que a relação do trabalho, das mais complexas, nunca se limitam a uma relação de causalidade puramente linear. Assim, observou-se por exemplo que quando um grupo de trabalho tinha uma forte coesão, ou seja, que se entendiam bem entre si e tinham uma certa autonomia na organização das suas actividades, um ambiente visto como negativo, pouco valorizante e pobre tinha uma influência mínima na produtividade; em troca, verificou-se que existindo tensões no seio do grupo e um ambiente analisado negativamente, poderia explicar uma menor produtividade.

As relações entre a organização do espaço e trabalho são ambíguas: temos lógicas que privilegiam a estética e a funcionalidade e por outro temos esses mesmos princípios que são muitas vezes dissociados daqueles que definem a organização do trabalho. Deste modo, nas decisões sobre a arrumação do espaço lidamos com dois movimentos paralelos que se desenvolvem de forma independente. O seu efeito é sempre a inscrição numa organização de configuração espacial.

Esta contradição é inerente à racionalidade instrumental que preside à concepção do trabalho. Quem concebe a disposição do trabalho tem sempre inerente a forma do meio influenciar as condutas do trabalho. Assim, o espaço é utilizado como um factor de eficácia e de coesão social, consciente ou inconscientemente, o espaço é organizado em função da eficácia do trabalho. Os seus efeitos psicosociais nunca são directamente determinados pelos valores que nele se inscrevem: os espaços de trabalho, pelas suas características e componentes funcionais, não podem ser reduzidos a um mero instrumento utilizado em razão dos imperativos da organização mas também em função dos valores dos indivíduos.

ESPAÇO HOSPITALAR

O projecto inicial(1912), é da autoria do primeiro professor de psiquiatria - Dr.Júlio de Matos, director do Hospital Miguel Bombarda " cujo sonho dourado era criar um novo manicómio dotados dos requisitos de um hospital moderno, capaz de satisfazer conjuntamente às exigências da assistência, de ensino e de investigação científica", como escreve o Prof. A. Flores, citado por Seabra Dinis(1996, P.66).

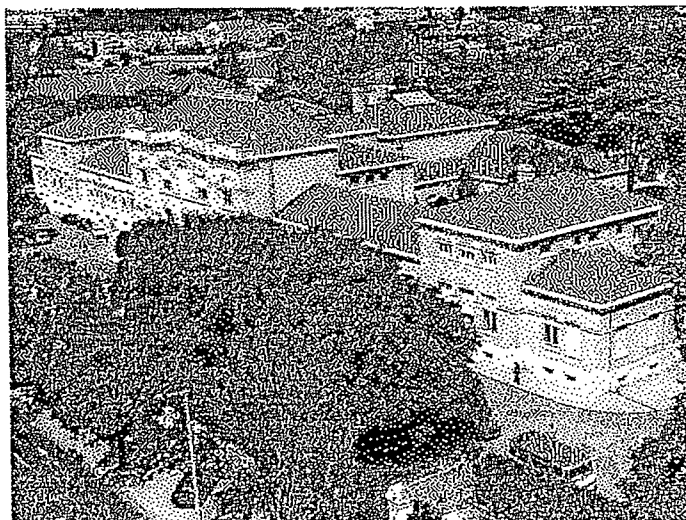


Figura 2: Hospital Júlio de Matos. Revista de psiquiatria

A sua inauguração é concretizada sómente a 2 de Abril de 1942. Inaugura em Portugal o regime aberto de internamento, numa tentativa de suprimir o carácter repressivo das instituições psiquiátricas da época.

O hospital albergava após a sua total abertura dos pavilhões um total de 1300 doentes, que para a época, representava uma população apreciável confrontando com a média da lotação dos Hospitais.

Na época existiu, uma preocupação de criar um centro de convívio para o pessoal de enfermagem e a casa dos médicos, iniciativas estas, que tinham como objectivo proporcionar convívio entre os colegas com o intuito de fortalecer os laços de amizade e facilitar as redes de comunicação entre os profissionais dos diversos serviços, Correia(1962).

Foi considerado na época uma das melhores unidades hospitalares psiquiátricas da Europa, sendo frequentemente visitado e solicitado por técnicos nacionais e estrangeiros para a sua formação. Nos anos 60, vai perdendo a dinâmica inicial e transforma-se numa instituição de carácter asilar.

O Hospital Júlio de Matos a nível pavilhonar, tem sofrido profundas transformações, de acordo com as mudanças e progressos na assistência aos doentes mentais, desde os dispositivos especiais de segurança, nas portas e janelas, assim como os pavilhões de vigilância inspirados pelas clínicas alemãs de Munster e Francfort. Com o aparecimento de novas técnicas terapêuticas, o hospital sofre transformações.

Partilha actualmente as suas instalações com outras unidades de saúde (Infarmed, Instituto Nacional de Sangue, A.D.S.E - Juntas Médicas), encontra-se dividido em quatro sectores (A,B,C,D), correspondendo à prestação de cuidados a cinco determinadas áreas geográficas.

Presta atendimento a populações da área da Grande Lisboa, Centro e Sul do país, responsabilidade que partilha com o Hospital Miguel Bombarda e Hospital S. Francisco Xavier.

Os pavilhões, cuja utilização se destina a unidades de prestação de cuidados de saúde, embora a organização interior dos espaços possa ser diferente, a sua função é idêntica dispondo de compartimentos para enfermeiros, gabinetes médicos, gabinetes de enfermagem, refeitórios, bares, etc.

Divergem uns dos outros apenas na concepção arquitectónica, designadamente na volumetria, na implantação no terreno e no desenho dos seus alçados.

Para uma melhor compreensão do nosso estudo, os serviços neles instalados serão agrupados em duas categorias distintas, do **Tipo A** e do **Tipo B**.

Estrutura Tipo A

Os serviços do Tipo A estão instalados em edifícios com dois pisos, sendo o superior utilizado para internamento do sexo feminino e o inferior para o sexo masculino, cuja densidade por piso é cerca de 20m²/h.

O edifício caracteriza-se por uma concepção arquitectónica visando a sua utilização para serviços de saúde. O edifício com uma implantação em "estrela", dispõe de um núcleo central pentagonal onde se centralizam os serviços de apoio (bar, refeitório e instalações sanitárias) e circulações horizontais que asseguram a ligação com cinco

corpos autónomos, dos quais três são utilizados para enfermarias, um para ginásio e outro para serviços de apoio. O acesso dos serviços faz-se através deste corpo.

- A área total correspondente ao piso inferior é de 1536 m².
- Cada um dos corpos afectos às enfermarias tem a área de 152 m² e são constituídos por cinco quartos com a área unitária de 21 m².
- As áreas de circulação horizontais ocupam na globalidade 339 m² subdivididas em 314 m² para corredores e 25 m² para o vestíbulo da entrada.

No corpo de apoio com uma área de 259 m² estão instalados:

- dois gabinetes médicos cada um com uma área de 25 m²,
- gabinete da chefia com 14 m²,
- sala de tratamentos com 16 m²,
- bar e refeitório cada um com 70 m²,
- copa com 30 m².

No corpo do ginásio, a zona afectada a actividades desportivas e lúdicas tem a área de 99 m².

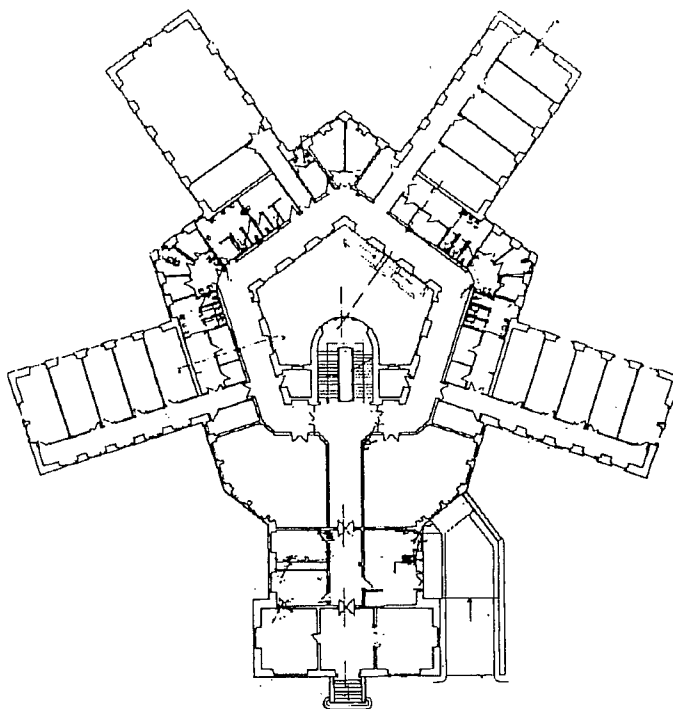


Figura 3 : Estrutura Pavilhonar Tipo A

Estrutura Tipo B

Os serviços do Tipo B desenvolvem-se em dois pisos. O complexo é constituído por dois edifícios em banda paralelos, interligados entre si por um núcleo central com uma área quadrada.

A organização interna do complexo caracteriza-se em especial por espaços muito compartimentados, que variam entre 15-21m². Estes espaços são, na maioria das situações,

utilizados por quartos para doentes e desenvolvem-se nas alas laterais.

No piso inferior, estão instalados todos os serviços de apoio, designadamente, gabinetes médicos e de enfermagem, refeitórios, bar, sala de reuniões e biblioteca. Os quartos dos doentes estão instalados no piso superior e nos espaços disponíveis do piso inferior.

O acesso ao complexo, bem como a entrada que liga aos dois pisos estão implantados no núcleo central.

A área de construção de cada piso é de 1371,50 m² totalizando os dois pisos 2743 m². A densidade de ocupação de espaço é de 45 m²/habitante.

Os gabinetes médicos, de enfermeiros e a sala de tratamentos têm a área de 15 m² cada. A sala de reuniões tem a área de 18 m².

Outras zonas de apoio instaladas no núcleo central:

- refeitório (2) - 21 m² e 18 m²
- bar - 36 m²
- copa - 16 m²
- biblioteca 16 m²

- sala de reuniões - 18 m²
- vestiário - 15 m²

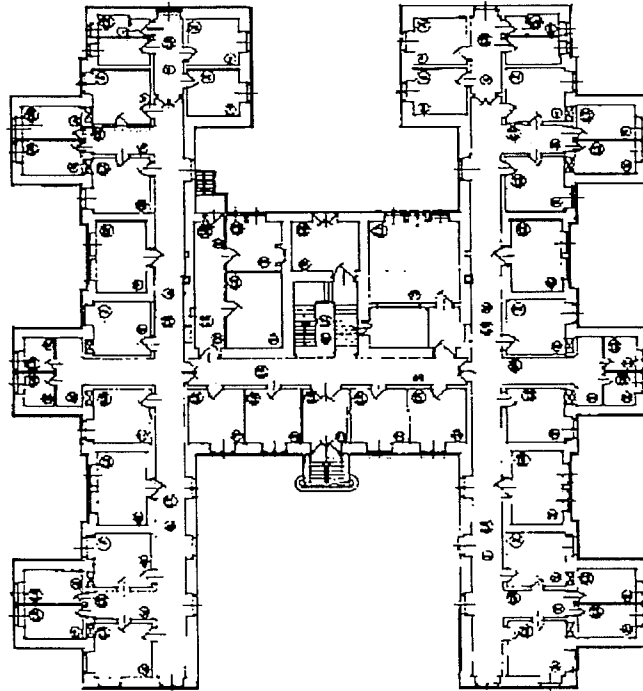


Figura 4: Estrutura Pavilhonar Tipo B

Caracterização Do Espaço Exterior Hospitalar

O Hospital, de arquitectura pavilhonar, enquadrado num espaço parque, de forma proporcionar um ambiente calmo e agradável de tranquilidade e beleza. O jardim é então, para

Lefevre(1983) um espaço colectivo que possui um alvo estético, um alvo de prazer e um alvo de sensação por toda a utilização imediata. O jardim é invariavelmente a arte.

O parque hospitalar, tem um aspecto de "vila" com pavilhões colocados com uma certa harmonia, cujas as distâncias pavilhonares variam entre 20 e 110 m de cores roseas que dá vivacidade e colorido. Os arranjos e disposição foram concebidos em moldes totalmente novos para a época, em comparação aos antigos "manicómios".

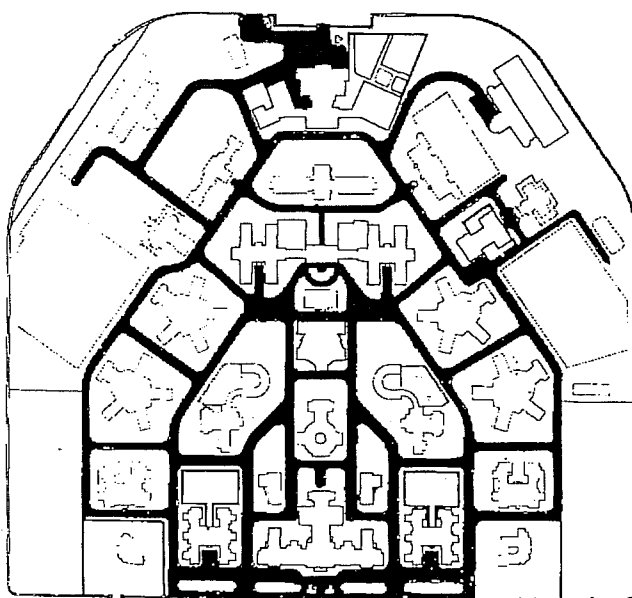


Figura 5: Implantação dos edifícios do Hospital

Júlio de Matos

O Hospital está situado numa zona nobre de Lisboa, circundado por três avenidas principais; Avenida do Brasil, 2^a. circular e Avenida de Roma, situado nas imediações do Aeroporto, na rota dos aviões, está constantemente sujeito a ruídos aéreos, não estando os pavilhões construídos com materiais que permitem o isolamento acústico.

Cada uma das avenidas possui pontos de entrada e saída (acessos) amplas do Hospital para viaturas e peões.

A área hospitalar vai até aos 17 hectares, projectando-se em coordenadas rectangulares dominantes da paisagem, com ruas (acessos) amplas, como segmentos de recta que indicam o sentido em parte do percurso no parque. Lefevre (1983), afirma que a situação labiríntica pode ser associada a um segmento de recta que deverá ser preciso e orientado.

Estas zonas são ligadas por pequenas ruas transversais que originam cruzamentos que os indivíduos oscilam, mas oferecem múltiplas perspectivas de escolha, sendo delimitado lateralmente por muros.

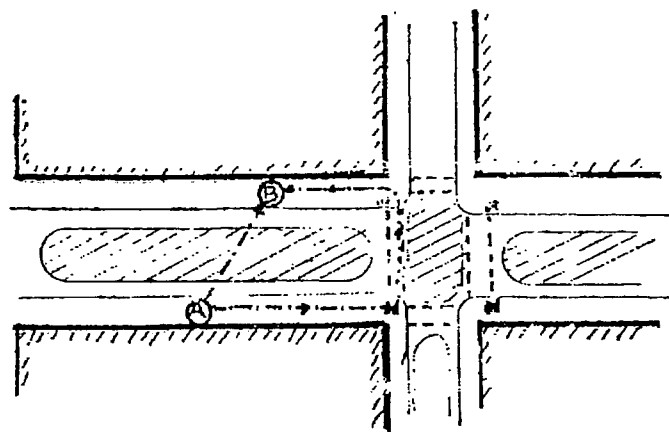


Figura 6: Moles & Rhomer. *Labyrinthes du Vecu*, p. 139

As ruas desembarcam em espaços mais amplos, dando a sensação de pequenas praças onde existem pontos de referência como as urgências e consultas.

As ruas do parque hospitalar, proporcionam micro-acontecimentos, sendo um lugar de passagem são também um lugar de encontros e descobertas. *"A rua cumpre duas funções complementares: circular para ir a qualquer lado, parar para existir num lugar"* Moles(1982). Goffman(1968), citado por Fischer(1994, p.174).

O parque tem grandes extensões ajardinadas com árvores frondosas, algumas de espécie rara, e dispostas com linhas simples de forma simétrica, mas graciosa, com verdura e relva, que convidam ao repouso, imprescindíveis em instituições desta natureza.

O parque do Hospital Júlio de Matos pelas características apresentadas podemos considerá-lo como um espaço labiríntico a três dimensões com espaços geométricos onde o indivíduo se pode mover quer em comprimento como em largura e altura de acordo com o conceito de Moles (1982).

PLANO DE ESTUDO

Numa perspectiva sócio-cultural, a organização é caracterizada por um conjunto de papéis sociais interrelacionados a partir de redes de comunicação.

O Hospital, é entendido como um espaço onde um elevado número de técnicos de saúde, das mais variadas categorias profissionais interagem quotidianamente de forma complementar e articulada, cujos papeis em interacção facilitam ou dificultam a dinâmica das relações interpessoais.

Partindo do pressuposto que "a comunicação é um dos factores fundamentais que sustentam esta articulação entre os profissionais". Surge-nos a seguinte questão de investigação.

Será que o espaço de trabalho influencia o processo de comunicação e as relações interpessoais ?

Um mesmo espaço, não dá lugar à mesma percepção quando se trata de médicos e de enfermeiros, esta percepção, está relacionada com a familiaridade do lugar, Fischer(1994).

Alguns autores, dizem-nos que o conceito de território, designa o uso que fazemos dos lugares segundo os significados psicológicos e culturais. E, que a relação com o espaço é a ocupação de um território com o qual nos podemos identificar.

Neste contexto, parece que os médicos apresentam diferenças significativas na percepção do espaço de trabalho comparativamente aos enfermeiros.

Parece-nos também que existem diferenças significativas na percepção do espaço de trabalho entre as

peçoas do sexo masculino e as do sexo feminino, e que a idade não é um factor de influência nas relações interpessoais. E ainda, que os profissionais com mais tempo de exercício profissional na instituição (antiguidade) são menos influenciados pelo espaço de trabalho.

Assim, consideramos que os profissionais que trabalham nos serviços com características tipo B estabelecem melhores relações interpessoais do que os que trabalham nos serviços com características tipo A. No entanto, as distâncias entre os vários serviços não parecem ter influência neste relacionamento.

Em função destas variáveis procuraremos verificar qual a percepção do espaço do Hospital Júlio de Matos, mais favorável às relações interpessoais, dos médicos e dos enfermeiros.

MÉTODO

Se considerarmos que um design de investigação tem como principais elementos: a identificação do tipo de estudo, a definição de variáveis, a escolha da população e tipo de amostragem, a determinação dos instrumentos de colheita de dados e as estratégias para a sua análise, apresentamos os procedimentos metodológicos adoptados, tendo em conta a problemática, o enquadramento teórico, os objectivos e as linhas orientadoras do estudo.

Propomos assim, a realização de um estudo transversal (os fenómenos em estudo são colhidos num momento estático), explorativo, descritivo e analítico com a finalidade de obter um maior número de informações, sobre a influência do espaço nas relações interpessoais.

GIL(1989, p.46) diz-nos que: *"as pesquisas descritivas têm como objectivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenómeno"*.

As consultas bibliográficas realizadas mostraram-nos que nos estudos do tipo qualitativo e quantitativo a descrição

da técnica de colheita de dados é uma etapa importante no processo de pesquisa, e a escolha do tipo de pesquisa depende de vários factores, sendo o primeiro o nível de conhecimentos que o pesquisador quer estudar.

