

DM.  
PAES1

Dissertação para a obtenção do grau de  
Mestre em Comportamento Organizacional

do

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Maria Helena de C. V. Presado

Influência do Espaço Clínico  
Psiquiátrico na  
Relação Terapêutica Enfermeiro/Doente

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

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

Lisboa

1997



Centro de Documentação do I.S.P.A.

Tel. 885 31 84

Reg. 10053

C.

## AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Carlos Barracho, pela sua orientação, apoio e pela pertinência das suas observações, o seu empenhamento e amizade manifestada em todos os momentos.

Ao Professor Fischer, pelo interesse e incentivo demonstrado no desenvolvimento deste estudo assim como na facilidade de reprodução do questionário de espaço de trabalho.

Ao Hospital Sobral Cid, na pessoa do Senhor Enfermeiro Supervisor pela sua disponibilidade.

A todos os colegas do Hospital Júlio de Matos, pela disponibilidade e colaboração sem os quais não teria sido possível realizar este trabalho. Em especial à minha equipe, pelo apoio, ajuda e disponibilidade no desempenho das minhas actividades.

À Isabel Heitor e à Teresa, por toda a amizade, disponibilidade, ajuda e estímulo para o desenvolvimento deste estudo.

À Fernanda, pela sua ajuda e disponibilidade.

À família Sousa Santos, principalmente à São e ao António Manuel pela disponibilidade e estímulo, para a concretização deste estudo.

À Leninha e ao Luís, pela ajuda nos momentos mais difíceis.

A toda a minha família pelo empenho e paciência que sempre demonstraram, sobretudo os meus pais e ao Carlos.

À minha filha Patrícia pelo tempo que não lhe dediquei.

A todos o meu SINCERO OBRIGADO

## ÍNDICE

	p.
Índice de Figuras .....	vii
Índice de Tabelas .....	ix
Índice de Quadros .....	xi
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>1</b>
Dimensão Psicológica do Espaço .....	4
Os Espaços Institucionais.....	12
O Espaço Hospitalar.....	16
Quartos.....	19
Escritórios/gabinetes.....	20
Gabinete de enfermagem/sala de tratamentos.....	24
Sala de refeições.....	25
O Hospital Júlio de Matos.....	27
Estrutura Pavilhonar do Tipo A.....	31
Estrutura Pavilhonar do Tipo B.....	34
Estrutura Pavilhonar do Tipo C.....	36
A Evolução Histórica do Doente Mental .....	39

Relação de Ajuda.....	46
Ambiente Terapêutico .....	50
Relação Terapêutica Enfermeiro/Doente .....	52
Plano do Estudo .....	60
<b>MÉTODO</b> .....	63
Sujeitos .....	65
Instrumento de colheita de dados.....	66
Observação/Análise documental .....	66
Questionário .....	67
Entrevista .....	73
<b>RESULTADOS</b> .....	75
Caracterização dos sujeitos .....	77
Espaço de Trabalho .....	82
Relação Terapêutica .....	90
Espaço de Trabalho/Relação Terapêutica .....	101
Análise das Entrevistas .....	108

DISCUSSÃO .....	117
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	136
ANEXOS .....	146
ANEXO I - Ofício ao Hospital Júlio de Matos.....	147
ANEXO II - Ofício ao Hospital Sobral Cid.....	150
ANEXO III - Questionário do Prof. Fischer .....	152
ANEXO IV - Questionário .....	155
ANEXO V - Guião da entrevista .....	163
ANEXO VI - Matriz de correlações do questionário da relação terapêutica .....	170

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1:	Modelo de um quarto hospitalar.....	20
Figura 2:	Modelo de gabinete atendimento/reuniões.	22
Figura 3:	Modelos de gabinetes/escritórios.....	23
Figura 4:	Modelo de gabinete de enfermagem/sala de tratamentos.....	25
Figura 5:	Modelo da sala de refeições hospitalar..	26
Figura 6:	Modelo hospitalar de mesa de refeições..	27
Figura 7:	Implantação dos edifícios do Hospital Júlio de Matos.....	28
Figura 8:	Estrutura pavilhonar do Tipo A.....	32
Figura 9:	Estrutura pavilhonar do Tipo B.....	35
Figura 10:	Estrutura pavilhonar do Tipo C.....	37
Figura 11:	Distribuição da percentagem dos sujeitos por categoria profissional.....	78
Figura 12:	Distribuição dos sujeitos por serviços..	81
Figura 13:	Comportamento médio dos sujeitos relativamente ao espaço de trabalho.....	83

Figura 14: Comportamento médio dos sujeitos relativamente à relação terapêutica.....	94
Figura 15: Percepção do espaço de trabalho e relação terapêutica por tipo de serviço.	105
Figura 16: Comportamento das variáveis espaço de trabalho e relação terapêutica por serviços.....	108
Figura 17: Distribuição dos sujeitos por categoria profissional.....	109
Figura 18: Distribuição dos sujeitos por tipo de serviço, tempo na instituição e grupo etário.....	110
Figura 19: Perfil do "Ambiente na Entrevista de Ajuda".....	116

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1:	Medidas descritivas da variável espaço	84
Tabela 2:	Valores das correlações $r$ de Pearson das variáveis independentes e espaço de trabalho.....	87
Tabela 3:	Medidas descritivas e valores de $t$ para a percepção do espaço de trabalho segundo a categoria profissional e o sexo.....	88
Tabela 4:	Valores de $F$ para o espaço de trabalho segundo a idade e tempo de instituição	89
Tabela 5:	Saturação dos componentes principais..	92
Tabela 6:	Correlação das dimensões da relação terapêutica.....	93
Tabela 7:	Medidas descritivas da relação terapêutica..	95
Tabela 8:	Média, desvio padrão e valores de $t$ para a relação terapêutica e categoria profissional.....	100

Tabela 9: Valores das correlações $r$ de Pearson do espaço de trabalho e relação terapêutica.....	102
Tabela 10: Valores das correlações do espaço por categoria profissional com as dimensões da relação terapêutica.....	104
Tabela 11: Correlações relação terapêutica e espaços.....	129
Tabela 12: Média, Desvio padrão e valores de $F$ para o espaço de trabalho e relação terapêutica por tipo de serviço.....	131

Quadro 10: Correlações das variáveis independentes de caracterização e a relação terapêutica.....	93
Quadro 11: Disponibilidade: Distribuição dos sujeitos pelos itens.....	96
Quadro 12: Formação: Distribuição dos sujeitos em cada item.....	97
Quadro 13: Comunicação: Distribuição dos sujeitos pelos itens.....	98
Quadro 14: Envolvimento: Distribuição dos sujeitos pelos itens.....	99
Quadro 15: Valores das correlações r de Pearson da relação terapêutica e espaço.....	107
Quadro 16: Distribuição das categorias relativas à pergunta "mencione alguns factores que influenciam favoravelmente a relação terapêutica".....	112
Quadro 17: Distribuição das categorias relativas à pergunta "mencione alguns factores que influenciam desfavoravelmente a relação terapêutica".....	113
Quadro 18: Distribuição das escolhas preferenciais dos espaços.....	115

## RESUMO

A necessidade de compreender o espaço hospitalar como "veículo terapêutico" levou-nos à realização deste estudo sobre a problemática de "Influência do Espaço Clínico Psiquiátrico na Relação Terapêutica Enfermeiro/Doente".

O desenvolvimento bibliográfico, incidiu nos constructos teóricos de "espaço", cujos conceitos são baseados em Fischer e Hall, os de "Relação Terapêutica" em Lazure e Chaliffour.

Um estudo descritivo e analítico de orientação essencialmente exploratória, limitou-se ao espaço Hospitalar do Hospital Júlio de Matos (tendo sido efectuado o pré-teste em espaço semelhante - Hospital Sobral Cid).

Este estudo, fundamenta-se nas percepções de 81 enfermeiros que se encontravam no desempenho das suas funções no respectivo período de aplicação dos instrumentos de colheita de dados.

Como instrumentos de recolha de informação foram seleccionados o questionário, a entrevista e análise documental/observação.

A análise documental permitiu o agrupamento dos serviços de acordo com as suas características arquitectónicas.

O questionário, teve como intenção avaliar as percepções dos enfermeiros ( $N=81$ ) no que se refere ao espaço de trabalho e relação terapêutica por forma a se poderem associar as duas variáveis.

As entrevistas visam complementar as informações recolhidas e aprofundar as opiniões dos enfermeiros ( $n=30$ ) face a esta problemática.

Foram controladas as variáveis sexo, idade, tempo de exercício profissional na instituição e categoria profissional.

Codificámos os serviços e agrupámos em tipo A, B e C de acordo com a sua estrutura física e arquitectónica.

As variáveis "espaço de trabalho" e "relação terapêutica" foram quantificadas de forma a serem

trabalhadas e analisadas com o valor da escala original [1-5].

Estas variáveis, correspondem a duas escalas aplicadas pela primeira vez num contexto hospitalar português. A que avalia o Espaço de Trabalho, foi uma tradução e adaptação da escala utilizada por Fischer. Sendo a que avalia a Relação Terapêutica por nós construída. Procedendo-se por isso, à respectiva validação das mesmas.

O tratamento estatístico foi efectuado através do programa S.P.S.S. versão 6.0 tendo-se procedido ao Teste de Igualdade de Médias, Análise de Variância e correlação  $r$  de Pearson para análise das nossas questões em estudo.

Efectuou-se análise de conteúdo do discurso das entrevistas e do inquérito semântico.

Verificamos que na globalidade existe uma percepção negativa do espaço hospitalar e que os enfermeiros de nível 1 atribuem scores médios mais elevados para todas as dimensões da relação terapêutica.

Apesar dos enfermeiros entrevistados considerarem que o espaço influencia a relação terapêutica, e de demonstrarem preocupação na escolha dos mesmos por forma a

facilitar o ambiente terapêutico. Verificamos que não existe associação significativa entre as duas variáveis. No entanto, quando comparamos a relação terapêutica com os serviços verificamos associações significativas.

Salienta-se essencialmente uma preocupação com a componente humanística por parte dos enfermeiros que atribuem ênfase primordial à comunicação, disponibilidade e envolvimento como base fundamental da relação terapêutica.

Pensamos que este estudo poderá contribuir para uma harmoniosa reestruturação funcional do Hospital Júlio de Matos, no sentido de se adequarem os espaços mais facilitadores da relação terapêutica enfermeiro/doente contribuindo para uma rápida reabilitação dos mesmos.

Assim como, poderá contribuir para a definição dos programas formação da responsabilidade do Departamento de Formação Permanente.

## INTRODUÇÃO

A presente investigação visa descrever e analisar a influência do espaço clínico psiquiátrico na relação terapêutica enfermeiro/doente.

Para muitos doentes, com períodos de internamento com mais de vinte anos, o hospital é a sua "casa" e o enfermeiro a sua família.

Desde a sua inauguração, o Hospital Júlio de Matos sofreu várias alterações funcionais. Actualmente, com a integração no "Parque de Saúde de Lisboa", vislumbra-se novamente uma reestruturação funcional.

O estudo do espaço de trabalho foi uma das metas que nos despertou interesse quando, no âmbito do Mestrado, surgiu a oportunidade de dar continuidade e seguimento na realização dum trabalho a nível Institucional.

A inexistência de qualquer estudo sobre a influência do espaço na relação terapêutica enfermeiro/doente através das percepções dos enfermeiros, ponderou na a escolha deste

tema que poderá contribuir para a reestruturação funcional do Hospital, na medida em que as decisões poderão ter por base os espaços físicos mais adequados a um ambiente terapêutico favorável à relação enfermeiro/doente.

Devido à complexidade dos fenómenos em análise, este estudo circunscreveu-se aos enfermeiros do Hospital Júlio de Matos. Nesta escolha, estiveram subjacentes a motivação, afinidades e interesses profissionais, uma vez que desenvolvo as minhas actividades profissionais nesta Instituição.

O espaço é definido de diversas maneiras: como um lugar mais ou menos delimitado, um ponto de referência onde qualquer coisa se pode situar, como um meio, um quadro subjectivo de influência social, uma relação constante entre o homem e o meio.

No seguimento de Proshansky, Hall, Moles e Fischer, a abordagem teórica inicia com o conceito de espaço na sua dimensão psicológica.

No que refere aos espaços hospitalares, serão apresentados alguns espaços ergonómicos que mais se adaptam à arquitectura pavilhonar do Hospital Júlio de Matos e que

foram tidos em conta para a categorização das estruturas físicas em Tipo A; B e C, apresentada no nosso estudo.

Na relação terapêutica enfermeiro/doente, será efectuada uma abordagem tendo por base a relação de ajuda e o ambiente terapêutico, no seguimento de Kyes, Lazure e Chalifour.

Para obtermos a informação pretendida, delineou-se um estudo exploratório em que foram utilizados vários instrumentos de recolha de informação, nomeadamente:

- observação e análise documental dos espaços hospitalares;
- questionário aplicado a 148 sujeitos dos quais 81 são passíveis de tratamento estatístico
- entrevista semi-estruturada com aplicação de inquérito semântico, a 30 sujeitos.

Para além do tempo de exercício na instituição, foram também controladas as categorias profissionais, sexo, idade e serviço.

Informaticamente foi utilizado o programa Word versão 6.0; tendo-se recorrido para análise de dados, ao programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows

release 6.0. Os dados recolhidos através da entrevista serão analisados pela técnica de análise de conteúdo.