Dado a inexistência de estudos sobre a influência do espaço físico nas relações interpessoais dos médicos e enfermeiros, pretendemos desenvolver um estudo sobre as percepções dos profissionais nesta área que desconhecemos, e que não se encontra estudada em Portugal.

Assim tendo como objectivo o estudo do espaço hospitalar na sua globalidade, no que respeita à caracterização do espaço físico e a sua percepção por parte dos profissionais, foi efectuado um trabalho conjunto com uma colega.

Foi seleccionado apenas um hospital psiquiátrico - Hospital Júlio de Matos, devendo-se à dimensão do estudo, e com base nos sentimentos e percepção pessoal, na acessibilidade de colheita de dados, assim como, na previsível reestruturação funcional da instituição em causa.

Em função da dimensão do estudo e tendo em conta a metodologia utilizada, optámos por utilizar como instrumentos

de pesquisa: a análise documental/observação, o questionário e a entrevista.

Procedimentos

Com a finalidade de obter informações sobre os parâmetros pertinentes específicos a esta instituição e elaboração do design e dos respectivos instrumentos de colheita de dados, procedeu-se à realização de entrevistas totalmente não estruturadas a 10 sujeitos (que directamente colaboraram no processo de integração à instituição).

POLIT et all(1985-p.166) argumentam que este tipo de entrevistas são utilizadas quando "...o pesquisador inicia sem uma visão preconcebida do conteúdo específico ou fluxo de informação que serão colectadas. A meta destas entrevistas é a elucidação das percepções que os respondentes possuem acerca do mundo, sem que lhe seja imposta a visão do mundo do pesquisador".

Com a finalidade de obter autorização solicitada através de ofício (anexo II), para a realização do estudo no Hospital Júlio de Matos, procedeu-se a uma reunião com a Senhora Enfermeira Directora Arminda Namora, membro do

Conselho de Administração, em que foram explicitados os objectivos do nosso estudo.

Para a realização do pré-teste, foi seleccionado o Hospital Sobral Cid, em Coimbra, cujos contactos para a obtenção da autorização foram efectuados através do Enfermeiro Supervisor, que promoveu uma reunião com o Conselho de Administração, com a finalidade de explicar o nosso estudo e respectivo instrumento de colheita de dados.

Foram posteriormente efectuadas reuniões com a Directora Clínica e com os Enfermeiros Chefes dos vários serviços do Hospital Júlio de Matos, com a intenção de informar sobre a natureza do estudo e respectiva deslocação aos serviços, para a aplicação dos instrumentos de colheita de dados.

Decidiu-se efectuar o estudo em serviços de internamento, e pretendeu-se que os profissionais representassem serviços com características diferentes de "espaço de trabalho".

Para não limitar os sujeitos nas respostas e garantir o anonimato, decidiu-se codificar a variável serviço, conforme a descrição Tipo A e Tipo B, de acordo com o Quadro 1,

efectuada após a análise documental e justificada no capítulo da caracterização do Hospital.

QUADRO 1: - Distribuição dos serviços pelo tipo de estruturas

Tipo de estruturas	Serviço
A	10, 11, 20, 21, 30 e 31
B	1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7

Aplicamos os questionários aos médicos e enfermeiros que se encontravam no exercício das suas funções no período das duas semanas de Julho, ficando automaticamente excluídos os ausentes, independentemente da causa (férias, doença, etc.). Foram entregues e recolhidos em mão e em envelope fechado, garantindo o sigilo e o anonimato das respostas e dos sujeitos.

Com a finalidade de compreender e analisar a percepção que os médicos e enfermeiros têm relativamente ao espaço do Hospital Júlio de Matos, foram efectuados entrevistas durante o mês de Outubro de 1996. Nesta segunda fase construímos uma sub-amostra ($n = 33$). Os sujeitos foram seleccionados aleatoriamente de forma simples e probabilística

entre os que haviam respondido ao questionário, cabendo-lhes, assim, a mesma probabilidade de selecção.

Sujeitos

Distribuíram-se 183 questionários a médicos e enfermeiros, no período das duas semanas de Julho dos quais se recolheram 138 (75,4%), correspondendo a 103 questionários passíveis de tratamento estatístico.

Salientamos por este facto a necessária relativização face à representatividade dos resultados.

Da caracterização dos sujeitos do nosso estudo, 81 (78,6%) são enfermeiros com uma média de idades de 40,69 anos e 11,94 anos de média de antiguidade (tempo de exercício na instituição); e 22 (21,4%) são médicos com idade média de 44,68 anos cuja média de antiguidade (tempo de exercício na instituição) é de 14,09 anos.

Relativamente ao sexo, a sua distribuição por categoria profissional diz-nos que nos enfermeiros predomina o sexo feminino com 51 (49,5%) sujeitos e que nos médicos a sua distribuição é semelhante .

Instrumento de Colheita de Dados

Como a nossa finalidade foi a realização de um estudo exploratório, descritivo e analítico e tendo em conta a informação recolhida através das entrevistas, as questões formuladas e as variáveis, seleccionámos os instrumentos de colheita de dados que passamos a expôr:

Análise Documental/Observação

O estudo da caracterização do espaço físico Hospitalar, teve por base a análise de peças desenhadas dos projectos de arquitectura e complementada pela observação dos espaços dos respectivos serviços.

Definimos os seguintes critérios de análise:

- análise da concepção arquitectónica
- funcionalidade dos espaços
- medição dos espaços afectos aos serviços e circulações
- distâncias interpavilhonares

Após reunião com o Técnico responsável de Serviço de Instalações e Equipamentos, foram facultadas peças desenhadas (plantas, cortes e alçados), sendo a sua análise efectuada com ajuda de arquitectos e engenheiro civil.

Com a finalidade de podermos verificar e confirmar os espaços nos serviços com as respectivas plantas, foram efectuadas deslocações aos vários pavilhões para observar esta distribuição do espaço, uma vez que as plantas originais datam da construção do hospital.

Questionário

O questionário, é um método relativamente simples de colheita de dados; é necessário menor tempo para o seu preenchimento e permite o anonimato.

Assim, constitui uma preocupação em seguir as orientações preconizadas por Matalon(1992) e Polit(1995), para a construção do questionário ou seja formular as questões de leitura agradável e clara, em que os sujeitos saibam o que se espera deles de modo a estimular a sua colaboração e permitir o anonimato.

A construção do questionário foi baseado nos pressupostos como a revisão de literatura sobre o espaço e relações interpessoais.

O questionário é composto por quatro partes, o seu processo de construção e desenvolvimento levou cerca de seis meses, sendo os procedimentos explicitados em cada parte do questionário, para uma melhor compreensão.

A primeira parte pretende avaliar a percepção que cada indivíduo tem do seu local de trabalho, esta percepção é avaliada através de uma escala de likert, composta por 21 perguntas, em que, os sujeitos se posicionam numa escala de 1 a 5 de acordo com a sua opinião. Esta é uma escala adaptada, de um instrumento utilizado e gentilmente cedido por Fischer.

A escala original foi traduzida e confirmada a tradução pelo método dos juizes (3), e adaptada à realidade do espaço hospitalar psiquiátrico do Hospital Júlio de Matos, em colaboração com uma colega.

Foram retiradas as questões número 2,5 e 10, por estes itens corresponderem a situações inexistentes no hospital, foi ainda alterado o conteúdo da questão 21, por

considerarmos pertinente comparar as várias categorias profissionais.

A segunda parte, é constituída por duas perguntas abertas em que se pede aos sujeitos para mencionarem quatro factores (positivos e negativos) que influenciem as relações interpessoais.

Na terceira parte do nosso questionário, é utilizada uma escala de likert em que, cada sujeito se posiciona na escala de [1-5] de acordo com a opinião de concordo (5) ou discordo (1) e é composta por 29 perguntas.

Esta escala foi elaborada com base nas considerações teóricas mencionadas nos capítulos do enquadramento teórico. Não foi aqui, utilizada nenhuma das escalas existentes sobre relações interpessoais, pois estas, contêm parâmetros que não pretendíamos avaliar. Pretende-se avaliar a percepção das relações interpessoais.

Com a quarta parte, pretende-se a caracterização da nossa população em estudo, no que respeita às variáveis previamente definidas como é o caso do sexo; idade; antiguidade (tempo de exercício profissional na instituição); categoria profissional.

Entrevista Semi-Estruturada

A entrevista foi utilizada com a finalidade de obtermos dados sobre a percepção dos sujeitos relativamente ao espaço.

Cada entrevista tem uma demora média de vinte minutos. Dado o carácter semi-estruturado das entrevistas, não se procedeu a uma rigidez sequencial das questões, sendo o entrevistado reconduzido sempre que se desviava do objectivo do estudo.

O guião da entrevista é composto por nove questões. Foi aplicado um **inquérito gráfico**, com o objectivo de sabermos quais as áreas com quem as pessoas mantêm maior ou menor relacionamento.

É dado a cada sujeito uma planta "muda" do hospital. Sendo solicitado que identifiquem (com diversas cores) as respectivas áreas com diferentes significados.

Validação do Instrumento de Colheita de Dados

No que se refere à validade do instrumento, o questionário foi sujeito à validade de conteúdo, apoiada na validade por consenso, recorrendo a um "grupo de juizes" constituído por quatro elementos conhecedores da Instituição. Analisados os resultados das apreciações, reformulou-se o questionário, mantendo-se a sua estrutura. Efectuámos um pré-teste dos nossos instrumentos de colheita de dados, em população idêntica. Tendo sido aplicado no Hospital Psiquiátrico de Sobral Cid-em Coimbra, por este apresentar espaços físicos semelhantes ao Hospital Júlio de Matos.

Neste Hospital foram distribuídos 40 questionários a médicos e enfermeiros, em 15 de Maio e recolhidos após duas semanas, por razões de disponibilidade, foi definida uma amostra aleatória acidental com a colaboração do enfermeiro Supervisor.

Solicitou-se aos inquiridos, uma apreciação do questionário quanto à forma de apresentação e do conteúdo, com um espaço para apresentarem sugestões de reformulação.

Os dados foram submetidos a tratamento estatístico para avaliar o seu grau de consistência interna. Para este tratamento utilizámos a técnica de metade-metade, que consiste em dividir os sujeitos em duas metades e comparar os resultados dos sujeitos pares com os sujeitos ímpares. Para colmatar as desvantagens deste método, apontadas pelos autores, utilizámos o coeficiente de alpha de Cronbach. Os mesmos autores defendem como sendo o mais correcto para um instrumento com indicadores de escolha múltipla, e ainda referem como valor mínimo para a consistência interna de um instrumento o valor de (.80) de alpha de Cronbach.

Na terceira parte do questionário, constatámos que algumas questões não se encontravam devidamente formuladas. Retiramos duas e reformulamos a linguagem a outras duas.

Previsão do Tratamento Estatístico

Os dados obtidos num estudo de investigação, por si só, não resolvem os problemas nem confirmam as hipóteses, devem ser analisados e processados de forma sistemática, POLIT(1895). Utilizámos assim tratamento estatístico descritivo e analítico nas várias dimensões do estudo.

Assim, para efectuar uma análise descritiva dos vários indicadores, torna-se mais operacional reclassificá-las de forma a poderem ser trabalhadas nos valores da escala original. Procedeu-se ao seguinte cálculo a fim de definir os cinco intervalos, conforme se pode observar no Quadro 2.

QUADRO 2 - Reclassificação pelos scores

Prposições	Scores	Percepções
1	< 1,8	Negativo
2	1,9 - 2,6	
3	2,7 - 3,4	Neutra
4	3,5 - 4,2	Positivo
5	4,3 - 5	

Reforça-se que, para construir as variáveis que medem a percepção do espaço de trabalho e as relações interpessoais, somaram-se as preposições e dividiram-se pelo mesmo número de preposições, proporcionando assim, que a nova variável continuasse a ter um conjunto de valores a oscilar entre um a cinco, que eram os valores da escala original, permitindo comparar os indicadores e as dimensões em análise.

As perguntas formuladas na sua forma invertida, foram reconvertidas para tratamento estatístico.

Os dados obtidos foram tratados manual e informaticamente. O Software utilizado, para a análise e descrição dos resultados foi:

- WORD 6.0 - para processamento de texto
- SPSS (statistical Package for Social Sciences) for Windows, release 6.0 para análise e tratamento estatístico.

O tratamento estatístico por nós utilizado foi:

- Calcular medidas descritivas recorreremos às frequências absolutas, médias e modas, desvio padrão como medida de dispersão.
- Medir a associação das variáveis através do cálculo do coeficiente de correlação r de Pearson.

Foram seleccionados como testes paramétricos:

- Teste de Igualdade de Médias
- Análise de Variância Simples Paramétrica

Para a interpretação dos testes, como regra de decisão admitiu-se um erro máximo de 5% ($\alpha = 0,05\%$).

- Se a probabilidade for ≤ 0.05 aceita-se que existe relação estatisticamente significativa entre as duas variáveis;
- Se a Probabilidade for > 0.05 admite-se que não existe relação estatisticamente significativa entre as duas variáveis.

Relativamente às perguntas abertas do questionário e aos dados recolhidos através das entrevistas, o seu tratamento será analisado através da técnica de análise de conteúdo.

Optámos pela análise temática que como argumenta BARDIN(1977,p.153), "*...é a mais rápida e eficaz na condição de se aplicar a discursos directos (significações manifestas) e simples*".

Assim, utilizou-se como método a análise categorial que consiste em calcular e comparar as frequências dos "termos ou expressões evocados" e previamente agrupadas em categorias, QUIVY(1988).

RESULTADOS

A abordagem realizada ao longo do presente capítulo fundamenta-se no pressuposto de que o "espaço de trabalho" influencia as relações interpessoais dos médicos e enfermeiros num hospital psiquiátrico.

Procurou-se, assim, investigar se as variáveis ligadas a essa temática estariam correlacionadas entre si. Os instrumentos utilizados implicam tratamento e análises diferentes. Considerámos importante proceder à separação dos respectivos instrumentos de colheita de dados.

Nas Tabelas e Figuras que apresentamos no decorrer deste trabalho não será mencionado a data e a fonte, por se reportarem exclusivamente aos dados deste estudo.

Neste estudo analisou-se o nível de desenvolvimento das variáveis dependentes e independentes de modo a permitir um conhecimento mais profundo possível da pesquisa em causa.

A selecção da percepção deve respeitar simultaneamente às exigências de ordem técnica e metodológica. Se, em alguns casos, as características comuns às diferentes manifestações de uma mesma percepção consistem em meras

semelhanças, noutros casos essas características correspondem à existência de um mecanismo único de controlo das diferentes manifestações da percepção.

A apresentação dos dados neste estudo referem-se aos 103 enfermeiros e médicos, salvo em indicações contrárias, o grau de significância a $\alpha=0,05\%$ (sig=prob. $<0,05$).

Com a finalidade de analisar os dados, utilizamos algumas estatísticas descritivas, cujas medidas de tendência central calculadas foram a média, mediana, moda e como medidas de dispersão; o desvio padrão.

No que respeita à orientação das variáveis que medem a percepção do espaço de trabalho e as relações interpessoais, procedeu-se à média dos scores, somaram-se as preposições correspondentes às variáveis "espaço de trabalho" e dividiram-se pelo mesmo número de preposições proporcionando assim à nova variável que continuasse a ter um conjunto de valores a oscilar entre um e cinco, [1-5] que eram os valores da escala original.

Ao pretender-se dar resposta a questão em estudo "Será que o espaço de trabalho influencia o processo de comunicação e as relações interpessoais", procedeu-se à

quantificação das variáveis em estudo. A variável de "espaço de trabalho" na sua globalidade é resultado da soma/divisão das 15 primeiras preposições, como variáveis de confirmação temos os Q (16,17,18). Será efectuada uma análise factorial em relação à escala do "espaço de trabalho".

Em termos da variável das "relações interpessoais" procedeu-se de igual modo a quantificações na globalidade pela soma e divisão do total dos itens da escala. Salienta-se, ainda, que esta última é também analisada de acordo com os factores. Efectuamos também análise factorial de acordo com o descrito no capítulo de metodologia.

Como os resultados analisados não permitiram obter valores inteiros, tivemos necessidade de proceder à reclassificação da escala, com a finalidade de definir os cinco intervalos conforme o quadro descrito no capítulo da metodologia.

Com vista a medir a intensidade e o sentido da associação entre as variáveis utilizamos o cálculo do coeficiente de correlação bicaudal r de Pearson.

Caracterização dos Sujeitos

Ao analisarmos a Tabela 1 podemos constatar que a nossa população em estudo é composta por 62(60,2%) sujeitos do sexo feminino, e 41(39,8%) do sexo masculino. A predominância etária situa-se entre 30-49 anos.

Tabela 1 - Distribuição dos sujeitos por sexo e idade

Escalões etários (Anos)	Sexo					
	Feminino		Masculino		N	%
	n	%	n	%		
< 30	10	9,7%	8	7,8%	18	17,5%
30 - 39	18	17,5%	13	12,6%	31	30,1%
40 - 49	15	14,6%	7	6,8%	22	21,4%
≥ 50	19	18,4%	13	12,6%	32	31,1%
N	62	60,2%	41	39,8%	103	100,0%

Pela observação do Tabela 2, podemos verificar que a nossa amostra é constituída por 62(60,2%) sujeitos do sexo feminino dos quais 11(10,7%) são médicos e 51(49,5%) de enfermeiros sendo 41(39,8%) do sexo masculino correspondendo a 11(10,7%) médicos e 30(29,1%) enfermeiros.

Tabela 2 - Distribuição dos sujeitos por sexo e categoria profissional

Sexo	Categoria Profissional					
	Médicos		Enfermeiros		N	%
	n	%	n	%		
Feminino	11	10,7%	51	49,5%	62	60,2%
Masculino	11	10,7%	30	29,1%	41	39,8%
N	22	21,4%	80	78,6%	103	100,0%

Na Tabela 3 e Figura 7, no agrupamento por tipo de serviço, podemos observar que dos 81(78,6%) dos enfermeiros, 42(40,8%) exercem funções em estruturas físicas do Tipo B (sete serviços). Dos 22(21,4%) médicos, 15(14,6%) exercem a sua actividade em serviços com estruturas físicas do Tipo A (seis serviços). Verificamos ainda que o serviço tipo A, tem uma maior percentagem de sujeitos 54(52,4%).

Tabela 3: Distribuição dos sujeitos por categoria profissional e tipo de serviço

Tipo de Serviço	Categoria Profissional					
	Médicos		Enfermeiros		N	%
	n	%	n	%		
A	15	14,6%	39	37,9%	54	52,4%
B	7	6,8%	42	40,8%	49	47,6%
N	22	21,4%	81	78,6%	103	100,0%

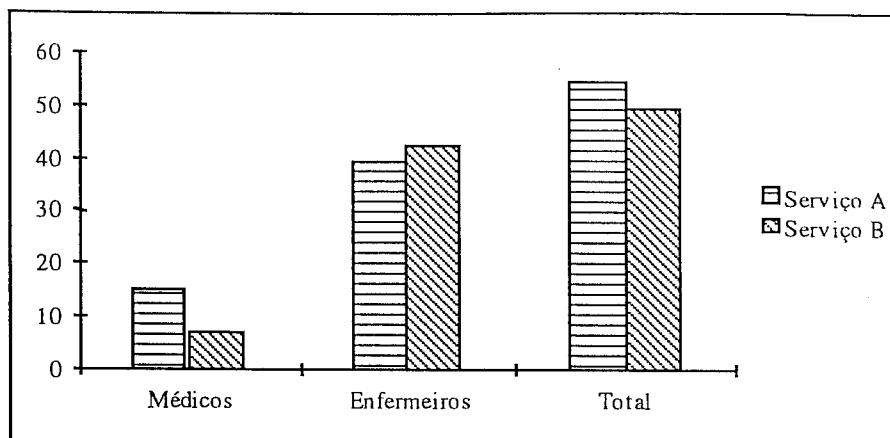


Figura 7: Distribuição dos sujeitos por categoria profissional e tipo de serviço

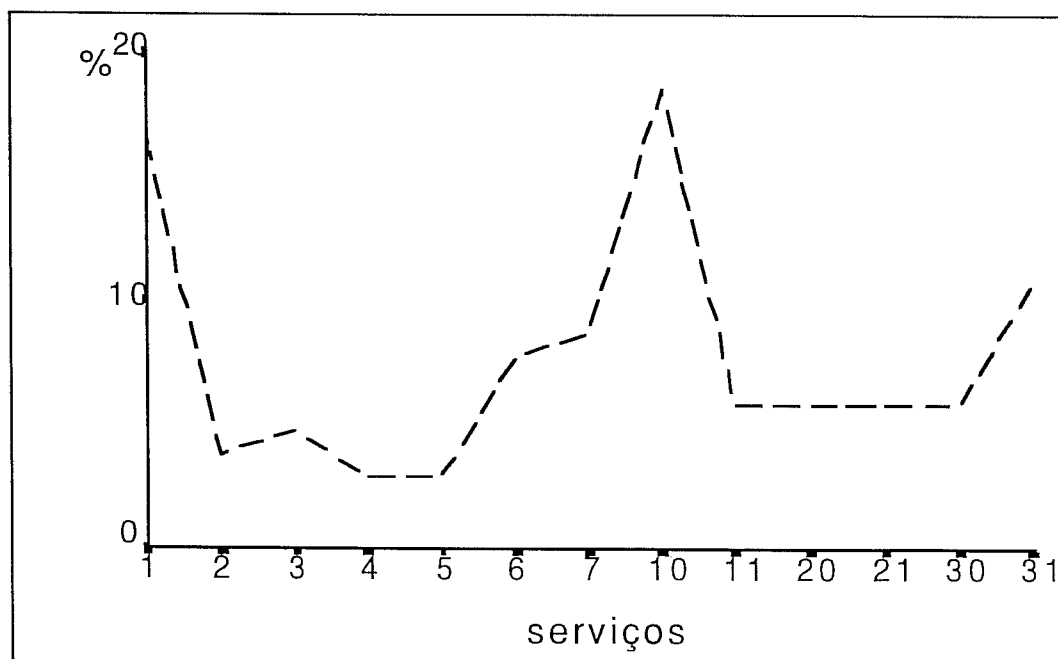


Figura 8: Distribuição dos médicos e enfermeiros pelos serviços

Através da análise da distribuição dos sujeitos do nosso estudo, podemos constatar na figura 8 uma variabilidade dos mesmos pelos serviços, correspondendo a uma maior percentagem dos sujeitos nos serviços 1,10,31 (codificados).

No agrupamento por tipo de serviço, observamos que o serviço de estrutura Tipo A (seis serviços), tem uma maior percentagem 54(52,4%) relativamente ao Tipo B (sete serviços) com 49(47,6%).

Salientamos que, as escalas seleccionadas que medem as percepções dos médicos e enfermeiros em relação ao espaço físico de trabalho e as relações interpessoais, foram aplicadas pela primeira vez num contexto hospitalar Português, razão pela qual, procederemos à validação e descrevemos separadamente.

Pela observação da Tabela 4 podemos constatar que existe predominância de antiguidade (tempo de exercício profissional) na instituição há mais de cinco anos independentemente do sexo.

Tabela 4 -Distribuição dos sujeitos por sexo e antiguidade

Antiguidade (Anos)	Sexo					
	Feminino		Masculino		N	%
	n	%	n	%		
< 1	9	8,7%	13	12,6%	22	21,4%
2 - 4	10	9,7%	6	5,8%	16	15,5%
5 - 10	16	15,5%	10	9,7%	26	25,2%
> 10	27	26,2%	12	11,7%	39	37,9%
N =	62	60,2%	41	39,8%	103	100,0%

A visualização da Tabela 5 através da análise das medidas descritivas revela que a média de idades é superior nos médicos (44,68 anos) do que nos enfermeiros (40,69 anos) cuja amplitude é superior e o valor mediano idêntico, assim como, apresentam uma média superior relativamente à antiguidade (14,09 anos) nos médicos.

Tabela 5: Medidas descritivas para a idade e antiguidade segundo a categoria profissional

GRUPOS	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Médicos					
Idade	44,68	39,50	11,55	32,00	65,00
Antiguidade	14,09	9,50	11,18	3,00	40,00
Enfermeiros					
Idade	40,69	40,00	11,89	22,00	64,00
Antiguidade	11,94	8,00	11,83	,00	36,00

Pela observação da Tabela 6 e através da análise as medidas descritivas podemos constatar que a média de idade é superior nos serviços com estrutura Tipo B (41,86 anos) em relação aos serviços do Tipo A (41,26 anos), enquanto que a antiguidade (tempo de exercício na instituição) é de 12,69 anos para Tipo A relativamente ao Tipo B com 12,08 anos.

Tabela 6: Medidas descritivas para a idade e antiguidade segundo tipo de serviço

TIPO DE SERVIÇO					
	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Tipo A					
Idade	41,26	39,50	11,96	22,00	64,00
Antiguidade	12,69	9,00	11,11	1,00	32,00
Tipo B					
Idade	41,86	40,00	11,90	22,00	65,00
Antiguidade	12,08	6,00	12,38	1,00	40,00

Espaço de Trabalho

Considerando que a escala que avalia o espaço de trabalho é uma tradução e adaptação de escala utilizada por Fischer, procederemos à sua validação para o contexto do Hospital Júlio de Matos.

A variável "espaço de trabalho", na sua globalidade é o resultado da média das 15 primeiras proposições, os itens (16,17,18), funcionam como variáveis de confirmação.

Verificamos então que o valor de alpha de Cronbach é de .90 para os primeiros 15 itens e que para os itens totais da escala é de $\alpha = .89$.

Na análise das componentes principais por rotação Varimax, verificamos a extracção de cinco factores cujos valores próprios (7,2; 2,7; 1,9; 1,2; 1,0) explicam res-

pectivamente uma variância total de 70,4%, cujos factores são a satisfação no trabalho, ruídos, temperatura, influência do espaço nas relações interpessoais e luminosidade.

Podemos observar no Quadro 3 a saturação dos itens nos respectivos factores. Verificamos que à excepção dos itens 3 e 16, todos os itens apresentam uma saturação superior a .50.

Quadro 3: Valores da análise das componentes principais do espaço de trabalho

ESPAÇO DE TRABALHO					
Itens	F1	F2	F3	F4	F5
10	.75				
11	.79				
12	.79				
13	.77				
16	.48				
17	.58				
5		.78			
6		.72			
7		.79			
8		.75			
1			.86		
2			.84		
3			.49		
4			.50		
18a				.86	
18b				.91	
18c				.85	
9					.82
14					.84
15					.52
Valores					
Próprios	7,23	2,68	1,90	1,24	1,02
Variância explicável	36,2	13,4	9,5	6,2	5,1
Variância Total					70,4%

NOTA: F1 = Satisfação no Trabalho; F2 = Ruídos; F3 = Temperatura; F4 = Influência do espaço nas relações interpessoais; F5 = Luminosidade

Tendo em conta os valores de alpha, os valores próprios, a saturação factorial e a variância total, podemos considerar os cinco factores para tratamentos estatísticos futuros.

Tabela 7: Correlação das dimensões do Espaço de Trabalho

	ESPAÇO DE TRABALHO				
	Satisf.	Ruídos	Temp.	Infl. Esp.	Lumin.
Satisf.	----				
Ruídos	,5125**	----			
Temp.	,5956**	,1730*	----		
Infl. Esp.	,1205	,2017*	-,0285	----	
Lumin.	,6306**	,3874**	,4788**	,0144	----
Espaço	,9090**	,6884**	,7153**	,0964	,7500**

NOTA: * P<.05; ** P<.01 Satisf. = Satisfação no trabalho; Temp = Temperatura; Infl. Esp. = Influência do Espaço nas relações interpessoais; Lumin. = Luminosidade.

Podemos verificar que a variável do espaço de trabalho apenas não se correlaciona com o factor "influência do espaço" nas Relações Interpessoais e que esta apenas se associa simultaneamente ao factor ruídos.

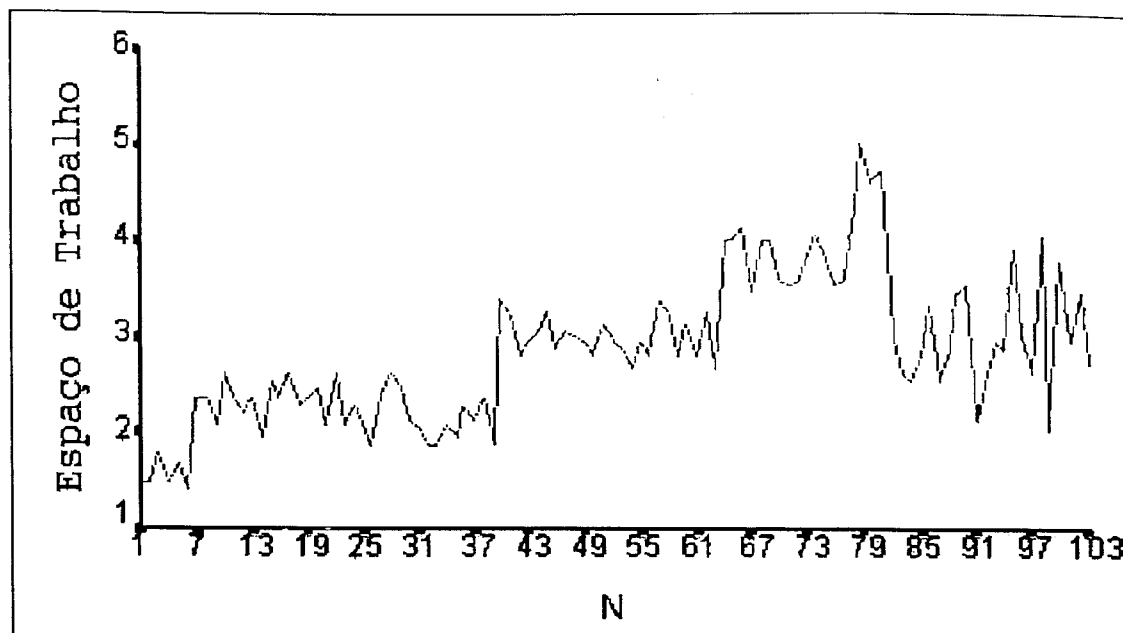


Figura 9: Comportamento médio dos sujeitos relativamente ao espaço de trabalho

Atendendo como score neutro $[2,6-3,4]$, correspondendo às posições indecisas, podemos visualizar na Figura 9 a esquematização o comportamento médio dos sujeitos relativamente à percepção que têm do seu espaço de trabalho. Podemos constatar que 75% se situam em valores inferiores a 3,4, sendo respectivamente (2,84; 2,80; 2,60; 0,76) os valores de média, mediana, moda e desvio padrão, para uma amplitude $[1,4-5,0]$, como se pode observar na Tabela 8 e 9.

Tabela 8: Medidas descritivas para a variável espaço de trabalho

ESPAÇO DE TRABALHO				
	Média	Moda	Mediana	DP
Satisf.	2,8	3,5	2,8	1,1
Ruídos	2,6	2,0	2,5	.97
Temp.	2,9	2,3	2,7	.94
Infl. Esp.	3,2	3,0	3,0	1,0
Lumin.	3,2	3,0	3,0	.93
Espaço	2,8	2,6	2,8	.76

Nota: Satisf. = Satisfação no trabalho; Temp. = Temperatura;
 Infl. Esp. = Influência do Espaço nas relações interpessoais;
 Lumin = Luminosidade

Tabela 9 : Medidas descritivas da variável espaço

ESPAÇO DE TRABALHO				
	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
item 16	3,02	1,24	1,0	5,0
item 17	2,89	1,18	1,0	5,0
item 18 a	3,23	1,13	1,0	5,0
item 18 b	3,02	1,18	1,0	5,0
item 18 c	3,36	1,13	1,0	5,0
Espaço	2,84	.77	1,4	5,0

Deduzimos através dos itens de confirmação da variável espaço de trabalho que os scores médios são idênticos para qualquer item.

Tabela 10: Valores de r para as variáveis independentes e a variável espaço

ESPAÇO DE TRABALHO				
	Idade	Sexo	Antiguidade	Tipo Serv.
Idade	----			
Sexo	-,0375	----		
Antiguidade	,7759**	-,1323	----	
Tipo Serv.	,0293	-,0197	-,0263	----
Espaço	-,0152	-,1125	,0518	,1522

Nota: ** p<.01; * p<.05

Realizado o teste de correlação r de Pearson podemos verificar na Tabela 10 que a variável que mede o espaço de trabalho, não se encontra associada a qualquer das variáveis independentes de caracterização, no entanto, para uma melhor compreensão da variável espaço de trabalho procederemos à realização de outros testes estatísticos.

Assim, realizamos o Teste de Igualdade de Médias para comparar as variáveis que se encontravam dicotomizados.

Tabela 11: Medidas descritivas e valores de t , para o espaço de trabalho e variáveis independentes

	ESPAÇO DE TRABALHO				
	n	Média	Desvio Padrão	t	p .
Categoria					
Profissional					
Médicos	22	2,99	.55	.306	.038
Enfermeiros	81	2,80	.81		
Sexo					
Feminino	62	2,91	.77	.256	.78
Masculino	41	2,73	.75		
Tipo de Serviço					
Tipo A	54	2,95	.73	.126	.48
Tipo B	49	2,72	.79		

Verificamos pela Tabela 11 que apesar do sexo feminino apresentar um valor médio ligeiramente superior, as diferenças de percepção do espaço de trabalho não são estatisticamente significativas ($t=.256$ $p>.05$). Assim como, não são significativas as diferenças de percepção do espaço de trabalho no que se refere aos tipos de serviço apesar de ser o Tipo A que apresenta um score médio ligeiramente superior (2,95; 2,72).

Relativamente à categoria profissional podemos deduzir que existem diferenças estatisticamente significativas ($t=306$; $p=.038$), isto vai de encontro ao preconizado por Fischer que diz que os médicos apresentam diferentes

percepções do espaço de trabalho comparativamente aos enfermeiros.

Realizou-se, ainda, a análise de variância para compararmos os scores médios do espaço de trabalho com as variáveis grupo etário e antiguidade.

Tabela 12: valores F, média e desvio padrão para a percepção do espaço por grupo etário e antiguidade.

ESPAÇO DE TRABALHO				
Grupo Etário	n	Média	Desvio Padrão	F
<30 anos	18	2,80	.67	
30-30 anos	31	2,92	.80	
40-49 anos	22	2,79	.80	
50- + anos	32	2,93	.79	,1658
Antiguidade				
<1 ano	22	3,04	.68	
2-4 anos	16	2,53	.45	
5-10 anos	26	2,71	.80	
+10 anos	39	2,94	.85	1,9120

Nota: p não significativo

Verificamos na tabela 12, que não existem diferenças significativas para o grupo etário e antiguidade (F=,1658; 1,912 para p. não significativo).

Relações Interpessoais

Considerando que a escala que mede as relações interpessoais foi uma escala inicialmente por nós construída,

como tal, é a primeira vez que se aplica num contexto Hospitalar. Os resultados do pré-teste apresentavam consistência interna. No entanto, procederemos à sua validação tendo em consideração o número de sujeitos ($n=40$).

A variável das "relações interpessoais" é quantificada na sua globalidade pela média total dos itens da escala.

A validação das suas qualidades métricas obedece a idêntico procedimento ao que foi efectuado para a escala de espaço de trabalho. A determinação do alfa de Cronbach diz-nos que para os itens totais da escala $0 \leq .73$.

A análise das componentes principais por rotação Varimax traduzem a saturação dos itens em quatro factores, cujos valores próprios (6,6; 3,6; 1,9; 1,6) explicam uma variância total de 47,7% como podemos observar no Quadro 4 para os factores relacionamento, circuito, conteúdo e grupos. Quanto aos valores próprios, quanto ao coeficiente de alpha corespondem aos valores que os investigadores preconizam.

Consideramos os quatros factores para tratamento estatístico, tendo por base os valores próprios e o coeficiente de alpha.

Quadro 4: Valores da análise das componentes principais das relações interpessoais

RELAÇÕES INTERPESSOAIS				
Itens	Relaciona- mento	Circuito	Conteúdo	Grupos
1	.55			
2	-.54			
4	.64			
6	-.37			
17	.52			
18	.74			
19	.63			
20	.79			
24	.64			
27	.74			
29	.50			
5		.69		
8		.65		
9		.57		
11		.46		
14		.64		
15		.56		
16		.72		
22		.45		
26		.64		
7			-.54	
13			.44	
21			.63	
23			-.34	
25			.44	
28			.46	
3				.70
10				.73
12				.41
Valores Próprios	6,6	3,6	1,9	1,6
Variância explicável	22,9	12,4	6,8	5,6
Variância Total				47,7%

A observação do Quadro 5 indica-nos que os profissionais (N=103) do Hospital Júlio de Matos, consideram que existe um relacionamento tendencialmente positivo, pois cerca de 50% destes sujeitos posicionam-se num valor superior ou igual a três.

O item 17 encontra-se trabalhado na sua forma invertida, pelo que, exige um maior cuidado na análise dos seus dados. No entanto, podemos deduzir que 52(50,5%) dos sujeitos se consideram aceites pelo grupo.

Quadro 5 : Relacionamento: Distribuição dos sujeitos pelos Itens

RELACIONAMENTO					
Itens	1 Discordo	2	3	4	5 Concordo
1. O processo / programa integração de novos elementos contribui para melhorar as relações interprofissionais	5(4,9)	13(12,6; 17,5)	18(17,5; 35,0)	18(17,5; 52,4)	49(47,6)
2. As pessoas estão sempre disponíveis para ajudar o novo elemento.	22(21,4)	17(16,5; 37,9)	35(34; 71,8)	18(37,5; 89,3)	11(10,7)
4. Existe bom nível de relacionamento entre os profissionais	4(3,9)	17(16,5; 20,4)	42(40,8; 61,2)	24(23,3; 84,5)	16(15,5)
6. As pessoas têm interesse pessoal umas nas outras	17(16,5)	30(29,1; 45,6)	30(29,1; 74,8)	15(14,6; 89,3)	11(10,7)
17. Frequentemente sou rejeitado pelo grupo	6(5,8)	6(5,8; 11,7)	16(15,5; 27,2)	23(22,3; 49,5)	52(50,5)
18.A minha opinião é valorizada pelos elementos do meu grupo profissional	5(4,9)	15(14,6; 19,4)	30(29,1; 48,5)	37(35,9; 84,5)	16(15,5)
19.Os outros grupos profissionais valorizam as minhas opiniões	2(1,9)	14(13,6; 15,5)	38(36,9; 52,4)	34(33,0; 85,4)	15(14,6)
20. A percepção dos outros técnicos é-lhe favorável	3(2,9)	12(11,7; 14,6)	28(27,2; 41,7)	42(40,8; 82,5)	18(17,5)
24. As relações interpessoais são influenciadas pelo processo de comunicação	2(1,9)	13(12,6; 14,6)	15(14,6; 29,1)	38(36,9; 66,0)	35(34,0)
27. A interpretação da mensagem é frequentemente incorrecta	3(2,9)	7(6,8; 9,7)	27(26,2; 35,9)	27(26,2; 62,1)	39(37,9)
29. Os problemas pessoais são entendidos e respeitados	11(10,7)	15(14,6; 25,2)	38(36,9; 62,1)	23(21,4; 83,5)	17(16,5)

Nota: No quadro deve ler-se n(%; %cum) - frequência e percentagem; percentagem acumulada.