Procurou-se neste trabalho, conceber uma metodologia de análise que possibilitasse a compreensão integrada dum ambiente de relação de características físicas e humanas.

A operacionalização do nosso trabalho teve por base os pressupostos dos estudos exploratórios e as percepções dos enfermeiros no que se refere à relação terapêutica e espaço de trabalho. A necessidade de conhecer as percepções dos enfermeiros pretende conduzir a uma consciencialização desta problemática.

Conceitos que importam desenvolver e perceber no contexto do nosso estudo, não só porque pretende explicar os comportamentos ou até mesmo modificá-los.

#### DIMENSÃO PSICOLÓGICA DO ESPAÇO

A dimensão cultural, reflecte os valores que caracterizam em simultâneo a interacção comportamental, as condutas e o meio traduzem um factor motivacional

correspondente às expectativas que o indivíduo exprime em relação a um espaço.

Todo o ser humano vive num espaço privilegiado que constitui a "sua casa" e que designamos pelo termo de habitat. O habitat é um espaço que define uma relação emocional e social, essencial ao ser humano.

O habitat tem uma função vital e responde à necessidade essencial de viver no espaço que protege o indivíduo dos perigos exteriores. Não ter uma casa sua é a própria imagem da indigência e de desenraizamento.

Numa perspectiva psicossocial, o habitat, é um espaço produzido socialmente permitindo revelar processos espaciais de organização da vida privada.

O espaço de habitacional deverá ser considerado como uma "concha" no interior do qual se desenvolve uma realidade socio-psicológica complexa, determinada em função de normas que fixam num quadro espacial mais ou menos rígido.

Uma concepção desse lugar numa mesma realidade socio-espacial onde são fixadas relações inter-pessoais que se desenvolvem em função das características culturais de um grupo, da história pessoal e familiar, que se vai apropriar

desses espaços para o desdobrar numa dinâmica adequada a cada situação.

Para Robert citado por Fischer(1993) o habitat é o lugar construído essencialmente com vista a preservar a intimidade. O habitat possui três características essenciais: o espaço pessoal, cultural e social.

O habitat social, é em primeiro lugar, um espaço de vida pessoal que corresponde à esfera mais privada, no qual, o ser humano se pode abrigar e proteger. É um espaço limitado por fronteiras e paredes, que marcam uma separação clara com o mundo exterior.

O habitat, é um lugar privilegiado, onde se concretiza uma relação essencial do indivíduo com o seu espaço, é objecto do investimento afectivo a que Moles(1989) chamou a "*concha pessoal*".

O "*espaço pessoal*" é descrito também, como uma "*zona-tampão*", salientando-se o facto de os indivíduos regularem a sua relação com os outros, estabelecendo um sistema de protecção que garante uma segurança afectiva em relação às ameaças (reais ou não).

No entanto, Hall(1994) considera o espaço pessoal como *bolha* no interior do qual cada um de nós se encontra e a partir do qual se estabelece a relação com o espaço envolvente pela utilização de uma grande variedade de atitudes corporais.

Moles e Rohmer(1977) citado por Fischer(1994; p.29), refere que a *"concha subjacente que se forma à volta do EU e concretiza de algum modo uma série de extensões subjectivas do corpo como outros tantos vectores de uma apropriação do espaço, assim cada um constrói para si mesmo um certo número de conchas"*.

A organização de todo o habitat é estruturada em graus e formas diversas à nossa sociabilidade. Todos os espaços habitacionais, podem assim, ser analisados segundo o tipo e o grau de sociabilidade que impõem, sugerem ou proíbem os mais diversos comportamentos.

Num outro plano, verifica-se que o espaço habitacional é também organizado e vivido segundo as modalidades das relações estabelecidas no seu seio.

O facto de evidenciarmos uma indicação entre a organização do espaço habitacional e modelo cultural, não significa que, essa relação seja fixa; ela muda e é

determinada de maneira mais lata pelas modalidades da organização social.

Se existe relação entre concepção do espaço habitacional e modelos culturais, ela não é forçosamente congruente em todos os casos e para todas as categorias sociais, de facto, a forma como é programada a concepção das habitações, não permite às populações que as habitam apropriarem-se da sua casa como exigiriam os seus próprios modelos culturais, Barracho(1990).

A habitação, como espaço de intimidade, tem como função proteger, servir de referência e garantir uma estabilidade. É por excelência um enraizamento psicológico. É para o indivíduo um porto de abrigo na sua aventura de vida. É o lugar de regresso periódico, é pois, um território no qual se constrói um sentimento de identidade.

A habitação, é também um lugar onde pode afirmar a sua diferença em relação aos outros. Projectar uma imagem de si através do seu sentimento, criando e organizando o espaço onde vive.

Na concepção de Moles(1990), o sentimento de segurança em relação ao seu espaço seria tanto ou mais elevado quando nele se pudesse exercer uma autovigilância. Nesta

perspectiva, defende-se a preocupação de conceber espaços residenciais a partir de regras que fizessem deles lugares que favorecessem o sentimento de segurança dos habitantes.

A personalização de um lugar diz-nos como é que alguém ocupa o seu território pessoal. O grau de personalização é função de um conjunto de variáveis espaciais e pessoais das dimensões do espaço. Quanto mais personalizado é o espaço, maior é a margem de autonomia.

Um indivíduo possui uma percepção que é o resultado da combinação eficaz da perspectiva construtiva e directa que possui do espaço. Assim, a componente construtiva é um *esquema*, que traduz uma estrutura cognitiva que conduz à informação.

Gibson(1960) citado por Pereira(1994) refere que o observador está em contacto directo com o mundo real, é intimo da informação visual do mundo e não separado ou isolado.

No entanto, o processo cognitivo interfere nas regras morais e normas através de uma socialização que tem como função o controlo do comportamento individual. As sociedades e os diversos tipos de relações, influenciam no

modo como atribuem importância ao espaço e têm consequência directa nas interacções entre os grupos.

O mapa cognitivo, não é mais do que o conhecimento da nossa própria situação no espaço; do conhecimento da situação de objectos e locais, em relação a nós próprios. Por este facto, são considerados como imagens que nos permitem recolher, organizar, armazenar e manipular a informação ambiental.

Escreve Barracho(1989, p.216), que a:

*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.*

A percepção do espaço está também ligada à dimensão "tempo". É a razão pela qual um tipo de espaço reduz um sentimento de tempo que só pode ser entendido em termos de quotidiano, ou seja, de repetição do idêntico sem perspectiva de mudança.

Este sistema de influência sobre os lugares engloba as formas e tipos de intervenção sobre os territórios que se traduzem em relações de posse e identidade.