No que se refere ao circuito de comunicação, Quadro 6 cerca de 29,1% dos sujeitos referem que a comunicação não é transparente (item 22) nem são respeitados os respectivos circuitos 25,2% (item 26).

Deduzimos ainda que não se promoveram nem se desenvolveram trabalhos conjuntos quer interprofissionais quer entre os serviços.

Quadro 6 : Circuito de comunicação. Distribuição dos sujeitos pelos Itens

CIRCUITO DE COMUNICAÇÃO					
Itens	1 Discordo	2	3	4	5 Concordo
5. Habitualmente discutem-se todas as questões e situações do dia a dia	13(12,6)	18(17,5; 30,1)	15(14,6; 44,7)	34(33,0; 77,7)	23(22,3)
8. Promove-se o trabalho conjunto entre médicos e enfermeiros	22(21,4)	27(26,2; 47,6)	28(27,2; 74,8)	15(14,6; 89,3)	11(10,7)
9. Desenvolvem-se trabalhos entre serviços	49(47,6)	24(23,3; 70,9)	11(10,7; 81,6)	5(4,9; 86,4)	14(13,6)
11. As pessoas são autênticas/francas em relação aos seus sentimentos	16(15,5)	26(25,2; 40,8)	44(42,7; 83,5)	12(11,7; 95,1)	5(4,9)
14. São frequentes as reuniões interprofissionais	24(23,3)	17(16,5; 39,8)	29(28,2; 68,0)	16(15,5; 83,5)	17(16,5)
15. Encontro-me com os meus colegas fora do local de trabalho	36(35,0)	22(21,4; 56,3)	23(22,3; 78,6)	13(12,6; 91,3)	9(8,7)
16. Existe a preocupação de promover oconvívio entre os serviços	33(32,0)	27(26,2; 58,3)	20(19,4; 77,7)	13(12,6; 90,3)	10(9,7)
22. Comunicação é transparente	14(13,6)	16(15,5; 29,1)	34(33,0; 62,1)	22(21,4; 83,5)	17(16,5)
26. Os circuitos de comunicação não são respeitados	13(12,6)	13(12,6; 25,2)	30(29,1; 54,4)	30(29,1; 83,5)	17(16,5)

Nota: No quadro deve ler-se n(%; %cum) - frequência (percentagem; percentagem acumulada)

Podemos constatar na análise do quadro 7 que 76,7% dos inquiridos referem que não "existe dificuldade na comunicação entre médicos e enfermeiros", talvez justificado pela prática de "critica construtiva" por 98,3% dos sujeitos que se posicionam nas preposições superiores ou iguais a três.

Quadro 7: Conteúdo de mensagem. Distribuição dos sujeitos pelos Itens

CONTEÚDO DA MENSAGEM					
Itens	1 Discordo	2	3	4	5 Concordo
7. As pessoas raramente se juntam após o trabalho	17(16,5)	10(9,7; 26,2)	28(27,2; 53,4)	22(21,4; 74,8)	26(25,2)
13. As pessoas criam problemas por não expressarem os seus sentimentos.	21(20,4)	21(20,4; 40,8)	38(36,9; 77,7)	12(11,7; 89,3)	11(10,7)
21. Existe dificuldade de comunicação entre médicos e enfermeiros	11(10,7)	28(27,2; 37,9)	40(38,8; 76,7)	15(14,6; 91,3)	9(8,7)
23. A dificuldade de comunicação não interfere na harmonia do serviço	9(8,7)	18(17,5; 26,2)	23(22,3; 48,5)	25(24,3; 72,8)	28(27,2)
25. Existe a prática de diálogo com critica construtiva	14(13,6)	32(31,1; 44,7)	34(33,0; 77,7)	14(36,6; 91,3)	9(8,7)
28. Estou sempre atento ao conteúdo da mensagem	11(10,7)	29(28,2; 38,8)	30(29,1; 68,0)	26(25,2; 93,2)	7(6,8)

Nota: No quadro deve ler-se n(%; %cum) - frequência (percentagem; percentagem acumulada)

Ao analisar o quadro 8, sobre as respostas dos sujeitos ao item 3 "há tendência para se formarem sub-grupos de profissionais", constatamos que existe uma predominância na concordância no qual podemos verificar que 73,8% se situam em posições inferiores ou iguais a três.

No item 10 "os trabalhos conjuntos desenvolvem-se entre pessoas que se conhecem à mais tempo" deduzimos também, que os sujeitos atribuem uma pontuação inferior ou igual a três.

Quadro 8 : Grupos: Distribuição dos sujeitos pelos itens

GRUPOS					
Itens	1 Discordo	2	3	4	5 Concordo
3. Há tendência para se formarem sub-grupos de profissionais	8(7,8)	16(15,5; 23,3)	27(26,2; 49,5)	25(24,3; 73,8)	27(26,2)
10. Os trabalhos conjuntos desenvolvem-se entre as pessoas que se conhecem à mais tempo	10(9,7)	18(17,5; 27,2)	37(35,9; 63,1)	21(20,4; 83,5)	17(16,5)
12. As pessoas falam com frequência dos seus problemas pessoais	8(7,8)	32(31,1; 38,8)	43(41,7; 80,6)	10(9,7; 90,3)	10(9,7)

Nota: No quadro deve ler-se n(%; %cum) = frequência (percentagem; percentagem acumulada)

O comportamento médio dos sujeitos, observável na Figura 10, traduz um posicionamento dos mesmos nos valores intermédios (neutros) da escala, ou seja, assumem uma posição indefinida no que se refere às relações interpessoais.

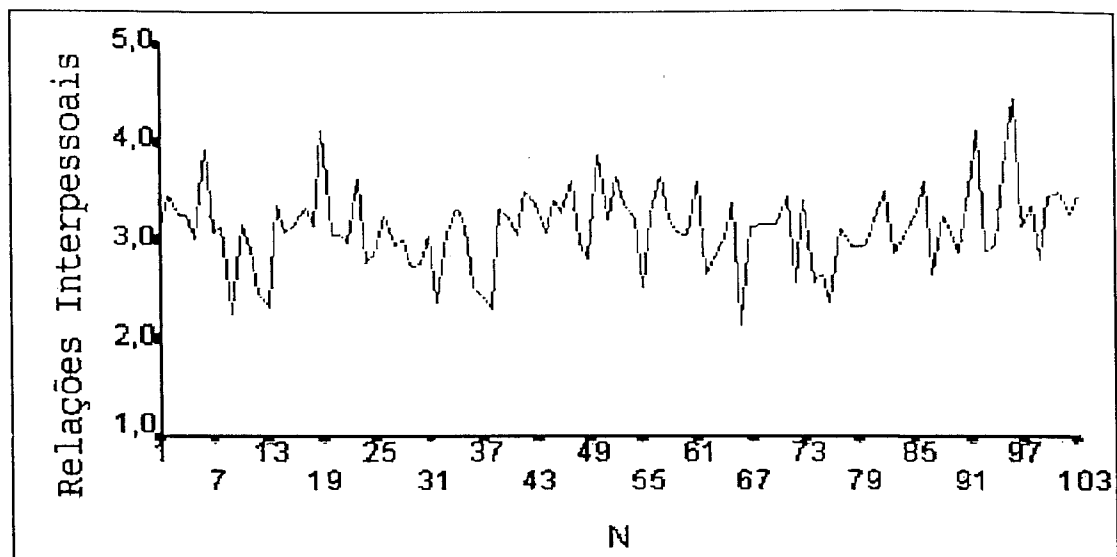


Figura 10: Comportamento médio dos sujeitos relativamente às relações interpessoais

As medidas descritivas na Tabela 13 revelam que o valor n para as dimensões são (3,38; ,67; 3,27; 3,04; 3,12) respectivamente para os factores relacionamento, circuito, conteúdo, grupos e relações interpessoais, correspondendo desvios padrão de (.48; .80; .49; .64 e .41) respectivamente.

Tabela 13: Medidas descritivas para as dimensões das relações interpessoais

RELAÇÕES INTERPESSOAIS				
	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Relacionamento	3,38	.48	2,0	4,3
Circuito	2,67	.80	1,1	5,0
Conteúdo	3,27	.49	2,0	4,7
Grupos	3,04	.64	1,5	5,0
RI	3,12	.41	2,1	4,4

Nota: RI = Relações Interpessoais.

Demonstramos a associação existente entre as várias variáveis da escala das relações interpessoais.

Verificamos na Tabela 14, que todas as dimensões se correlacionam com a variável Relações Interpessoais, no entanto, a variável Grupos, não se associa significativamente com as variáveis relacionamento e circuito.

Tabela 14: Correlação das dimensões das Relações Interpessoais

	Relacionamento	Circuito	Conteúdo	Grupos
Relacionamento	----			
Circuito	,3155**	----		
Conteúdo	,4028**	,3870**	----	
Grupos	,1074	,1126	,1957*	----
RI	,7355**	,7966**	,6751**	,3703**

Nota: *p.<.05 **p.<.01 RI = Relações Interpessoais

Pretendemos demonstrar a associação existente entre a escala e as variáveis independentes, efectuando o teste de correlação bicaudal de r de Pearson. Verificamos que não existem associações significativas entre a variável relações interpessoais e qualquer das variáveis independentes, Quadro 9, de caracterização dos nossos sujeitos.

Quadro 9: Correlação r de Pearson para as variáveis de caracterização e a variável relações interpessoais

	Sexo	Cat. Prof.	Grupo Etário	Antiguidade
Relações Interpessoais	,0434	-,2452**	,0987	,0506

Nota: *p.<05 **p.<.01, Cat. Prof. = Categoria Profissional

Apesar dos resultados, efectuaram-se outros testes estatísticos, para observamos o comportamento dos nossos sujeitos perante a variável relações interpessoais.

Tabela 15: Média, Desvio Padrão e valores de t para as relações interpessoais e sexo

	RELAÇÕES INTERPESSOAIS				t	p.
	Feminino (n=62)		Masculino (n=41)			
	Média	DP	Média	DP		
Relaciona.	3,34	,51	3,45	,44	.226	.359
Circuito	2,73	,77	2,60	,86	.420	.475
Conteúdo	3,24	,44	3,32	,56	.436	.087
Grupos	3,00	,67	3,10	,59	.459	.602
RI	3,10	,41	3,14	,43	.667	.765

Nota: DP = Desvio Padrão; RI = Relações Interpessoais
Relacion. = Relacionamento

Podemos deduzir na Tabela 15 que apesar de existirem algumas diferenças na média dos scores atribuídos às várias

dimensões das relações interpessoais, estas diferenças não são estatisticamente significativas para o sexo feminino e masculino.

Tabela 16: Média , Desvio Padrão, valores t para as relações interpessoais e categoria profissional

RELAÇÕES INTERPESSOAIS						
	Médicos (n=22)		Enfermeiros(n=81)		t	p.
	Média	DP	Média	DP		
Relacion.	3,60	,42	3,32	,48	.012	.268
Circuito	2,77	,89	2,65	,78	.567	.599
Conteúdo	3,46	,58	3,22	,46	.080	.175
Grupos	3,38	,57	2,95	,63	.005	.260
RI	3,31	,44	3,06	,39	.025	.503

Nota: DP - Desvio Padrão; RI = Relações Interpessoais
Relacion. = Relacionamento

Verificamos pelo Teste de Igualdade de Médias que não existem diferenças significativas para as relações interpessoais, apesar de serem os médicos que atribuem scores médios ligeiramente superiores para qualquer das dimensões , Tabela 16.

Tabela 17: Média, Desvio Padrão e valores t para as relações interpessoais por tipo de serviço

	RELAÇÕES INTERPESSOAIS				t	p.
	TipoA (n=54)		TipoB (n=49)			
	Média	DP	Média	DP		
Relaciona.	3,24	,47	3,53	,44	.002	.694
Circuito	2,54	,84	2,81	,73	.087	.175
Conteúdo	3,26	,49	3,27	,49	.891	.565
Grupos	3,04	,64	3,04	,63	.995	.944
RI	3,03	,42	3,21	,39	.020	.354

Nota: DP - Desvio Padrão; RI = Relações Interpessoais;
Relaciona - Relacionamneto

Podemos verificar na Tabela 17 que os sujeitos que exercem funções nos serviços Tipo B, atribuem às relações interpessoais um score médio mais elevado, no entanto as diferenças não são estatisticamente significativas para qualquer das suas dimensões.

Tabela 18: Valores F para Idade e Relações Interpessoais

RELAÇÕES INTERPESSOAIS			
Idade	n	Média	D.P.
<30 anos	18	2,79	,66
30-39 anos	31	2,91	,79
40-49 anos	22	2,78	,80
50 ou+anos	32	2,82	,79
Total	103	2,83	,77

F = ,1658; p = .9192

Nota: D.P. = Desvio Padrão

Nas Tabelas 18 e 19, verificamos pela análise de variância que também não existem diferenças estatisticamente significativas nos scores atribuídos pelos sujeitos relativamente à idade e antiguidade.

Tabela 19: Valores F para antiguidade e Relações Interpessoais

Antiguidade		RELAÇÕES INTERPESSOAIS		
		n	Média	D.P.
<1	ano	22	3,05	,68
2-4	anos	16	2,53	,45
5-10	anos	26	2,71	,80
+ 10	anos	39	2,93	,85
Total		103	2,84	,76
F = 1,912; p= .1326				

Nota: D.P. = Desvio Padrão

Relações Interpessoais / Espaço de Trabalho

Atendendo ao objectivo do nosso estudo, e aos resultados obtidos, consideramos importante perceber qual o comportamento dos sujeitos perante as variáveis "relações interpessoais" e "espaço de trabalho", por tipo de serviço como pode visualizar-se na Figura 11.

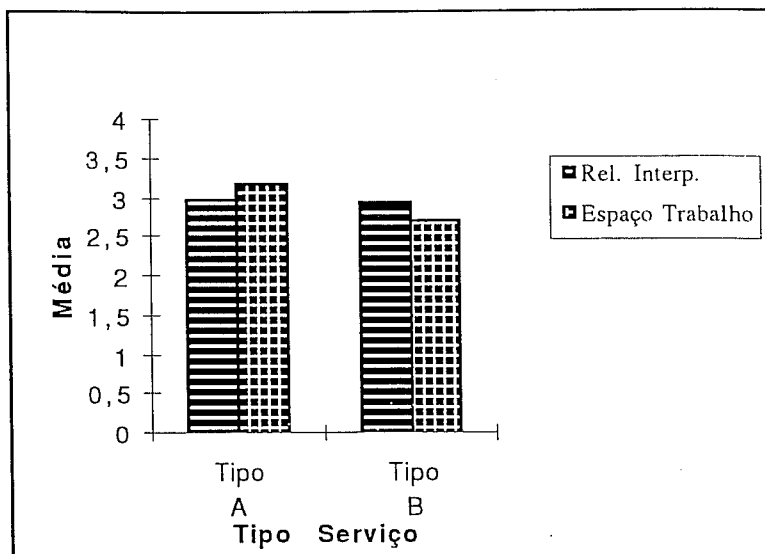


Figura 11: Percepção do espaço de trabalho e relações interpessoais por tipo de serviço

A influência do espaço de trabalho nas relações interpessoais é a grande questão em estudo. Como tal, e para lhe dar resposta, iniciou-se o cálculo da correlação bicaudal de Pearson para medir a intensidade e o sentido relativamente ao comportamento das duas variáveis uma vez que a intenção da investigação é um estudo exploratório. A correlação analisada é praticamente nula ($r = ,0177$; $p = ,881$).

Deduzimos pela observação da matriz das correlações do Quadro 10, que não existe associação significativa entre as variáveis que medem a globalidade das variáveis em estudo.

Existindo no entanto associações significativas entre a variável relações interpessoais e tipo de serviço.

Quadro 10: Valores de r para o espaço de trabalho e as relações interpessoais

	Espaço	Tipo de Serviço
Relações Interpessoais	,0177	,2281*

Nota: * p.<.05

Atendendo aos resultados anteriores, mediu-se a associação entre cada um dos quatro factores das relações interpessoais e espaço, para verificar se existia semelhança no resultado para cada uma delas. Deduzimos pela Tabela 19 que não existem associações significativas com qualquer das dimensões da variável relações interpessoais e a variável espaço de trabalho quer na sua globalidade quer com os itens que funcionam como variáveis de confirmação (item 16 e 17).

Tabela 20: Correlação do espaço de Trabalho com as dimensões das relações interpessoais

	ESPAÇO DE TRABALHO				
	Relaciona-mento	Circuito	Conteúdo	Grupos	Rel. Inter.
item 16 "o espaço influencia o trabalho"		,0003	,1245	,0881	,0639
item 17 "grau de satisfação face às condições físicas de trabalho"	,0394	-,0152	,0808	,0381	,0374
Espaço	-,0195	-,0111	,0658	,0752	,0177

Nota: Rel. Inter. = Relações Interpessoais

Apesar dos resultados, decidimos verificar qual o comportamento dos sujeitos na variável relações interpessoais e no item 18.

Quadro 11: Correlação das Relações Interpessoais e o item 18

ESPAÇO DE TRABALHO			
	item 18A	item 18B	item 18C
RI	,2457**	,2713**	,2696**

Nota: ** $p < .01$; RI = Relações Interpessoais

Procedemos ao cálculo de correlação r de Pearson para verificarmos a associação entre as variáveis cujos resultados podem ser visualizados no quadro 11. Observamos a existência de associação significativa para todos os itens.

Para uma melhor compreensão dos resultados analizaremos na Tabela 20 o comportamento dos nossos sujeitos, perante os itens 18, que mencionavam a "influência do espaço nas relações interpessoais" entre as várias categorias profissionais. Efectuou-se para o efeito o Teste de Igualdade de Médias para cada item de acordo com a categoria profissional.

Tabela 21: Média, Desvio Padrão e valores de t para os itens 18 e categoria profissional

itens	ESPAÇO DE TRABALHO				t	p.
	Médicos (n=22)		Enfermeiros (n=81)			
	Média	DP	Média	DP		
18A						
Médico/médico	3,14	1,17	3,26	1,13	.653	.727
18B						
Médico/enferm.	3.04	1.09	3,01	1,20	.908	.761
18C						
enf/enf.	3,32	1.04	3,37	1,16	.848	.373

Nota: DP = Desvio Padrão

Verificamos pela Tabela 20 que não existem diferenças significativas nos scores médios atribuídos pelos médicos e enfermeiros perante as preposições de que o espaço físico influencia as relações interpessoais com as várias interações profissionais.