Para Hall(1973), os territórios com organização fixa são aqueles cujos limites são estabelecidos de forma rígida e com vista a um certo número de actividades.

Partindo da importância do lugar, o indivíduo estende a sua influência sobre o respectivo espaço.

A apropriação que os indivíduos realizam, revelam-se então, como um processo essencialmente físico. Ao investir o espaço de intenções e actos que lhe permitam sobreviver à banalidade do quotidiano, exprimem um estilo de ocupação própria.

O espaço e o comportamento, para Hall(1973) e Fischer(1994), assentam na existência de esquemas internos que o indivíduo adquire, aprende e transporta consigo ao longo da sua experiência.

Goffman(1968), nos seus estudos sobre instituições psiquiátricas, sublinhou a dificuldade de uma personalização do espaço. Demonstrando como essa personalização se exprime segundo um modelo deslocado, a que chamou "adaptações secundárias", o qual, faz com que o indivíduo se afaste do papel e da personagem que a instituição lhe destinou.

"A utilização desigual de um espaço disponível tem o mesmo impacto psicológico que um obstáculo", Rivlon(1976) citado por Fischer(1994;p.136).

Um espaço que nos pertence é um espaço que se pode nomear. Só podemos nomear os espaços que conhecemos e identificamos.

### Os Espaços Institucionais

O conceito de espaço institucional, designará o quadro socio-espacial que as determina e abriga: escolas, hospitais, residências para pessoas idosas, prisões, lugares onde de uma maneira ou de outra, passamos grande parte da nossa vida.

Como nem todas as instituições são comparáveis, é preciso distinguir aquilo a que se chama instituições parciais e instituições totais.

Um espaço **institucional parcial**, é um meio que só acolhe uma parte das actividades quotidianas de um indivíduo; a escola ou o infantário são locais onde as crianças passam uma parte do seu dia.

Habitualmente desenvolvemos a nossa vida quotidiana em vários espaços institucionais parciais. As nossas diversas actividades passam-se em sítios diferentes com pessoas igualmente diferentes.

Um espaço **institucional total**, é um meio no qual a totalidade das actividades dos indivíduos se desenvolvem num mesmo local durante um tempo prolongado.

Num espaço institucional total, o indivíduo é de algum modo, envolvido e imerso num universo, onde é tratado da mesma maneira que todos aqueles que estão com ele, sendo esse tratamento, objecto de uma organização e de um controle que obedece (em teoria) a um programa racional.

Todo o espaço institucional, é um espaço fechado, definido por uma divisão fundamental entre um fora e um dentro. Este sistema, no entanto, é dotado de portas em certos locais, como sejam, as passagens obrigatórias.

Os **sistemas de proibição**, são sistemas de regulamentação com o mundo exterior. Tais indicações informam-nos sobre um mecanismo essencial em acção nos espaços institucionais: eles tendem a erguer-se em universos independentes, subtraídos às pressões e às influências do mundo exterior.

Os dispositivos espaciais, que rodeiam esses espaços, revelam nas suas características físicas a função de biombo e de defesa contra um meio exterior sempre potencialmente ameaçador e perturbador.

O interior, apresenta um conjunto de espaços, que foram pré-estabelecidos (independentemente de quem lá está) num universo imperturbável. São espaços previamente dispostos e organizados, segundo um conjunto de regras. Sobre certas superfícies definidas, vão ser distribuídos um número determinado de indivíduos, a quem são fixadas actividades.

Existe assim, uma relação estreita entre as componentes espaciais e a natureza das actividades. Todo o espaço institucional, dá lugar a uma organização interior que vai reflectir configurações específicas ditas "apropriadas".

O espaço institucional é sempre um espaço "standardizado" que integra um certo número de elementos em termos de equipamentos, devendo o conjunto conferir uma grande estabilidade.

Não podemos esquecer no entanto, as regras de organização dos espaços , na qual, a primeira é a **regra de afectação**, ou seja, a repartição das pessoas e das coisas.

Deve-se fixar os indivíduos de forma a que sejam referenciáveis e visíveis a cada instante, assim, cada indivíduo é melhor "controlado".

Uma segunda regra é a da **fruição pontual** dos espaços, em que, as instituições autorizam o seu pessoal a ocupar parcelas de espaço em momentos definidos.

O direito de fruição pontual revela que o controlo sobre os espaços é modulado de acordo com a natureza das actividades; podemos dizer, que certos espaços funcionam como uma "válvula de escape" em relação ao controlo exercido noutros locais do estabelecimento.

A organização de todo o espaço, assenta igualmente numa divisão segundo o **nível hierárquico**; quer isto dizer, que em função da nossa camada social e em função do nosso estatuto, teremos direito a um ou outro espaço reservado a que outros não têm acesso.

Uma última regra, que vem reforçar a anterior, ilustra o peso e a existência de fronteiras no interior dos espaços

institucionais, cujo sentido, é o de reservar certos locais como privilégio de alguns. Esta regra (a mais visível), é a regra de **proibição de acesso**.

Estas regras, traduzem claramente o facto de estarmos perante um espaço controlado, ou seja, um espaço institucional de liberdade vigiada.

Se nos interrogarmos, como é que o indivíduo é tratado e qual a visão que este dá da instituição, podemos dizer, que o indivíduo fornece o quadro das suas actividades, significando isto, que o seu papel é definido pela instituição e que este se deve conformar com os espaços que lhe estão atribuídos, Fischer(1994).

O espaço institucional, implica indivíduos suficientemente *maleáveis* para se adaptarem às "exigências" da organização.

### O Espaço Hospitalar

Na influência da organização dos espaços institucionais, em particular o Hospital Psiquiátrico,

existe uma relação entre organização do espaço e a actividade terapêutica.

O espaço **institucional hospitalar** é sempre um espaço organizado baseado numa racionalidade que pretende definir da forma mais funcional a relação espaço, actividade e indivíduo. O espaço obedece a um certo número de regras de vigilância e exprime-se como uma estrutura de poder, Goofman(1968;73), Hall(1984), Fischer(1994 ).

Os territórios como organização, definem-se pelo conjunto dos elementos que nela se encontram, a que Hall(1976;1994) chama modelos micro-culturais, pela relação existente entre o tipo de organização espacial e o comportamento que permite compreender as características do grupo e do espaço, ou seja, a cultura dessa *família* enquanto grupo social mas também para as micro variações que cada um introduz nessa mesma cultura.

A influência do espaço correspondente aos elementos semi-fixos (como as salas de espera) e que têm por efeito manter uma compartimentação entre os indivíduos. Chamou espaços sociofúgicos porque separam e isolam os indivíduos uns aos outros.

Os espaços hospitalares são construídos essencialmente por espaços sociofúgios porque apresentam uma disposição de cadeiras alinhadas ao longo da parede na sala de visitas, Fischer(1994).

Hall(1994) chama-lhes espaços "sociopatas", o que quer dizer que a arrumação favorece e desenvolve as relações entre os indivíduos.

Por vezes a frequência das conversas de canto é mais elevada do que frente a frente. Fischer(1994) refere que Osmond(1959) verificou que normalmente as pessoas se encontravam lado a lado, frente a frente e que se sentavam muito afastadas umas das outras.

A influência do espaço sobre o comportamento e as relações sociais, não são só provenientes das características físicas. Os papéis atribuídos actuam sobre as expectativas e as representações de cada um e as interacções que desenvolvem com outros e com o espaço.

Por vezes os doentes não tem nenhum lugar para guardar as suas coisas, a cama é o seu único território, o facto de instalar pequenas mesas no quarto é uma forma de verificar o efeito não só sobre o comportamento, mas também o tipo de relações que os indivíduos desenvolvem entre eles.

Nos seus estudos Goofman(1968) demonstrou que os doentes que possuem pequenos quartos, têm maior tendência para desenvolver actividades de contactos activos do que os que estão em quartos com várias camas.

A socialização tem um papel terapêutico, e verifica-se que se desenvolve preferencialmente entre os doentes que se encontram em quartos isolados ou com número reduzido de doentes. Em contrapartida, os doentes que partilham quartos com maior número de pessoas(enfermarias), desenvolvem actividades de forma isolada e passiva. Neste contexto, Goofman(1968); Fischer(1994), defendem que em hospitais psiquiátricos, é conveniente organizar quartos com um número limitado de camas.

### Quartos

Os quartos devem ser agrupados, no entanto, deve existir um espaço circundante entre as camas de modo a permitir uma privacidade ao doente e a operacionalização das actividades por parte dos profissionais, sem invasão do espaço contíguo, ou seja, sem invadir o espaço de outro doente.

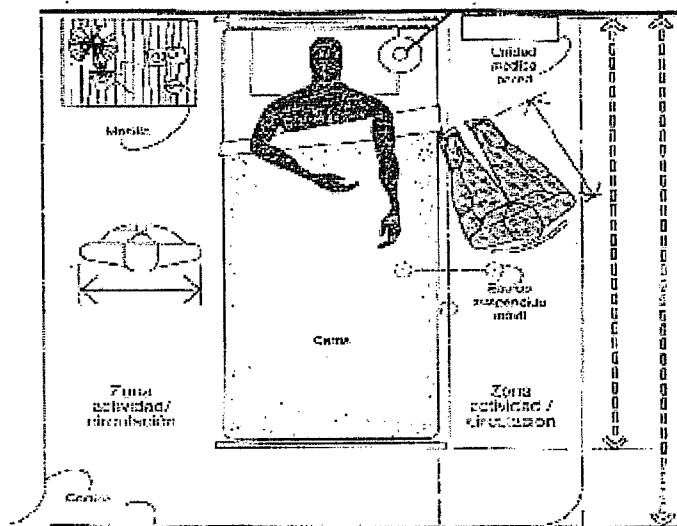


Figura 1: Modelo de um quarto hospitalar  
 Fonte: Sebenta de Ergonomia, IADE

### Escritórios/Gabinetes

Os espaços destinados a escritórios/gabinetes devem ser tratados ergonomicamente de uma forma cuidada tendo em vista proporcionar as melhores condições de trabalho.

Deste modo, os acabamentos dos interiores dos edifícios, devem ser tratados de uma forma agradável, com cores de relaxamento e tonalidades claras.

O conforto é relevante, devendo ser tido em consideração boas condições de iluminação natural e artificial, assim como, a sua climatização.

Não menos relevante, é o mobiliário, cujo "design" deve ser simples e funcional, com materiais e cores que se enquadrem no ambiente de trabalho.

As mesas de trabalho podem ter de largura dimensões entre 76 cm e 1,14 m dependendo da actividade do posto de trabalho.

Se tem funções de atendimento ou de reuniões, a dimensão deverá tender para o limite máximo de 1,14 m. No caso de atendimento/entrevista o espaço previsto para esta função nas mesas varia entre 13 cm e 30 cm.

Tratando-se de um posto de trabalho sem os requisitos referidos, normalmente a largura é entre 76 cm e 80 cm. O comprimento pode variar entre 1,20 m e 1,80 m, dependendo dos equipamentos utilizados (computador, impressora, telefone) e da actividade. A altura entre o pavimento e o tampo da mesa pode variar de 73 cm para 76 cm.

As cadeiras são também imprescindíveis no conforto das pessoas, devendo ser ergonômicas, podendo o assento variar entre 58 cm e 73 cm.

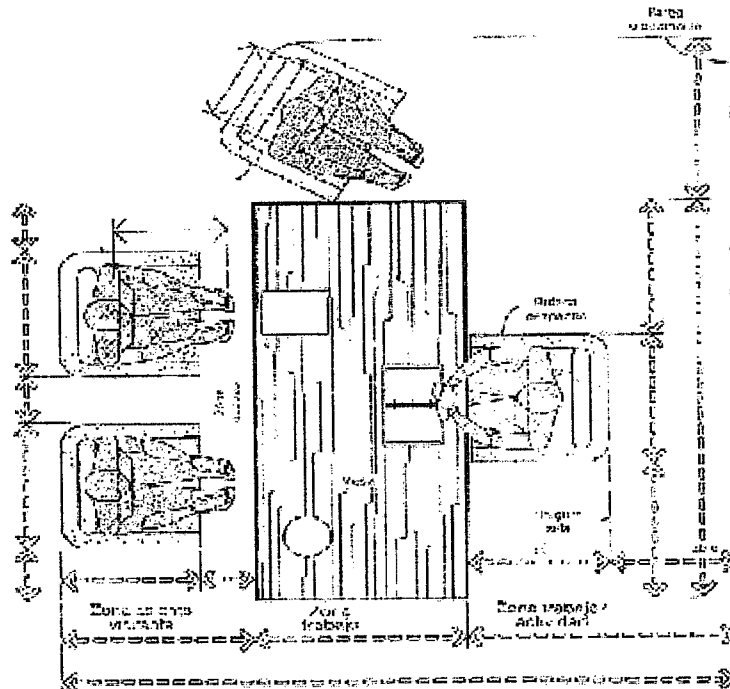


Figura 2: Modelo de Gabinete de Atendimento ou reuniões

Quando há mobiliário de apoio ou arquivos atrás do posto de trabalho, estes devem estar separados da mesa por uma distância mínima de 1,10 m por forma a permitir a abertura de portas ou gavetas e girar a cadeira.

O espaço para a abertura de portas e gavetas pode variar entre 36 e 56 cm acrescido de um espaço para ficar a cadeira entre 13 e 30 cm.