Estes resultados encontram-se complementados através da análise de conteúdo das questões abertas do questionário em que se solicitava aos sujeitos que mencionassem quatro factores de influência (positiva ou negativa) das relações interpessoais.

No Quadro 12 e 13, verificamos que as expressões utilizadas pelos nossos sujeitos se agrupam em quatro categorias, sendo a comunicação aquela que obtém uma ponderação superior. A categoria espaço é também mencionada pelos nossos sujeitos mas é uma preocupação que se encontra posicionada em quarto lugar; quer se trate dos factores de influência positiva quer negativa das relações interpessoais.

QUADRO 12- CATEGORIA RELATIVA Á PERGUNTA "MENCIONE 4 FACTORES QUE INFLUENCIAM FAVORAVELMENTE AS RELAÇÕES INTERPESSOAIS"

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	FREQUÊNCIA	
		SUB-CATEG.	CATEG
COMUNICAÇÃO	"Reuniões de equipe"	22	
	"comunicação"	16	
	"Boa comunicação com a equipe"	16	
	"Diálogo"	14	
	"Autenticidade"	8	
	"Linguagem adequada"	5	
	"Comunicação franca e responsável"	5	
	"Troca de experiências"	5	
	"Reforço positivo"	3	
	"Comunicação hierárquica"		98
ATITUDES	"Confiança"	12	
	"Disponibilidade"	12	
	"Interesse pessoal nos outros"	11	
	"Espírito de equipe"	8	
	"Simpatia"	5	
	"Amizade"	5	
	"Interajuda"	5	
	"Solidariedade"	3	
	"Satisfação no trabalho"	2	
	"Afectividade"	2	
	"Partilha de tempos livres"	2	67
PAPEIS	"Respeito pelo trabalho dos outros"	12	
	"Competência profissional"	10	
	"Definição de papeis"	7	
	"Objectivos idênticos"	6	
	"Responsabilidade"	1	40
ESPAÇO	"Condições Físicas"	7	
	"Espaços de trabalhos adequados"	7	
	"Espaços de confraternização"	7	
	"Organização do espaço"	5	
	"Espaços de convívio"	2	
	"Proximidade"	1	29
		Total	234

Nota: Sub-Categ = Sub-Categoria; Categ = Categoria

QUADRO 13- CATEGORIA RELATIVA Á PERGUNTA "MENCIONE 4 FACTORES QUE INFLUENCIAM DESFAVORAVELMENTE AS RELAÇÕES INTERPESSOAIS"

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	FREQUÊNCIA	
		SUB-CATEG.	CATEG.
COMUNICAÇÃO	"Linguagem desadequada"	14	57
	"Dificuldade em comunicar com a equipe"	9	
	"Falta de diálogo"	9	
	"hierarquia marcada e rígida"	8	
	"Falta de reuniões de equipe"	7	
	"Relações distantes"	5	
	"Críticas destrutivas"	3	
	"Comunicação não directa e objectiva"	2	
ATITUDES	"Conflitos"	15	43
	"Desconfiança"	10	
	"Indisponibilidade"	7	
	"Insatisfação"	4	
	"Indiferença"	3	
	"Desconfiança no trabalho do outro"	3	
	"Inflexibilidade"	1	
PAPEIS	"Não respeitar o trabalho do outro"	12	35
	"Competição"	9	
	"Nível de conhecimentos técnicos"	8	
	"Deformação de papeis"	4	
	"Jogos de poder"	2	
ESPAÇO	"Espaço físico deadequado"	15	23
	"Ruído"	3	
	"Desorganização do espaço"	2	
	"Falta de segurança"	2	
	"Isolamento"	1	
	"Abuso sobre o espaço"		
		Total	158

Nota: Sub-Categ = Sub-Categoria; Categ = Categoria

Análise das Entrevistas

A análise qualitativa das respostas relativamente às entrevistas semi-estruturadas ($n=33$) visa complementar os resultados recolhidos no questionário. Perante a problemática do espaço de trabalho e as relações interpessoais é através da visualização dos mapas resultantes da identificação dos serviços, com os quais mantêm relações interpessoais, que nos permite uma consciencialização da imagem que estes profissionais têm do espaço hospitalar e da sua influência no próprio relacionamento.

Ao analisarmos a Figura 12, podemos constatar que foram entrevistados 6 médicos e 27 enfermeiros, com predominância do sexo feminino (.21).

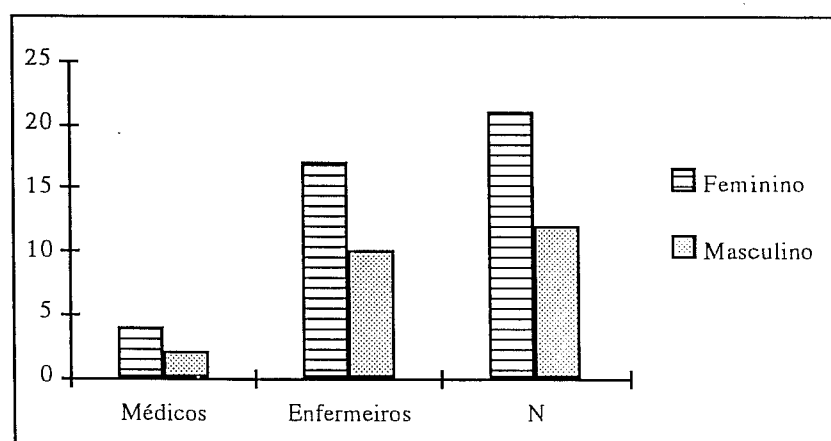


Figura nº. 12 - Distribuição dos sujeitos por categoria profissional referente às entrevistas

Na Figura 13, podemos constatar que predominam os sujeitos nos serviços com estruturas tipo A; os que exercem funções há mais de cinco anos; no que se refere a distribuição pelo grupo etário são os sujeitos com mais de 50 (32%).

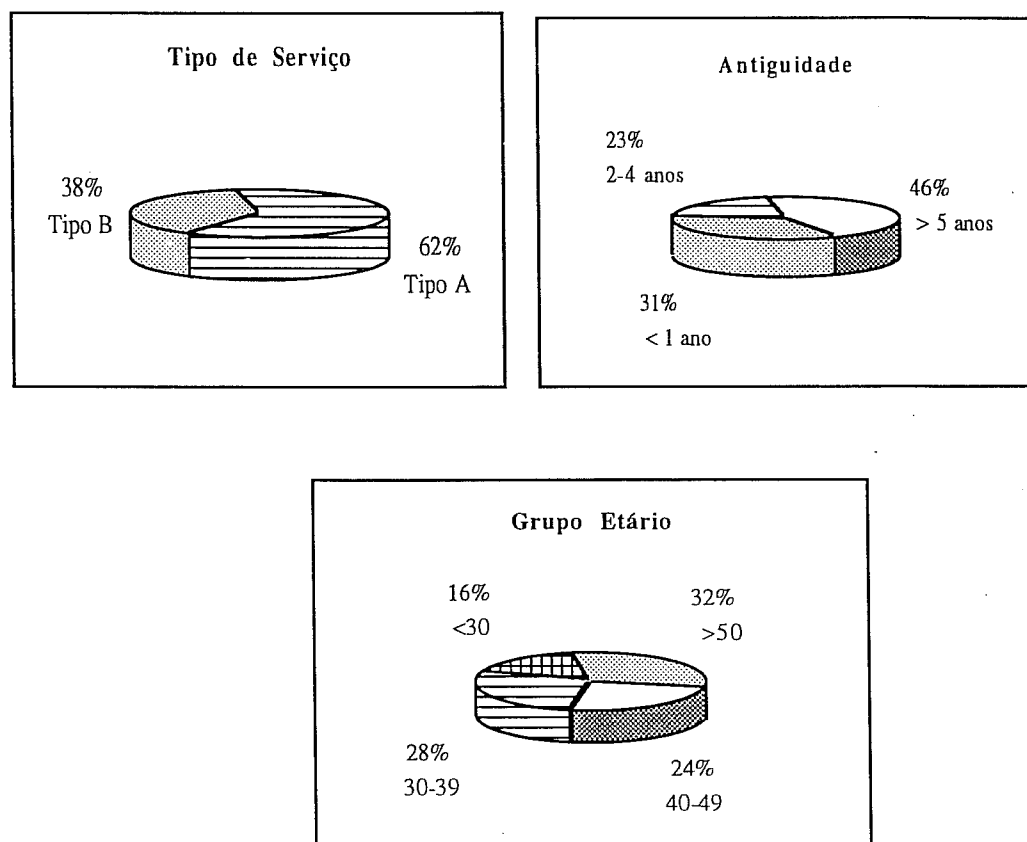


Figura 13 - Distribuição dos sujeitos por tipo de serviço, antiguidade e grupo etário

Nos dados recolhidos em entrevistas, sobre o espaço hospitalar através da visualização dos mapas "mudos" foi

solicitado aos entrevistados que identificassem os serviços em que os profissionais mantinham relações interpessoais.

Assim, procedeu-se à respectiva análise definindo o perfil das relações interpessoais dos médicos e enfermeiros, que podem ser visualizados nas Figura 14.

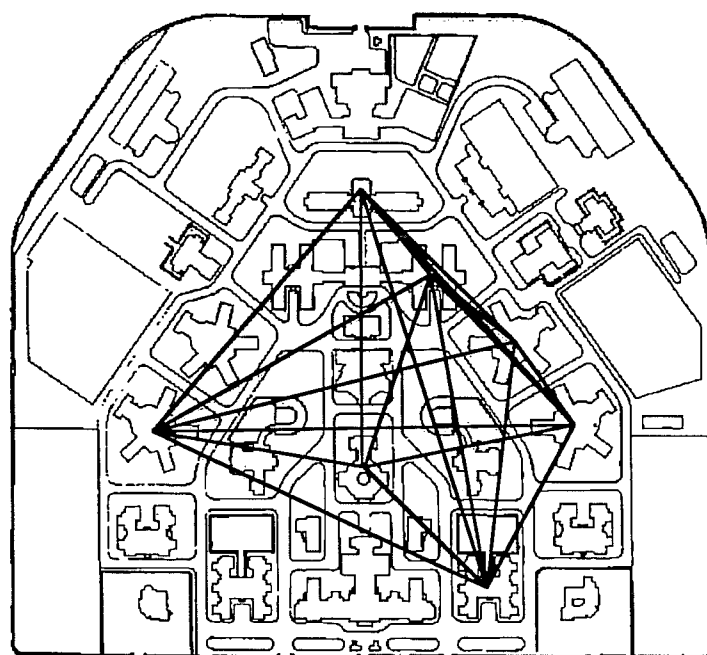


Figura 14: Relações interpessoais dos médicos com os serviços

O cruzamento das várias linhas, demonstra que os enfermeiros (Figura 15) estabelecem relações mais alargadas, ou seja, enquanto que os médicos se restringem essencialmente

aos serviços de internamento, urgências e consultas. Os enfermeiros expandem estas ligações aos serviços de apoio funcional como é o caso da farmácia, laboratório, serviços alimentares industriais e administrativos.

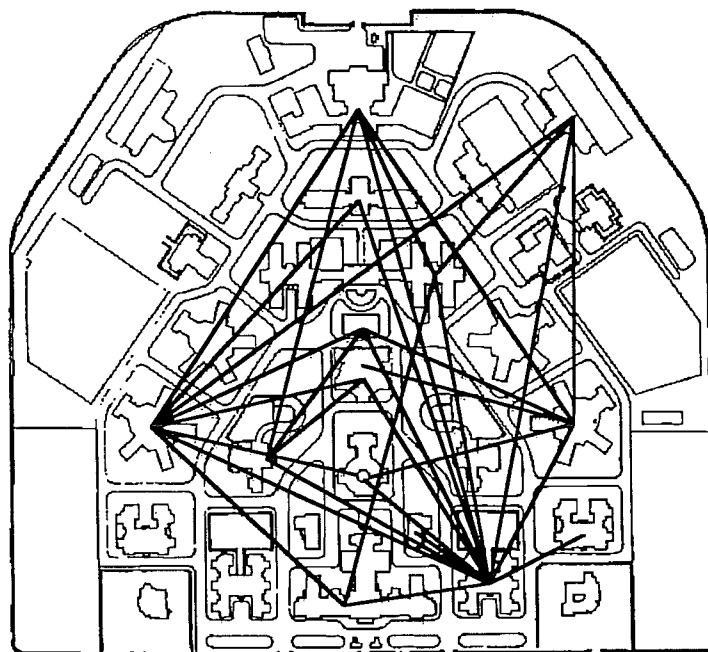


Figura 15: Relações interpessoais dos enfermeiros com os serviços

Constatámos, ainda, a existência de conformidade de opiniões independentemente da categoria profissional. São os serviços que fazem parte do actual Parque de Saúde de Lisboa, mas que não estão integrados na dinâmica do Hospital Psiquiátrico, aqueles com os quais não se estabelecem relações interpessoais, como podemos verificar na Figura nº.16.

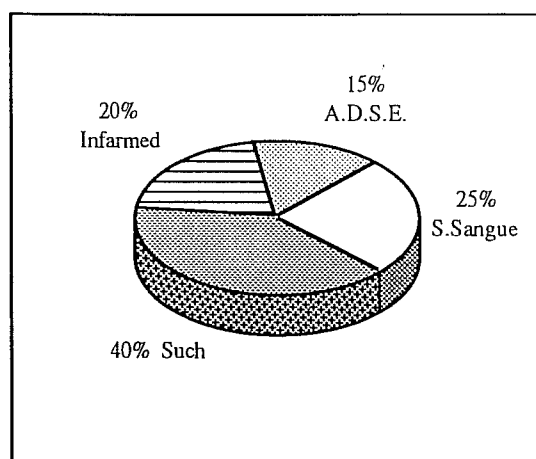


Figura 16: Serviços com os quais não se estabelecem relações interpessoais

Quando solicitados para expressarem o seu sentimento relativamente ao Hospital, onde exercem funções referiram que o Hospital apresenta:

- *"espaço bonito e arejado"*
- *"grande jardim sem lembrar um hospital"*
- *"grande e agradável"*
- *"espaço que convida ao repouso"*

Podemos, ainda, observar que 73% dos entrevistados revelaram tendência para se perderem no parque, e 80% referiram dificuldade em orientar e elucidar alguém que se sinta perdido.

No sentido de averiguar quais os "marcos" mais importantes do Hospital como pontos de referência para os profissionais, verificamos que pelas respostas dos médicos e enfermeiros ($n=33$) consideraram como pontos importantes os

serviços de internamento onde exercem funções, urgência, consultas, serviço de pessoal, casa de pessoal e serviços farmacêuticos, como podemos visualizar na Figura 17.

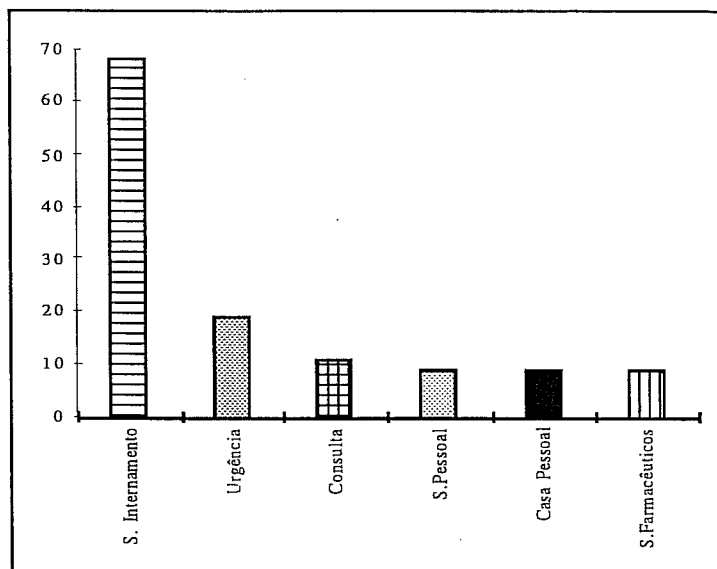


Figura 17 - Marcos mais importantes do Hospital Júlio de Matos

Quando solicitados para expressarem se achavam que o hospital era um labirinto, ao analisarmos as respostas dos entrevistados constatamos que cerca de 77% dos profissionais consideraram o parque do hospital um labirinto justificando-o como:

- . "local de fácil entrada e difícil saída"
- . "espaço confuso onde existem vários caminhos arbitrários, não identificados com saída"
- . "emarenhamento de ruas sem sinalização"
- . "perder-se com facilidade"
- . "geometricamente semelhantes"

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Todo o comportamento humano é afectado pelo processo da comunicação decorrente das trocas de mensagens. Neste contexto, comunicar, contribui para que duas ou mais pessoas se relacionem entre si, através de uma interdependência comunicativa, Littlejohn(1988).

O presente estudo permitiu investigar uma área que consideramos importante no contexto da influência do espaço de trabalho nas relações interpessoais.

Pela primeira vez foram relacionadas as variáveis espaço de trabalho hospitalar e as relações interpessoais, implicando por isso a respectiva validação das mesmas. Para tal, utilizamos duas escalas distintas que permitem medir as percepções que os sujeitos ($N=103$), têm do seu local de trabalho.

O questionário que avalia o espaço de trabalho é uma escala adaptada de um instrumento utilizado e cedido por Prof. Fischer.

A escala original foi traduzida e retraduzida por três juizes, e adaptada à realidade do espaço hospitalar psiquiátrico do Hospital Júlio de Matos. O questionário que avalia as relações interpessoais, foi por nós construído. Não foi utilizada nenhuma escala das existentes sobre as relações interpessoais, pois estas contêm parâmetros que não pretendíamos avaliar.

É no estudo da validação que se liga a prática com a teoria. Alguns investigadores postulam que os testes por si só não têm validade de constructo, nem fidelidade, porque correspondem às perspectivas de um teste e não ao teste em si. Nesta óptica, as respostas aos testes dependem das pessoas e dos factores do meio ambiente.

Prespectivada deste modo, a validade de um teste é um processo contínuo e de acumulação de evidências.

Com a finalidade de procedermos a uma avaliação prévia, não influenciarmos os sujeitos do nosso estudo com o conhecimento dos instrumentos de medida, seleccionamos o Hospital Sobral Cid, para aplicação do pré-teste, a uma amostra de médicos e enfermeiros a exercerem funções nesta instituição. O Hospital apresenta características idênticas às

do nosso estudo, relativamente às estruturas arquitectónicas, cuja instituição é de internamento psiquiátrico.

No nosso estudo consideramos apenas as percepções dos sujeitos do seu espaço de trabalho, uma vez que pretendemos estudar o espaço institucional e a sua influência nas relações interpessoais. Atendendo às características do estudo seleccionamos um estudo transversal exploratório descritivo e analítico.

A escala que avalia o espaço de trabalho apresenta um $\alpha = .89$. Constatamos que o percentil 75 dos nossos sujeitos em estudo corresponde a um valor de score médio de 3,4 que traduz uma percepção do espaço de trabalho numa posição indecisa negativa por 75% dos médicos e enfermeiros, sendo respectivamente os valores de média, mediana, moda e desvio padrão de (2,84; 2,80; 2,60; 0,76) para uma amplitude [1,4-5,0], verificamos através dos itens de confirmação da variável do espaço de trabalho que os scores médios são idênticos.