Os móveis de apoio deverão ter de altura entre 71 e 76 cm e a largura entre 46 e 60 cm.

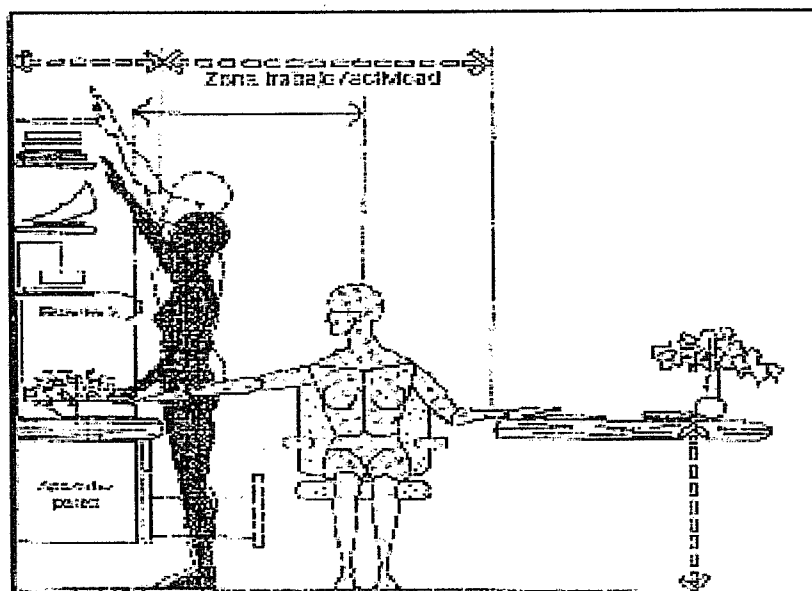
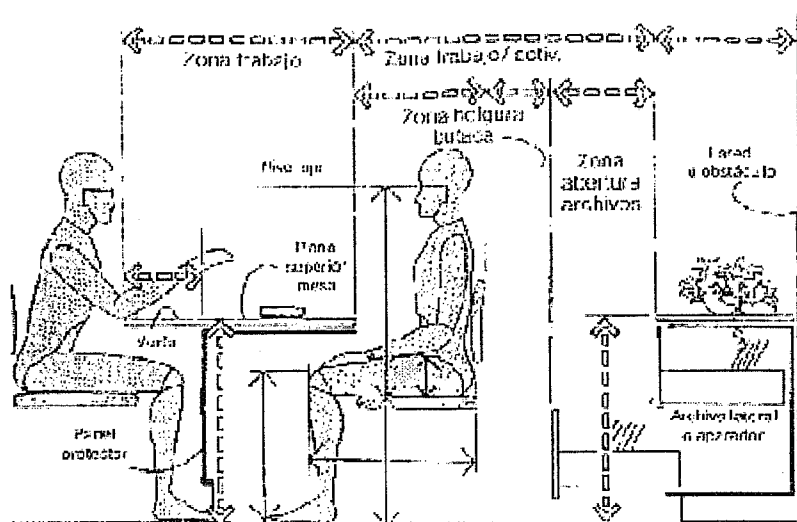


Figura 3: Modelos de gabinetes/escritórios  
Fonte: Sebenta de Ergonomia, IADE

### Gabinete de Enfermagem/Sala de Tratamentos

Os espaços para acolher e intervir na perspectiva de enfermagem sobre determinadas dimensões humanas são denominadas salas de tratamento ou gabinete de enfermagem.

A área de trabalho deve ser cerca de 23 m<sup>2</sup>. O armário de parteleiras tem um comprimento mínimo de 9,14 m, de modo que uma segunda pessoa não encontre obstáculos para exercer as suas funções.

O enfermeiro sentado à secretária, encontra-se distanciado do utente/doente 91,4 cm. O espaço entre a secretária e os arquivos é de 91,4 cm sendo de 50 cm a largura dos arquivos, o que melhora a visibilidade e o conforto dos técnicos.

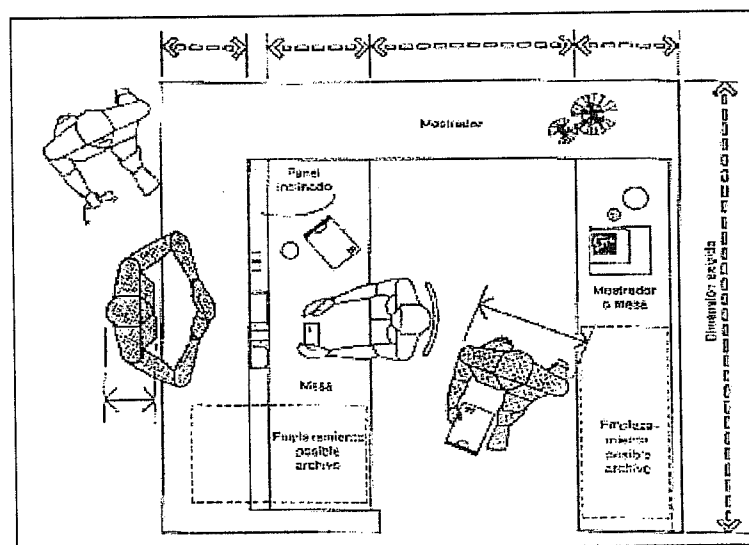


Figura 4: Modelo de gabinete de enfermagem/sala de tratamentos

Fonte: Sebenta de Ergonomia, IADE

### Sala de Refeições

Os espaços para as salas de refeições caracterizam-se por serem amplos e agradáveis proporcionando às pessoas poderem tomar as suas refeições de uma forma descontraída e com prazer, sendo simultaneamente, um local de convívio.

O mobiliário deverá ter um "design" simples e agradável enquadrando-se no ambiente descrito.

As mesas para refeição, poderão ser quadradas para quatro pessoas, devendo as suas dimensões variar entre 92 cm e 1,07 m de lado.

As mesas deverão estar distanciadas dos outros obstáculos (paredes, mesas) no mínimo 1,26 m a fim de permitir zonas de circulação com 80 cm.