A análise exploratória das componentes principais do questionário, com rotação Varimax, revelou a existência de cinco factores definidos e interpretáveis que no seu conjunto explicam 70,4% da variância total, correspondendo aos factores satisfação no trabalho, ruídos, temperatura, influência do espaço nas relações interpessoais e luminosidade, uma

variância explicada respectivamente de 3,2; 13,4; 9,5; 6,2; 5,1. Através do cálculo das correlações r de Pearson, verificamos que todos os factores se associam entre si com excepção do factor influência do espaço nas relações interpessoais que apenas apresentam associações significativas com o factor ruídos.

De acordo com os valores apresentados, é revelada uma tendência negativa pelos sujeitos relativamente a percepção do espaço Hospitalar. Tal poderá dever-se ao facto desta ser uma instituição com 50 anos de existência, cujos edifícios remontam à época da sua construção (janelas e paredes altas, corredores frios e compridos) e só há pouco tempo se ter procedido à restauração de alguns edifícios, existindo actualmente serviços de internamento que são espaços adaptados.

Constitui também um possível factor explicativo para o facto do mobiliário antigo com aspecto danificado e pouco confortável que se deve às características dos doentes internados.

O Hospital está situado no centro da cidade de Lisboa, e devido à proximidade do aeroporto produz permanentemente ruídos intensos perturbadores do ambiente.

Estas condições contribuem também para criar nos profissionais, uma imagem negativa do espaço de trabalho

Atendendo aos valores de coeficiente alpha, aos valores próprios e variância explicada e total, pensamos que são de manter estes factores para futuros estudos.

Alguns investigadores têm-se debruçado sobre o estudo do Espaço de Trabalho, relacionando os espaços com o uso que fazemos dos lugares segundo os significados psicológicos e culturais Hall(1994).

Fischer(1994) argumenta que o espaço modela, os indivíduos que por sua vez o modelam à sua maneira, existindo uma interdependência entre o espaço e o comportamento. Hall (1994) postula que a dominância territorial pode desenvolver sentimentos com maior ou menor grau de importância para os indivíduos, assim revelando o tipo de interacções e influência sobre os lugares.

No entanto a sua exploração não tem sido efectuada em termos de percepção que os profissionais têm do seu local de trabalho.

Demonstramos através da realização do teste de correlação r de Pearson que à variável espaço de trabalho, não se encontra associada qualquer das variáveis de caracte-

rização dos nossos sujeitos.

Para complementar e dar resposta às questões sugeridas no nosso estudo, e como seleccionamos um estudo exploratório, realizamos o Teste de Igualdade de Médias para comparar as variáveis que se encontram dicotomizadas.

Podemos deduzir, que apesar de serem os sujeitos do sexo feminino que apresentam scores médios ligeiramente superiores, relativamente à percepção do espaço de trabalho, as diferenças não são estatisticamente significativas ($t=.256;p>.05$).

Respectivamente para o tipo de serviços, são os de estrutura do Tipo A, que traduzem um score médio ligeiramente superior (2,95) comparativamente aos do Tipo B (2,72), no entanto as diferenças não são significativas ($t=.126;p=.48$) para a percepção do espaço de trabalho por tipo de serviços.

Num contexto organizacional, existe uma interacção de profissionais, cuja representação de papeis e o interesse de cada categoria profissional poderão ser mais ou menos influenciados pelo espaço onde desenvolvem as suas principais funções. Esta perspectiva está de acordo com os estudos preconizados por Fischer(1994), quando argumenta que os

médicos e os enfermeiros apresentam diferentes imagens do seu espaço de trabalho.

Relativamente à categoria profissional verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas ($t=306;p=.038$).

Para analisar o espaço de Trabalho com as variáveis grupo etário e antiguidade, procedemos à Análise de Variância verificamos então a não existência de diferenças significativas para o grupo etário e antiguidade ($F=,1658;1,912$ para um p não significativo). Esperavamos diferenças quanto à percepção do espaço por parte dos sujeitos que possuem mais tempo de exercício profissional (antiguidade).

Estes, deveriam ter demonstrado uma visão do espaço mais diversificada para irem de encontro à noção de familiaridade de lugar, Fischer(1994).

Relativamente à escala que avalia as relações interpessoais, verificamos que apresenta um $\alpha=.73$.

A análise exploratória das componentes principais do questionário, com rotação Varimax, traduzem a saturação em quatro factores definidos que explicam no seu conjunto uma variância total de 47,7%.

Os quatro factores correspondem ao relacionamento, circuito da comunicação, conteúdo da mensagem e grupos com uma variância explicada respectivamente de 22,9; 12,4; 6,8; 5,6.

Consideramos que os quatro factores deveriam manter-se para estudos futuros, atendendo aos valores próprios e ao coeficiente de alpha.

Procedemos à realização do teste de correlação r de Pearson com a finalidade de observarmos a existência de correlação significativas entre os factores e as relações interpessoais. Através do referido teste, podemos constatar que todas as dimensões se correlacionam com a variável relações interpessoais, enquanto o factor grupos não se associa de forma significativa com as variáveis relacionamento e circuito.

Com a finalidade de analisar se as variáveis independentes de caracterização: sexo, categoria profissional, grupo etário e antiguidade, estavam correlacionadas com a variável relações interpessoais, procedemos ao mesmo teste e constatamos a não existência de associações significativas entre as variáveis.

Neste contexto, para podermos perceber o comportamento médio dos sujeitos que traduz um posicionamento nos valores neutros por 75% dos médicos e enfermeiros, cujos

valores da média 3,38; 2,67; 3,27; 3,04; 3,12 e desvio padrão .48; 80; 49; 64 e 41 respectivamente para os factores relacionamento, circuito, conteúdo, grupos e relações interpessoais.

Estes valores, talvez sejam justificados pela análise do item 17 que revela uma aceitação dos sujeitos (N=103) pelo grupo em 52 (50,5%) e ainda, considerarem que existe um "relacionamento" tendencialmente positivo em cerca de 50% que atribuem score superior ou igual a três. Também 76,7% referem não existir dificuldade na comunicação entre médicos e enfermeiros (item 21), o que se traduz na prática da "critica construtiva" (item 25) por 98,3% dos sujeitos, sendo o factor circuito de comunicação que apresenta scores médios mais baixos.

Para analisar a percepção dos sujeitos em relação às relações interpessoais de acordo com as diversas dimensões que fazem parte das relações interpessoais, procedemos a análise do Teste de Igualdade de Médias e verificamos que apesar de existirem diferenças nas médias dos scores para o sexo masculino e feminino não são estatisticamente significativas para ($t=.667;p=.765$).

De igual modo procedemos para a categoria profissional. Os médicos atribuem scores médios ligeiramente

superiores comparativamente aos enfermeiros. No entanto não existem diferenças significativas ($t=.025;p=.503$).

O processo de comunicação entre as duas categorias, revela que a comunicação não tem como finalidade apenas a transmissão de informação mas impõe um comportamento subjacente ao desempenho dos respectivos papeis, assumidos pelos indivíduos ou grupos que expressam padrões de desempenho em que os papeis sociais correspondem a um conjunto de interacções sociais exercidas num determinado contexto organizacional.

Atendendo a que a base do relacionamento interpessoal é a comunicação e que, os papeis estão interiorizados pelos indivíduos na organização, não se verificam diferenças de comunicação dos médicos e enfermeiros.

Na perspectiva de Littlejohn(1988) a comunicação interpessoal é a compreensão entre os comunicadores que envolve uma dialéctica entre desejar, compreender e controlar as impressões dos outros.

No presente estudo está implícito o relacionamento existente entre as variáveis, ou seja, qual a influência que o espaço tem nas relações interpessoais. Para medir a associação e o sentido entre as duas variáveis, procedemos ao cálculo de

correlação bicaudal de r de Pearson. Verificamos que não existia correlação entre a variável do espaço de trabalho e as relações interpessoais ($r=,0177;p=.881$).

Atendendo a uma das questões em estudo, no qual os serviços com estruturas Tipo B, estabelecem melhores relações interpessoais que os serviços Tipo A, analisamos esta questão através do Teste de Igualdade de Médias. Deduzimos ainda que são os espaços com características do Tipo B os mais favoráveis ao estabelecimento das relações interpessoais dos médicos e enfermeiros, embora as diferenças não sejam significativas ($p=.354$).

Atendendo à nossa caracterização dos serviços, justifica-se esta preferência por estes serem os espaços que apresentam uma maior centralização dos espaços utilizados por estes profissionais, podendo estimular a sua interacção nas relações uma vez que, a distância física intervém no reforço da distância social.

Hall(1994) diz-nos que a utilização das distâncias varia em função de alguns factores situacionais como sejam os elementos físicos ligados a um determinado contexto.

Por outro lado, o espaço arquitectónico do Tipo B, não se reduz apenas às suas propriedades materiais encontra-se estruturado e arrumado de tal forma que incute uma linguagem

que comunica uma mensagem sobre os seus ocupantes e sobre as suas funções, facilitando assim as interacções interpessoais, de acordo com os estudos de Fischer(1994).

Para responder ao objectivo do nosso estudo e aos resultados obtidos, e à finalidade de compreender o comportamento dos sujeitos relativamente às variáveis de confirmação (itens 18) que caracterizam o espaço de trabalho e as relações interpessoais, analisámos esta questão através do Teste de correlação de r de Pearson, cujos resultados apresentam uma associação significativa para todos os itens. No entanto, quando analisado o comportamento dos sujeitos por categoria profissional através do Teste de Igualdade de Médias, estes, não atribuem diferenças significativas.

Estes resultados complementam-se através das questões abertas dos questionários. Constatamos que as expressões utilizadas pelos sujeitos se agrupam em quatro questões quer sejam positivas ou negativas, sendo a comunicação a categoria que obtem uma ponderação superior, seguida das categorias, atitudes, papéis e espaço.

Quando questionamos os nossos sujeitos ($n=33$) nas entrevistas semi-estruturadas e através dos mapas "mudos", verificamos que identificaram mais de 80% dos serviços do Hospital.

Pela análise dos mapas, constatamos que qualquer dos grupos profissionais mantem relações interpessoais entre os vários serviços independentemente da distância, tendo-se verificado que os médicos revelaram uma maior dificuldade em identificar os serviços de apoio.

Esta dificuldade deve-se seu conteúdo funcional do exercício profissional, que só esporadicamente permite o contacto com estas estruturas, comparativamente aos enfermeiros, permitindo a estes últimos apresentar um "leque" mais alargado dos serviços com quem estabelecem estas relações funcionais de acordo com o papel profissional.

Deduzimos que o relacionamento interpessoal é independente das distâncias e está relacionado com o desempenho dos respectivos papéis por parte dos profissionais inquiridos.

Pelas entrevistas, constatamos que os sujeitos, consideram o parque do Hospital como uma estrutura labirintica por ser um "lugar de fácil entrada e difícil saída"; "geometricamente semelhante e sem sinalização adequada".

Os "marcos" mais importantes do Hospital como pontos de referência para os profissionais, são os serviços onde exercem funções, o serviço de pessoal e a casa de pessoal.

Em relação ao espaço exterior (parque) do Hospital os entrevistados consideram-no como um "espaço bonito e arejado"; um grande jardim sem lembrar um Hospital" e como um "espaço que convida ao repouso".

Esta imagem do espaço exterior vai ao encontro de Goffman(1968) e Moles(1982) quando referem que a rua cumpre duas funções: "circular para ir a qualquer lado" e "parar para permanecer num lugar".

Os resultados observados no nosso estudo não garantem a representatividade, uma vez que não podemos afirmar se os sujeitos excluídos da nossa amostra não teriam uma percepção diferente em relação ao Espaço de Trabalho.

O facto de estudar as relações interpessoais num espaço de dimensão hospitalar, e apesar de ser um estudo exploratório, carece de cuidado na análise dos resultados que deve ser devidamente contextualizada e relativizada.

Alguns investigadores como Hall(1986) e Fischer (1994) afirmam a existência de relação entre Espaço de Trabalho e Produtividade, sendo esta influência avaliada por observação e em estruturas físicas fechadas.

Na análise dos resultados do estudo, ressalta a importância que os médicos e enfermeiros atribuem à comunicação, às atitudes, papéis e espaço. Nesta sequência seria interessante desenvolver trabalhos multidisciplinares e reactivar o convívio entre os colegas com intuito de facilitar as redes de comunicação entre os profissionais dos diversos serviços, pois esta constitui uma prática revestida de êxito como refere Correia(1962).

Com este estudo, pensamos poder dar um contributo sobre a influência que os espaços podem ter nas relações interpessoais e favorecer o desenvolvimento de atitudes mais positivas face ao aproveitamento e arrumação dos diversos espaços quando na previsível reestruturação funcional, do Hospital Júlio de Matos, com o intuito de valorizar a imagem que os profissionais têm do seu espaço de trabalho, assim como, favorecer as relações interpessoais, atendendo que essas são mais favoráveis nas estruturas arquitectónicas do Tipo B.

Na sequência desta investigação, seria interessante que pudesse ser efectuado um estudo complementar no sentido de investigar quais os condicionalismos inerentes a esta problemática, comparando o problema inicialmente levantado com outros espaços hospitalares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEXANDRE, V. (1971). Les échelles d'attitudes, Paris: ed.Universitaires

ALTMAN, I. (1975). Environmental and social behavior: Privacy, personal space territory and crowding. Monterey: Books/cola

ALTMAN, I (1975). Environmental and social privacy, personal space, territory and crowding, Monterey: Books/Cola

Allport, F. H (1955). Theories of perception and the concept of structure, Nova York, Willey

BARDIN, L. (1977). Análise de conteúdo ; Lisboa, ed.70

BARRACHO, C. (1988). "Novas perspectivas da psicologia social: a psicologia do espaço e suas aplicações", Análise psicológica, nº1,2,3, série VII: 215-219.

BARRACHO, C. (1989). Novas perspectivas da psicologia social e psicologia do espaço e suas aplicações, Análise psicológica, 1-2-3 (VII): 215-219

BARRACHO, C. (1990). Théorie systémique de l'exploration des paysages touristiques. Thèse de Doctoral, Strasbourg.

BARRACHO, C. (1991). Reflexões sobre psicologia do meio ambiente. Análises Psicológicas, 2 (IX), Abril - Junho

BARRACHO, C. (1991). Cibernética e princípios gerais dos modelos, Cadernos ISPA, Lisboa

BARRACHO, C. (1996). Psicologia social- ambiente e espaço: conceitos e abordagens teóricas. Cadernos ISPA: Lisboa.

CAMPENHOUDT, L. (1992). Manual de investigação em ciencias sociais, Lisboa: Gradiva

CHAMBEL, J. (1995). Psicossociologia das organizações; Lisboa: Texto editora

CHIAVENCTO. I - (1981). Administração dos Recursos Humanos, São Paulo: Atlas

- CORDEIRO, J. C. Dias (1982). A saúde mental e a vida, Lisboa: Moraes
- CORRADO, F. (1994). A força da comunicação, S.Paulo: Milton
- CORREIA, J. (1962). O Hospital Júlio de Matos, HJM: Lisboa.
- DEMO, P. (1995). Metodologia científica em ciências sociais, S. Paulo, Atlas, 3ª ed..
- DINIS, J. (1996). Antologia - Revista de psiquiatria , HJM: Lisboa p.64-69.
- DOISE, W. (1980). Psicologia social experimental, Lisboa: Moraes
- DOISE, W. (1987). A articulação psicossociológica e as relações entre grupos, Lisboa: Moraes
- DUARTE, E. (1996) Sebenta de Ergonomia, Lisboa, IADE
- EPSTEIN, I. (1986). Cibernética, S.Paulo: Artica
- FACHADA, M. Odete (1991). Psicologia das relações interpessoais, Lisboa: Rumo

FISCHER, G. N. (1989). Le travail et son espace, Paris: Bordas

FISCHER, G. N. (1989). Psychologie des espaces de travail,
Paris: Colin

FISCHER, G. N. (1994). Psicologia social do ambiente, I.
Lisboa: Piaget

FISCHMAN, A. (1990). Planejamento estratégico na prática,
S. Paulo: Atlas

FONSECA J. e outros (1995) - Estatística aplicada, São Paulo:
Atlas

FRIDMANN, A.; et all (1978). Environmental Design Evaluation,
New York and London: Publishing corporation,

GHIGLIONE, R.; MATALON, B. (1992). O inquérito: teoria e
prática. Oeiras: Celta

GIL, C. (1989). Como elaborar projectos de pesquisa, S. Paulo:
Atlas 2ªed

GOFFMAN, E (1968). Asiles. Etude sur la condition social des malades mentaux, Paris: Minuet

GOFFMAN, E. (1974). Les rites d'interaction, Paris, Minuet

HALL, E. T. (1984). La Language Silencieux. Paris: Ed du Seuil

HALL, E. T. (1994). La dimension cachée, Paris: ed. Seuil

HEIDER, F. (1970). Psicologia das Relações Interpessoais, São Paulo, Erio Matheus Guazzilli & Cic

HUSSERL, E. (1950). Idées Directrices pour une Phénoménologie Gallimard, Paris

HUSSERL E. (1987). Meditações Cartesianas: Introdução à Fenomenologia. Porto, Rés.

KANAANE, R. (1995). Comportamento Humano nas Organizações: O homem rumo ao século XXI, São Paulo, Editora Atlas

KATZ, D. (1987). Psicologia social das Organizações, S. Paulo, Atlas

KAPLAN. H. e SADOCK. B. - (1984) - Compêndio de Psiquiatria Dinâmica. Porto Alegre, Artes Médicas

LEFEVRE, C. (1983). Flux Touristique et labyrinthes urbains, Thèse de Doctorat, ULP, Strasbourg

LITTLEJOHN S. (1988). Fundamentos Teóricos da Comunicação Humana. Rio de Janeiro. Guanabara

LIDA, I (1990). Ergonomia Projecto e Produção, São Paulo, Editora Edgard Blucher, Lda.

LORENZ, Honrad (1973). A agressão uma história natural do mal; Lisboa, Moraes

MARQUES. M. (1996). Comunicação, Interpretação e Simbolização para o Rorschach - Análise Psicológica. 1 (XIV): 39-44.

MICHAEL, A. (1985). Estatística aplicada a ciências humanas, S. Paulo, Harper.

MOSCOVICI F. (1983). Desenvolvimento Interpessoal. Treinamento em grupo, São Paulo, S.A.

MOLES, A. & Rohmer, E. (1973). Cibernética e acção, in Cibernética e Comunicação, São Paulo, Cultrix

MOLES, A.& Rohmer, E (1977). Psychologie de l'espace, Paris, 2ªed.

MOLES, A & Rohmer, E (1982). Labyrinthes du Vecu, Paris, Librairie des Meridiens

MOLES, A & Rohmer, E (1990). Psicologia del espacio, Barcelona, Circulo de Lectores

MONTEIRO, B.; VALA, J. (1993). Psicologia social , Lisboa, F. C. Gulbenkian

MONTMOLLIN, M. (1990). A Ergonomia, Lisboa, I. Piaget

MOSCOVICI, F. (1993). Renascença Organizacional, Rio de Janeiro, Olympio

MUNNÉ, F. (1995). La interaccion social, teorias y ambitos, Barcelona, Publicaciones Universitarias

MURTEIRA B. (1996). Análise Exploratória de Dados: Estatística Descritiva, Lisboa, Xavier

PALAZZOLI, S. et al (1981). Dans les coulisses de L'organisation, Paris, ESF

PAUL. F. & Segaud, M. (1983). Antropologie de l'espace. Paris, Centre George Pompidou/CCT

PENTEADO, J. R. Whitaker (1973). A Técnica da comunicação Humana, S.Paulo, Pioneira

PEPLAU, H. (1990). Relciones Interpersonales em enfermiera, Barcelona, Ed. Científicas y técnicas

PEREIRA. O. (1994). Psicologia Social da Imagem Visual. Cadernos ISPA. Lisboa.

PINTO, J. e outros, (1986). Metodologia das ciencias sociais, Porto, Afrontamento

POLIT, D. F. e HUNGLER , Bernardette P. (1995). Fundamentos de pesquisa em enfermagem , Porto, 3ª ed, Artes Médicas , Alegre

PROSHANSKY, H. (1967). Environmental psychology: man and physical setting. New York, Rinehaut e Winston

ROGERS, C. (1972). Tornar-se pessoa, São Paulo, Martins Fontes

SFEZ, L. (1990). Crítica da comunicação, Lisboa, Sucil,

SIEGEL, S. (1975). Estatística não paramétrica para as ciências do comportamento, S.Paulo, Mc Graw-Hill,

SOMMER, R. (1969). Personal space. Englewood Cliffs, New York, Prentice-Hall

SILVA, S. e outros. Metodologia das ciências sociais, Porto, Afrontamento

SILVA, C. (1994). Estatística aplicada á psicologia e ciencias sociais, S.Paulo, Mc Graw Hill

SOUSA, A. (1994). Introdução à gestão - uma abordagem sistemática, Lisboa, Editora Verbo

STONER. J. (1985). Administração, Rio de Janeiro, R.J., Prentice-Hall

WATZLAWICK, P. et all (1991). Teoria de la comunicacion Humana, Barcelona, Ed Herder

WOLF, M. (1985). Teorias da Comunicação. Porto, Presença

ANEXOS

ANEXO I

Ofício ao Hospital Júlio de Matos



Autizada

PICA

[Signature]

95-06-29

Ao Conselho de
Administração do Hospital Júlio de Matos

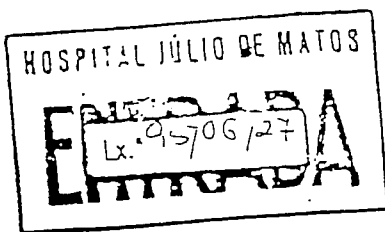
Exmos. Senhores,

As alunas do Mestrado em Comportamento Organizacional deste Instituto, Maria da Conceição Moniz Sousa Vieira de Sousa Santos e Maria Helena de Carvalho Valente Presado, estão a desenvolver um projecto na área do Espaço Clínico Psiquiátrico com vista à elaboração das suas teses de Mestrado.

Dado serem profissionais do quadro dessa Instituição, solicita-se que V.Exa. se digne conceder autorização para que as alunas possam aplicar os instrumentos de colheita de dados em sucessivas fases, nesse Hospital.

Com os melhores cumprimentos.

Lisboa, 95/06/21



[Signature]
Prof. Doutor Carlos Barracho

MINISTÉRIO DA SAÚDE

HOSPITAL JÚLIO DE MATOS

Av. Brasil, 53 - 1799 Lisboa Codex - Telef. 797 11 41/4 - Telex 66 205 HOSPJM P - Fax 795 29 89

Ao Instituto Superior de
 Psicologia Aplicada
 Rua Jardim do Tabaco, 144
 1100 Lisboa

Sua referência

Sua comunicação de

Nossa referência

Data

Ofº 1691

10-07-95

ASSUNTO: Mestrado em comportamento organizacional

Em resposta ao pedido formulado no Vº ofício datado de 95-06-21, cumpre-nos informar que o mesmo se encontra autorizado.

Com os melhores cumprimentos.

Pº CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Aurora Almeida

ANEXO II

Oficio ao Hospital Sobral Cid-Coimbra



0.15/079
J. Rocha
J. Rocha

Ao Ex.mo
Conselho de Administração
do Hospital Sobral Cid
COIMBRA

Lisboa, 96. 05. 02

Ex.mos Senhores,

Vimos por este meio solicitar a V^ª. autorização para que as alunas do Mestrado em Comportamento Organizacional deste Instituto, Sras. Dras. Maria da Conceição Moniz Sousa Vieira e Maria Helena Presado apliquem nesse Hospital, um questionário aos Médicos e Enfermeiros, questionário esse que se destina à elaboração das suas Teses de Mestrado.

Sem outro assunto de momento e agradecendo desde já a V^ª compresensão,

De Vas. Exas.

Atentamente
Rua J. J. ...
1100 LISBOA
Prof. Doutor Carlos José Barrácho

ANEXO III

Questionário Cedido
pelo
Prof. Doutor Fischer

TABLEAU 4

Veuillez évaluer les aspects suivants de votre espace de travail dans cet immeuble en encerclant le chiffre entre 1 (inconfortable) à 5 (confortable) qui correspond le mieux, selon vous, à votre appréciation sur le niveau de confort que vous percevez.

Température	1 INCONFORTABLE	2	3	4	5 CONFORTABLE
Degré de refroidissement	1 TROP FROID	2	3	4	5 CONFORTABLE
Degré de réchauffement	1 TROP CHAUD	2	3	4	5 CONFORTABLE
Ecart de température	1 TROP FREQUENTS	2	3	4	5 TEMPERATURE CONSTANTE
Ventilation	1 INCONFORTABLE	2	3	4	5 CONFORTABLE
Fraîcheur de l'air	1 AIR RENFERME	2	3	4	5 AIR FRAIS
Déplacement de l'air	1 AIR STAGNANT	2	3	4	5 BONNE CIRCULATION
Bruits distrayants	1 TROP DE BRUITS	2	3	4	5 PAS DE BRUITS
Intensité sonore ambiente (bruit de fond)	1 TROP ELEVEE	2	3	4	5 CONFORTABLE
Bruits d'origine particulière (voix ou appareillages)	1 BRUITS GENANTS	2	3	4	5 PAS DE PROBLEME
Bruits attribuables aux systèmes de ventilation	1 BRUITS GENANTS	2	3	4	5 PAS DE PROBLEME
Bruits attribuables à l'éclairage intérieur	1 ECLAIRAGE BRUYANT	2	3	4	5 PAS DE PROBLEME
Bruits provenant de l'extérieur de l'immeuble	1 BRUITS GENANTS	2	3	4	5 PAS DE PROBLEME

Confort de l'ameublement dans

votre espace de travail	1	2	3	4	5
	NE CONVIENT PAS			CONFORTABLE	
Espace utilisable dans votre zone de travail	1	2	3	4	5
	INSUFFISANT			ADEQUAT	
Espace de rangement pour le travail	1	2	3	4	5
	INSUFFISANT			ADEQUAT	
Espace de rangement pour effets personnels	1	2	3	4	5
	INSUFFISANT			ADEQUAT	
Intimité visuelle de votre bureau	1	2	3	4	5
	INSUFFISANTE			ADEQUATE	
Intimité des conversations dans votre bureau	1	2	3	4	5
	INSUFFISANTE			ADEQUATE	
Intimité téléphonique dans votre bureau	1	2	3	4	5
	INSUFFISANTE			ADEQUATE	
Eclairage électrique	1	2	3	4	5
	INCONFORTABLE			CONFORTABLE	
Intensité lumineuse	1	2	3	4	5
	TROP DE LUMIERE			SUFFISANTE	
Eblouissement dû aux luminaires	1	2	3	4	5
	TROP D'EBLOUISSEMENT			PAS D'EBLOUISSEMENT	
VOTRE ENVIRONNEMENT PHYSIQUE FAVORISE-T-IL OU DEFAVORISE-T-IL VOTRE TRAVAIL?					1 2
					3 4 5
REND LE TRAVAIL DIFFICILE			FACILITE LE TRAVAIL		
QUEL EST VOTRE DEGRE DE SATISFACTION A L'EGARD DE CET ENVIRONNMENT PHYSIQUE?					
1		2	3	4	5
NON SATISFAIT(E)			TRES SATISFAIT(E)		

ANEXO IV
Questionário

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Questionário a Médicos e Enfermeiros

O presente questionário tem fins meramente académicos e é realizado no âmbito do curso de **Mestrado em Comportamento Organizacional** .

O questionário, é um instrumento de diagnóstico das relações interpessoais.

As suas respostas são anónimas e confidenciais, não existem respostas certas nem erradas, transmita apenas a sua opinião.

Responda o mais espontâneamente possível.

Agradecemos a sua sinceridade e disponibilidade em colaborar connosco.

O questionário é **anónimo**, não se identifique.

A Investigadora

Maria da Conceição Sousa Vieira

PARTE 1

Nesta parte do questionário, encontram-se afirmações acerca do seu local de trabalho. Pretende-se que avalie os aspectos relacionados com o seu espaço de trabalho.

Em cada questão, e de acordo com a sua apreciação de conforto, assinale com um círculo na escala de (1 a 5).

A posição 1 reporta-se ao desconfortável e a posição 5 ao confortável.

<i>Desconfortável</i>	1	2	3	4	5	<i>Confortável</i>	
1. Temperatura			1	2	3	4	5
			desconfortável				confortável
2. Aquecimento			1	2	3	4	5
			desconfortável				confortável
3. Diferenças de temperatura			1	2	3	4	5
			frequentemente				raras
4. Condições de arejamento			1	2	3	4	5
			abafado				arejado

5. Ruidos perturbadores da concentração	1 muitos	2	3	4	5 poucos
6. Intensidade sonora do ambiente (ruídos de fundo)	1 elevada	2	3	4	5 baixa
7. Barulhos de origem particular (vozes ou aparelhagem)	1 muitos	2	3	4	5 poucos
8. Barulhos provenientes do exterior	1 muitos	2	3	4	5 poucos
9. Mobiliário	1 desconfortável	2	3	4	5 confortável
10. Espaço utilizado na sua zona de trabalho	1 insuficiente	2	3	4	5 suficiente
11. Espaço de que dispõe para o trabalho	1 insuficiente	2	3	4	5 suficiente

12. Espaço de privacidade pessoal, para desenvolver alguns trabalhos	1	2	3	4	5
insuficiente					suficiente
13. Intimidade de diálogo	1	2	3	4	5
insuficiente					suficiente
14. Iluminação eléctrica	1	2	3	4	5
desconfortável					confortável
15. Intensidade luminosa	1	2	3	4	5
exagerada					adequada
16. O espaço físico influencia o trabalho	1	2	3	4	5
dificulta					facilita
17. Qual o grau de satisfação face às condições físicas de trabalho	1	2	3	4	5
insatisfaz					satisfaz
18. O espaço físico de trabalho influencia as relações interpessoais (considere as várias categorias):					
		desfavorece			favorece
a) médico/médico	1	2	3	4	5
b) médico/enfermeiro	1	2	3	4	5
c) enfermeiro/enfermeiro	1	2	3	4	5

PARTE 2

Mencione quatro factores que influenciem as relações interprofissionais:

FAVORAVELMENTE _____

DESFAVORAVELMENTE _____

PARTE 3

Esta parte do questionário destina-se á avaliação das relações interpessoais. Tenha em atenção apenas o serviço onde desempenha as suas funções.

Utilize para o efeito a escala de 1 a 5, assinale com um circulo o número que considere corresponder á sua opinião.

DISCORDO TOTALMENTE 1 2 3 4 5 CONCORDO TOTALMENTE

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. O processo/programa de integração de novos elementos
contribui para melhorar as relações interprofissionais | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. As pessoas estão sempre disponíveis para ajudar o novo elemento | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

3. Há tendência para se formarem sub-grupos de profissionais 1 2 3 4 5
4. Existe bom nível de relacionamento entre os profissionais 1 2 3 4 5
5. Habitualmente discutem-se todas as questões/situações do dia-dia 1 2 3 4 5
6. As pessoas têm interesse pessoal umas nas outras 1 2 3 4 5
7. As pessoas raramente se juntam após o trabalho 1 2 3 4 5
8. Promove-se o trabalho conjunto entre médico/enfº 1 2 3 4 5
9. Desenvolvem-se trabalhos entre serviços 1 2 3 4 5
10. Os trabalhos conjuntos desenvolvem-se entre as pessoas que se conhecem há mais tempo 1 2 3 4 5
11. As pessoas são autênticas/francas em relação aos seus sentimentos 1 2 3 4 5
12. As pessoas falam com frequência dos seus problemas pessoais 1 2 3 4 5
13. As pessoas criam problemas, por não expressarem os seus sentimentos 1 2 3 4 5
14. São frequentes as reuniões interprofissionais 1 2 3 4 5
15. Encontro-me com os meus colegas fora do local de trabalho 1 2 3 4 5
16. Existe preocupação de promover o convívio entre serviços 1 2 3 4 5

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 17. Frequentemente sou rejeitado/a perante o grupo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. A minha opinião é valorizada pelos elementos do meu grupo profissional | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Os outros grupos profissionais valorizam as minhas opiniões | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. A percepção dos outros técnicos, é-lhe favorável | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Existe dificuldade de comunicação entre médicos/enf ^o | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. A comunicação é transparente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. A dificuldade de comunicação interprofissional, não interfere na harmonia do serviço | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. As relações interprofissionais, são influenciadas pelo processo de comunicação | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Existe a prática de diálogo com crítica construtiva | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. Os circuitos de comunicação não são respeitados | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. A interpretação da mensagem é frequentemente incorrecta | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. Estou sempre atento ao conteúdo da mensagem | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. Os problemas pessoais são entendidos e respeitados | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

PARTE 4

Pretende-se com estes dados, uma melhor caracterização da população inquirida.

SEXO F ___ M ___

IDADE ___

CATEGORIA PROFISSIONAL MÉDICO

ENFERMEIRO

TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL _____ ANOS

TEMPO DE EXERCÍCIO NA INSTITUIÇÃO _____ ANOS

OBRIGADO
PELA SUA DISPONIBILIDADE E COLABORAÇÃO

(verifique se respondeu a todas as questões)

ANEXO V

Guião da Entrevista

GUIÃO DA ENTREVISTA

1. Relativamente ao espaço, o que sente quando entra no hospital? _____

2. Faz sempre o mesmo percurso para o serviço? _____

3. Acha que as pessoas se perdem com facilidade? _____

4. Se alguém o abordar porque se sinta perdido é capaz de o elucidar devidamente? _____

5. Como se desloca entre serviços? _____

6. Quais os pontos mais importantes deste hospital? _____

7. Que pontos é que são importantes para os funcionários? _____

E para os visitantes? _____

8. Que mais o atrai neste Hospital? _____

9. O que é para si um labirinto? _____

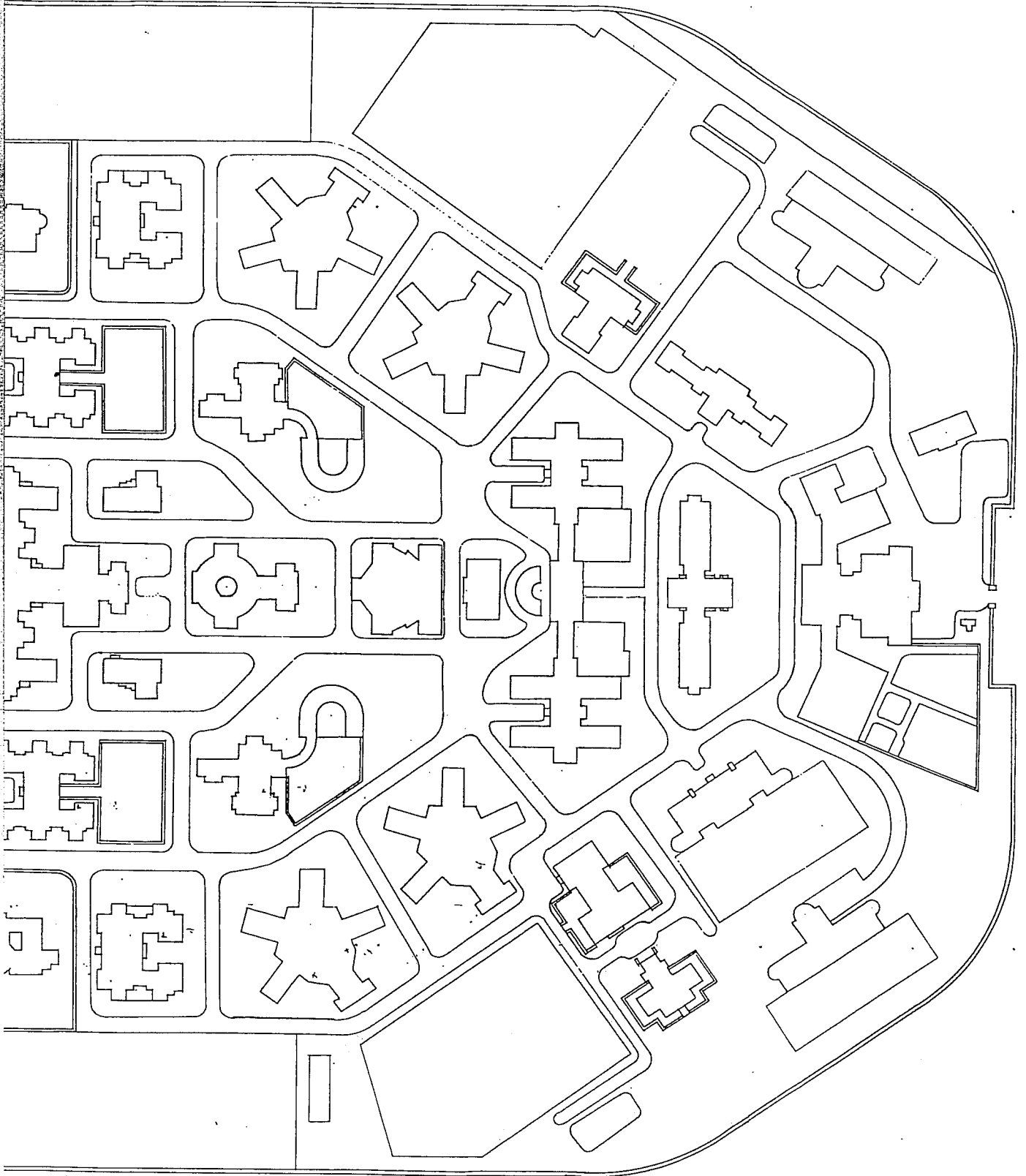
Acha o seu serviço um labirinto? _____

E o hospital? _____

Porquê? _____

No mapa seguinte, **identifique** por ordem de prioridade, e com a cor respectiva:

1. Os serviços;
2. Três serviços com quem mantém relações interpessoais frequentemente (verde)
3. Três serviços com que não se relaciona ou que se relacione esporadicamente (azul)