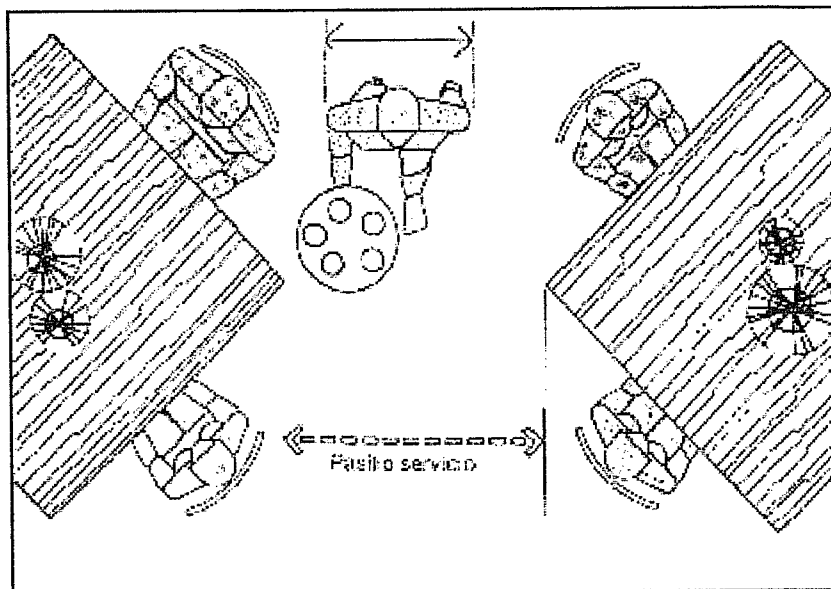


Figura 5: Modelo de sala de refeições  
Fonte: Sebenta de Ergonomia, IADE

O espaço ocupado por uma pessoa sentada poderá variar entre 46 e 60 cm em profundidade. Na mesa, com os braços apoiados, ocupa normalmente 76 cm.

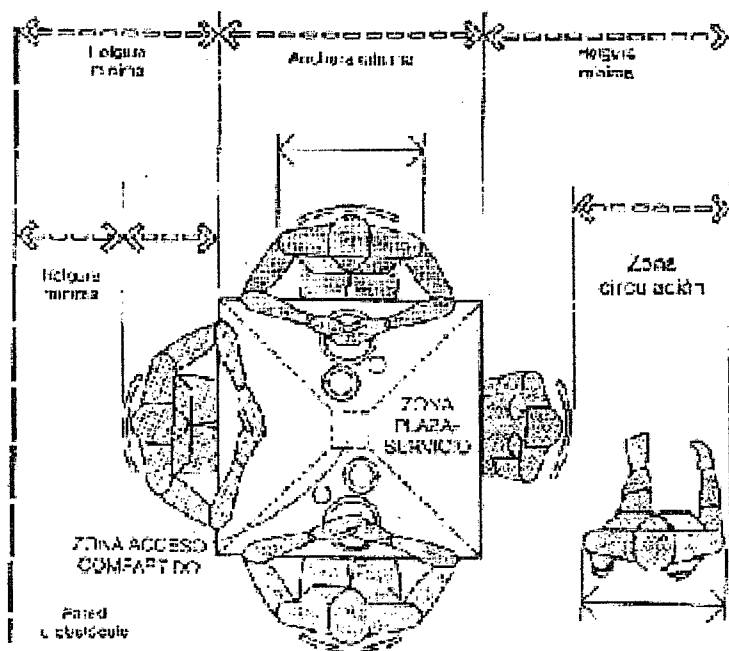


Figura 6: Modelo hospitalar de mesa de refeições  
 Fonte: Sebenta de Ergonomia, IADE

### O Hospital Júlio de Matos

O Hospital, foi concebido em moldes totalmente novos para a época, de arquitectura pavilhonar, enquadrado num espaçoso parque, forma um conjunto de construções que oferecem um agradável aspecto de "vila".

Cujas disposições foram concebidas de forma a transparecer de todos os recantos a imagem de repouso e da tranquilidade indispensável ao espírito dos pacientes, Correia(1962).

Uma harmonia suave desprende-se do ambiente: as cores rosas dos edifícios combinadas com a vivacidade de simpáticos arruamentos asfaltados e orlados de árvores simetricamente dispostos revelando a existência de uma ordem impecável, sempre imprescindíveis em estabelecimentos desta natureza.

No que refere às instalações pavilhonares, os edifícios diferem uns dos outros no tamanho e na forma.

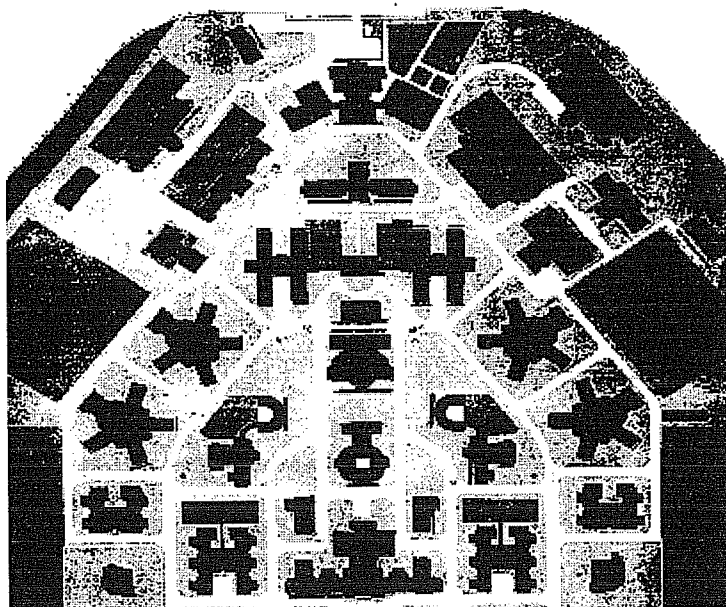


Figura 7: Implantação dos edifícios do Hospital Júlio de Matos

Fonte: Hospital Júlio de Matos

Foi inaugurado a 2 de Abril de 1942. Marca uma nova época em Portugal de regime aberto de internamento (os doentes entram por sua livre vontade podendo deixar a instituição assim que o desejarem), numa tentativa de suprimir o carácter repressivo das instituições psiquiátricas da época: *"respeita-se a liberdade individual e cultivam-se os sentimentos de responsabilidade pessoal e de respeito pelos direitos dos outros"*, Correia(1962,p.19).

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. Diz-nos Navalhas(1996) citando Barahona Fernandes(1980) que esta espécie de "paraíso psiquiátrico", não poderia durar muito tempo, gradualmente a pressão exterior penetrou os "muros" do hospital e aconteceu a sua regressão. Transformando-se numa instituição de características asilares na década de 60.

Actualmente, o seu espaço físico, designa-se por Parque de Saúde de Lisboa, do qual faz parte o Hospital Psiquiátrico Júlio de Matos e onde se instalaram outras unidades de saúde (Infarmed, Instituto Nacional de Sangue, A.D.S.E - Juntas Médicas).

Presta atendimento psiquiátrico 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.

No entanto, o atendimento encontra-se sectorizado, ou seja, o Hospital está dividido em quatro sectores (A,B,C,D), correspondentes a quatro áreas geográficas.

Situado numa zona nobre de Lisboa, circundado por algumas avenidas principais, como: a Avenida de Roma; Avenida do Brasil e segunda Circular.