ANEXO VI**Matriz das Correlações**

TRIZ DE CORRELAÇÕES ITEM-ITEM DA VARIÁVEL ESPAÇO DE TRABALHO

- - Correlation Coefficients - -

	ESPA1	ESPA10	ESPA11	ESPA12	ESPA13	ESPA14
SPA1	1,0000	,3525**	,3006**	,3253**	,4119**	,2325**
SPA10	,3525**	1,0000	,8118**	,5332**	,5809**	,4972**
SPA11	,3006**	,8118**	1,0000	,6642**	,6826**	,4439**
SPA12	,3253**	,5332**	,6642**	1,0000	,8049**	,3520**
SPA13	,4119**	,5809**	,6826**	,8049**	1,0000	,3868**
SPA14	,2325**	,4972**	,4439**	,3520**	,3868**	1,0000
SPA15	,1906*	,3090**	,3321**	,2337**	,2574**	,6787**
SPA16	,4268**	,5007**	,5560**	,5443**	,6438**	,4854**
SPA17	,4010**	,6063**	,6179**	,5816**	,6213**	,5433**
SPA18A	-,0354	,0098	-,0005	-,0319	-,0426	,0585
SPA18B	-,1117	,1676*	,0971	,0834	,0639	,0584
SPA18C	-,0676	,1867*	,1377	,0418	,0766	,0296
SPA2	,7328**	,3834**	,3529**	,3544**	,4116**	,3933**
SPA3	,3023**	,3070**	,3737**	,2920**	,3644**	,2053*
SPA4	,4285**	,3898**	,2669**	,2743**	,3729**	,3099**
SPA5	,0299	,3614**	,4380**	,4871**	,4033**	,2714**
SPA6	-,0390	,4005**	,4322**	,4041**	,3773**	,3038**
SPA7	,0293	,2877**	,3909**	,2995**	,3406**	,2230*
SPA8	,0536	,2489**	,3192**	,2906**	,2895**	,1614
SPA9	,3329**	,5133**	,4762**	,4709**	,4203**	,4832**
SPACO	,5119**	,7548**	,7882**	,7374**	,7751**	,6281**

- - Correlation Coefficients - -

	ESPA15	ESPA16	ESPA17	ESPA18A	ESPA18B	ESPA18C
SPA1	,1906*	,4268**	,4010**	-,0354	-,1117	-,0676
SPA10	,3090**	,5007**	,6063**	,0098	,1676*	,1867*
SPA11	,3321**	,5560**	,6179**	-,0005	,0971	,1377
SPA12	,2337**	,5443**	,5816**	-,0319	,0834	,0418
SPA13	,2574**	,6438**	,6213**	-,0426	,0639	,0766
SPA14	,6787**	,4854**	,5433**	,0585	,0584	,0296
SPA15	1,0000	,4936**	,4561**	-,0211	-,0251	-,0322
SPA16	,4936**	1,0000	,7843**	,1291	,1199	,1557
SPA17	,4561**	,7843**	1,0000	,1136	,1415	,1900*
SPA18A	-,0211	,1291	,1136	1,0000	,7095**	,5950**
SPA18B	-,0251	,1199	,1415	,7095**	1,0000	,7464**
SPA18C	-,0322	,1557	,1900*	,5950**	,7464**	1,0000
SPA2	,3249**	,4857**	,4567**	,0277	,0076	-,0120
SPA3	,3162**	,2592**	,3875**	-,0374	-,1420	-,0074
SPA4	,1994*	,4879**	,4513**	,0486	,0501	,0237
SPA5	,2717**	,3713**	,4263**	,1150	,1813*	,2311**
SPA6	,2429**	,3272**	,3285**	,1083	,1594	,1576
SPA7	,2787**	,3336**	,3520**	,1056	,1970*	,2161*
SPA8	,2304**	,3200**	,2822**	,0776	,0901	,1458
SPA9	,4116**	,4754**	,6748**	-,0437	,0621	-,0073
SPACO	,5497**	,7244**	,7733**	,0347	,1011	,1206

* - Signif. LE ,05 ** - Signif. LE ,01 (1-tailed)

" ." is printed if a coefficient cannot be computed

- - Correlation Coefficients - -

	ESPA2	ESPA3	ESPA4	ESPA5	ESPA6	ESPA7
PA1	,7328**	,3023**	,4285**	,0299	-,0390	,0293
PA10	,3834**	,3070**	,3898**	,3614**	,4005**	,2877**
PA11	,3529**	,3737**	,2669**	,4380**	,4322**	,3909**
PA12	,3544**	,2920**	,2743**	,4871**	,4041**	,2995**
PA13	,4116**	,3644**	,3729**	,4033**	,3773**	,3406**
PA14	,3933**	,2053*	,3099**	,2714**	,3038**	,2230*
PA15	,3249**	,3162**	,1994*	,2717**	,2429**	,2787**
PA16	,4857**	,2592**	,4879**	,3713**	,3272**	,3336**
PA17	,4567**	,3875**	,4513**	,4263**	,3285**	,3520**
PA18A	,0277	-,0374	,0486	,1150	,1083	,1056
PA18B	,0076	-,1420	,0501	,1813*	,1594	,1970*
PA18C	-,0120	-,0074	,0237	,2311**	,1576	,2161*
PA2	1,0000	,3550**	,4467**	,1526	,0867	,1600
PA3	,3550**	1,0000	,1667*	,2698**	,1332	,1512
PA4	,4467**	,1667*	1,0000	,1128	,1459	,1152
PA5	,1526	,2698**	,1128	1,0000	,7150**	,5796**
PA6	,0867	,1332	,1459	,7150**	1,0000	,5729**
PA7	,1600	,1512	,1152	,5796**	,5729**	1,0000
PA8	,1112	,1173	,0577	,5064**	,4516**	,5319**
PA9	,3424**	,1988*	,4428**	,3637**	,3138**	,2512**
PACO	,6080**	,4865**	,5192**	,6279**	,5813**	,5547**

- - Correlation Coefficients - -

	ESPA8	ESPA9	ESPACO
PA1	,0536	,3329**	,5119**
PA10	,2489**	,5133**	,7548**
PA11	,3192**	,4762**	,7882**
PA12	,2906**	,4709**	,7374**
PA13	,2895**	,4203**	,7751**
PA14	,1614	,4832**	,6281**
PA15	,2304**	,4116**	,5497**
PA16	,3200**	,4754**	,7244**
PA17	,2822**	,6748**	,7733**
PA18A	,0776	-,0437	,0347
PA18B	,0901	,0621	,1011
PA18C	,1458	-,0073	,1206
PA2	,1112	,3424**	,6080**
PA3	,1173	,1988*	,4865**
PA4	,0577	,4428**	,5192**
PA5	,5064**	,3637**	,6279**
PA6	,4516**	,3138**	,5813**
PA7	,5319**	,2512**	,5547**
PA8	1,0000	,2670**	,5037**
PA9	,2670**	1,0000	,6727**
PACO	,5037**	,6727**	1,0000

- Signif. LE ,05 ** - Signif. LE ,01 (1-tailed)

. " is printed if a coefficient cannot be computed

TRIZ DE CORRELAÇÕES DA VARIÁVEL RELAÇÕES INTERPESSOAIS

- - Correlation Coefficients - -

	RI01	RI02	RI03	RI04	RI05	RI06
01	1,0000	-,2765**	-,1267	,3114**	,3845**	-,1255
02	-,2765**	1,0000	,1588	-,4279**	-,3511**	-,1504
03	-,1267	,1588	1,0000	-,1584	-,2246*	-,0561
04	,3114**	-,4279**	-,1584	1,0000	,5392**	-,2773**
05	,3845**	-,3511**	-,2246*	,5392**	1,0000	-,2205*
06	-,1255	,1504	-,0561	-,2773**	-,2205*	1,0000
07	-,0117	,0119	,1207	,0472	,2405**	-,0417
08	,1700*	-,1716*	-,1581	,3726**	,3871**	-,2235*
09	,0129	-,0557	-,2072*	,0847	,1866*	,0267
10	-,0088	,1597	,3774**	-,0246	-,0304	-,1465
11	,0113	-,1974*	-,0043	,3513**	,3076**	-,1986*
12	,0539	-,1688*	,1520	,0846	,1283	-,2228*
13	,2672**	-,2848**	-,2867**	,3653**	,2099*	-,2022*
14	,1770*	-,0790	-,2164*	,3764**	,4404**	-,1342
15	,0170	-,1086	-,1088	,2419**	,2669**	-,1261
16	,0717	-,0956	-,0096	,0786	,2884**	-,0290
17	,3218**	-,2259*	-,0967	,2524**	,2013*	-,1450
18	,1973*	-,3478**	,0287	,5398**	,2361**	-,3430**
19	,2041*	-,2938**	-,0647	,4277**	,1884*	-,2252*
20	,3998**	-,4384**	-,0497	,4189**	,2475**	-,2757**
21	-,1226	-,0220	,0033	,1074	-,0536	-,1344
22	,2740**	-,2107*	-,0595	,4326**	,3431**	-,2716**
23	-,0935	,1508	,0633	-,3003**	-,2297**	,1734*
24	,3440**	-,2480**	,2215*	,3094**	,1301	-,2336**
25	,3340**	-,2122*	-,1100	,4795**	,5733**	-,1398
26	,1734*	-,1696*	-,2303**	,3516**	,1344	-,2671**
27	,1601	-,0366	-,1904*	,2557**	,1504	-,1156
28	,4145**	-,3598**	-,0216	,3571**	,1474	-,1857*
29	,2717**	-,3648**	-,1750*	,6691**	,4919**	-,2439**
I	,4638**	-,3062**	-,0459	,6911**	,6131**	-,2992**

- - Correlation Coefficients - -

	RI07	RI08	RI09	RI10	RI11	RI12
I01	-,0117	,1700*	,0129	-,0088	,0113	,0539
I02	,0119	-,1716*	-,0557	,1597	-,1974*	-,1688*
I03	,1207	-,1581	-,2072*	,3774**	-,0043	,1520
I04	,0472	,3726**	,0847	-,0246	,3513**	,0846
I05	,2405**	,3871**	,1866*	-,0304	,3076**	,1283
I06	-,0417	-,2235*	,0267	-,1465	-,1986*	-,2228*
I07	1,0000	,0668	-,0906	,0718	-,1472	-,0663
I08	,0668	1,0000	,4368**	-,0482	,5554**	,1865*
I09	-,0906	,4368**	1,0000	-,0076	,3874**	,0960
I10	,0718	-,0482	-,0076	1,0000	,1826*	,2054*
I11	-,1472	,5554**	,3874**	,1826*	1,0000	,3515**
I12	-,0663	,1865*	,0960	,2054*	,3515**	1,0000
I13	-,1827*	,2246*	,0563	-,1362	,1845*	,0994
I14	-,1571	,3653**	,3412**	-,1105	,2997**	,3224**
I15	-,0197	,3611**	,2612**	-,0288	,3093**	,1000
I16	,0671	,4017**	,4848**	-,0131	,4097**	,2250*
I17	-,0282	,0259	-,1671*	-,1517	-,0072	-,0468
I18	,0673	,2065*	-,2650**	,0749	,1976*	,0762
I19	,0410	,3304**	-,0376	,1484	,3041**	,0004
I20	,0178	,1993*	-,0355	,0418	,1598	,0981
I21	-,0819	,1482	,2119*	,0133	,3258**	,1656*
I22	,0388	,4317**	,2318**	-,0015	,4278**	,2342**
I23	,0432	-,1266	-,1450	-,1236	-,2795**	-,1896*
I24	,0558	-,0645	-,2338**	,1222	-,0456	,0951
I25	,2212*	,3394**	,1710*	-,0806	,3338**	,2075*
I26	-,0366	,3141**	,2256*	,1212	,2195*	,2504**
I27	-,0880	,3030**	,1279	-,0236	,3081**	,1361
I28	-,0314	-,0546	-,1695*	-,0090	-,0248	,0701
I29	-,0803	,3981**	,1823*	-,0147	,4172**	,2072*
I	,1214	,6366**	,3403**	,1434	,5963**	,3688**

- Signif. LE ,05 ** - Signif. LE ,01 (1-tailed)

- - Correlation Coefficients - -

	RI13	RI14	RI15	RI16	RI17	RI18
01	,2672**	,1770*	,0170	,0717	,3218**	,1973*
02	-,2848**	-,0790	,0186	-,0956	-,2259*	-,3478**
03	-,2867**	-,2164*	-,1088	-,0096	-,0967	,0287
04	,3653**	,3764**	,2419**	,0786	,2524**	,5398**
05	,2099*	,4404**	,2669**	,2884**	,2013*	,2361**
06	-,2022*	-,1342	-,1261	-,0290	-,1450	-,3430**
07	-,1827*	-,1571	-,0197	,0671	-,0282	,0673
08	,2246*	,3653**	,3611**	,4017**	,0259	,2065*
09	,0563	,3412**	,2612**	,4848**	-,1671*	-,2650**
10	-,1362	-,1105	-,0288	-,0131	-,1517	,0749
11	,1845*	,2997**	,3093**	,4097**	-,0072	,1976*
12	,0994	,3224**	,1000	,2250*	-,0468	,0762
13	1,0000	,1610	,0503	,1222	,1521	,1822*
14	,1610	1,0000	,3119**	,3945**	,1180	,0424
15	,0503	,3119**	1,0000	,4204**	-,1019	-,0354
16	,1222	,3945**	,4204**	1,0000	-,0156	-,1206
17	,1521	,1180	-,1019	-,0156	1,0000	,2789**
18	,1822*	,0424	-,0354	-,1206	,2789**	1,0000
19	,1652*	,0565	,0165	-,0093	,2402**	,6651**
20	,2302**	,1817*	-,1357	-,0522	,2735**	,6221**
21	,1556	-,0071	,1743*	,1126	-,0373	-,0811
22	,2082*	,3563**	,0728	,2337**	,1738*	,3476**
23	-,1195	-,2980**	-,0660	-,0447	,0214	-,0863
24	-,0325	,0280	-,1544	-,1863*	,3020**	,3827**
25	,2779**	,4612**	,0979	,3453**	,2549**	,2014*
26	,2842**	,2442**	,1574	,0638	,0917	,1453
27	,1652*	,2133*	,2233*	,0978	,0712	,0799
28	,2579**	,0615	-,3007**	-,1538	,3682**	,3519**
29	,2840**	,3906**	,1537	,1188	,2053*	,3590**
RI	,3690**	,5415**	,3411**	,4503**	,3099**	,4425**

- - Correlation Coefficients - -

	RI19	RI20	RI21	RI22	RI23	RI24
RI01	,2041*	,3998**	-,1226	,2740**	-,0935	,3440**
RI02	-,2938**	-,4384**	-,0220	-,2107*	,1508	-,2480**
RI03	-,0647	-,0497	,0033	-,0595	,0633	,2215*
RI04	,4277**	,4189**	,1074	,4326**	-,3003**	,3094**
RI05	,1884*	,2475**	-,0536	,3431**	-,2297**	,1301
RI06	-,2252*	-,2757**	-,1344	-,2716**	,1734*	-,2336**
RI07	,0410	,0178	-,0819	,0388	,0432	,0558
RI08	,3304**	,1993*	,1482	,4317**	-,1266	-,0645
RI09	-,0376	-,0355	,2119*	,2318**	-,1450	-,2338**
RI10	,1484	,0418	,0133	-,0015	-,1236	,1222
RI11	,3041**	,1598	,3258**	,4278**	-,2795**	-,0456
RI12	,0004	,0981	,1656*	,2342**	-,1896*	,0951
RI13	,1652*	,2302**	,1556	,2082*	-,1195	-,0325
RI14	,0565	,1817*	-,0071	,3563**	-,2980**	,0280
RI15	,0165	-,1357	,1743*	,0728	-,0660	-,1544
RI16	-,0093	-,0522	,1126	,2337**	-,0447	-,1863*
RI17	,2402**	,2735**	-,0373	,1738*	,0214	,3020**
RI18	,6651**	,6221**	-,0811	,3476**	-,0863	,3827**
RI19	1,0000	,6373**	-,0029	,3136**	-,0242	,2759**
RI20	,6373**	1,0000	-,0543	,4394**	-,1672*	,3798**
RI21	-,0029	-,0543	1,0000	,3237**	-,1944*	-,2869**
RI22	,3136**	,4394**	,3237**	1,0000	-,2549**	,0253
RI23	-,0242	-,1672*	-,1944*	-,2549**	1,0000	,0929
RI24	,2759**	,3798**	-,2869**	,0253	,0929	1,0000
RI25	,1621	,2158*	,1076	,5033**	-,3288**	,0946
RI26	,2017*	,1838*	,0916	,3225**	-,1858*	,1024
RI27	,1543	-,0491	,2974**	,1885*	-,1920*	-,1005
RI28	,3077**	,6336**	-,0340	,1849*	-,1758*	,5429**
RI29	,3438**	,3425**	,1229	,5379**	-,2552**	,1463
RI	,4998**	,4913**	,2245*	,6598**	-,2180*	,2668**

* - Signif. LE ,05 ** - Signif. LE ,01 (1-tailed)

" . " is printed if a coefficient cannot be computed

- - Correlation Coefficients - -

	RI25	RI26	RI27	RI28	RI29	RI
I01	,3340**	,1734*	,1601	,4145**	,2717**	,4638**
I02	-,2122*	-,1696*	-,0366	-,3598**	-,3648**	-,3062**
I03	-,1100	-,2303**	-,1904*	-,0216	-,1750*	-,0459
I04	,4795**	,3516**	,2557**	,3571**	,6691**	,6911**
I05	,5733**	,1344	,1504	,1474	,4919**	,6131**
I06	-,1398	-,2671**	-,1156	-,1857*	-,2439**	-,2992**
I07	,2212*	-,0366	-,0880	-,0314	-,0803	,1214
I08	,3394**	,3141**	,3030**	-,0546	,3981**	,6366**
I09	,1710*	,2256*	,1279	-,1695*	,1823*	,3403**
I10	-,0806	,1212	-,0236	-,0090	-,0147	,1434
I11	,3338**	,2195*	,3081**	-,0248	,4172**	,5963**
I12	,2075*	,2504**	,1361	,0701	,2072*	,3688**
I13	,2779**	,2842**	,1652*	,2579**	,2840**	,3690**
I14	,4612**	,2442**	,2133*	,0615	,3906**	,5415**
I15	,0979	,1574	,2233*	-,3007**	,1537	,3411**
I16	,3453**	,0638	,0978	-,1538	,1188	,4503**
I17	,2549**	,0917	,0712	,3682**	,2053*	,3099**
I18	,2014*	,1453	,0799	,3519**	,3590**	,4425**
I19	,1621	,2017*	,1543	,3077**	,3438**	,4998**
I20	,2158*	,1838*	-,0491	,6336**	,3425**	,4913**
I21	,1076	,0916	,2974**	-,0340	,1229	,2245*
I22	,5033**	,3225**	,1885*	,1849*	,5379**	,6598**
I23	-,3288**	-,1858*	-,1920*	-,1758*	-,2552**	-,2180*
I24	,0946	,1024	-,1005	,5429**	,1463	,2668**
I25	1,0000	,1594	,3819**	,2674**	,4857**	,6748**
I26	,1594	1,0000	,2265*	,2081*	,3715**	,4543**
I27	,3819**	,2265*	1,0000	,0637	,3328**	,4038**
I28	,2674**	,2081*	,0637	1,0000	,2350**	,3459**
I29	,4857**	,3715**	,3328**	,2350**	1,0000	,6648**
I	,6748**	,4543**	,4038**	,3459**	,6648**	1,0000

- Signif. LE ,05 ** - Signif. LE ,01 (1-tailed)

. " is printed if a coefficient cannot be computed