Situado nas imediações do Aeroporto, e conseqüentemente, na rota dos aviões, está permanentemente sujeito a fortes ruídos aéreos não estando os edifícios construídos com materiais que garantam o isolamento acústico.

Para uma melhor compreensão do nosso estudo, iremos caracterizar o espaço pavilhonar de acordo com algumas dimensões ergonómicas, agrupando os serviços, de acordo com a estrutura física a que denominaremos de **Tipo A**, **Tipo B** e **Tipo C**.

### Estrutura Pavilhonar do Tipo A

Os serviços do tipo A estão instalados em edifícios com dois pisos, sendo o superior utilizado para internamento feminino e o inferior para internamento masculino.

O edifício caracteriza-se por uma concepção arquitectónica visando a sua utilização para os serviços de saúde.

O edifício com uma implementação 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 a cinco corpos autónomos, dos quais três são utilizados para enfermarias, um para ginásio e outro para serviços de apoio.

O acesso aos serviços faz-se através deste corpo.

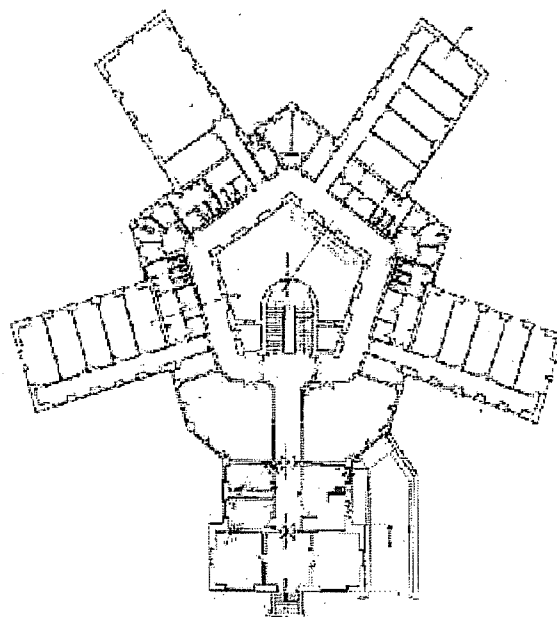


Figura 8: Estrutura Pavilhonar do Tipo A

A área total correspondente ao piso inferior é de 1536 m<sup>2</sup>. Cada um dos corpos afectos às enfermarias tem a área de 152 m<sup>2</sup> e são constituídos por cinco quartos com a área unitária de 21 m<sup>2</sup>.

No corpo de apoio com uma área de 259 m<sup>2</sup> estão instalados:

- dois gabinetes médicos cada um com área de 25 m<sup>2</sup>,
- o gabinete da chefia com 14 m<sup>2</sup> e a sala de tratamentos com 16 m<sup>2</sup>,

- o bar e o refeitório cada um com 70 m<sup>2</sup>,
- a copa com 30 m<sup>2</sup>

O ginásio dispõe da área de 99 m<sup>2</sup>.

As áreas de circulação horizontais ocupam na globalidade 339 m<sup>2</sup> subdivididas em 314 m<sup>2</sup> para corredores e 25 m<sup>2</sup> para o vestíbulo da entrada.

Fazendo uma análise à ocupação de alguns espaços verifica-se a seguinte densidade de ocupação:

Quadro 1: Área e densidade de alguns espaços da estrutura tipo A.

ESPAÇO	ÁREA	DENSIDADE
Quartos	21 m <sup>2</sup>	7 m <sup>2</sup> /h
Refeitório	70 m <sup>2</sup>	1,5 m <sup>2</sup> /h
Total	1356 m <sup>2</sup>	20,75 m <sup>2</sup> /h

Nota: m<sup>2</sup> - metros quadrados; h - habitantes

### Estrutura Pavilhonar do 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 15-21 m<sup>2</sup>. 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.

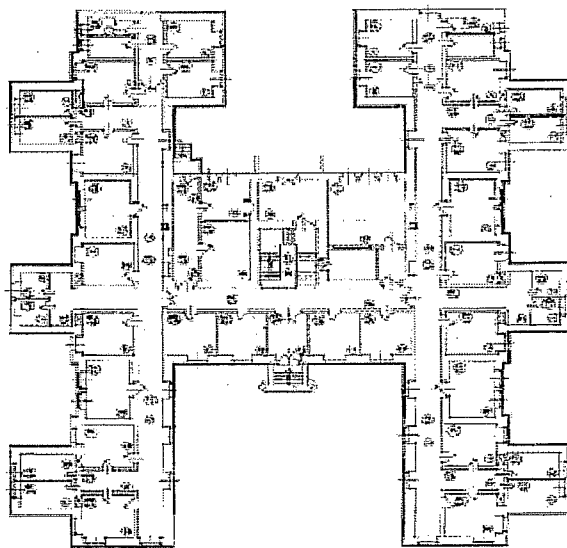


Figura 9: Estrutura Pavilhonar do Tipo B

A área de construção de cada piso é de 1371,5 m<sup>2</sup> totalizando os dois pisos 2743 m<sup>2</sup>.

Os quartos, têm a área útil de 16 m<sup>2</sup>.

Os gabinetes (médicos/enfermagem) têm a área de 15 m<sup>2</sup>.

As zonas de apoio instaladas no núcleo central, têm as seguintes áreas:

- Refeitório 1 - 21 m<sup>2</sup>
- Bar - 36 m<sup>2</sup>
- Copa - 16 m<sup>2</sup>
- Biblioteca - 16 m<sup>2</sup>

Tem ainda no piso inferior para zona de apoio:

- Refeitório 2 - 18 m<sup>2</sup>,
- Sala de reuniões - 18 m<sup>2</sup>
- Vestiário - 15 m<sup>2</sup>

Quadro 2: Área e densidade de alguns espaços da estrutura tipo B.

ESPAÇO	ÁREA	DENSIDADE
Quartos	16 m <sup>2</sup>	8<16 m <sup>2</sup> /h
Refeitório	18<21 m <sup>2</sup>	0,9<1,05 m <sup>2</sup> /h
Total	2743 m <sup>2</sup>	45,00 m <sup>2</sup> /h

Nota: m<sup>2</sup> - metros quadrados; h - habitantes

#### Estrutura Pavilhonar do Tipo C

O edifício é constituído por dois pisos, cuja organização interna dos espaços é muito idêntica, privilegiando-se na generalidade os pequenos espaços para gabinetes de apoio e enfermarias. É excepção a esta regra os espaços para um refeitório e o salão de estar (no piso inferior).

A circulação horizontal é interior aos compartimentos permitindo alguma funcionalidade nos acessos às enfermarias e gabinetes.

O aspecto funcional é no entanto contrariado pelo facto de os serviços se desenvolverem em dois pisos, no entanto, os serviços de apoio são no piso inferior.

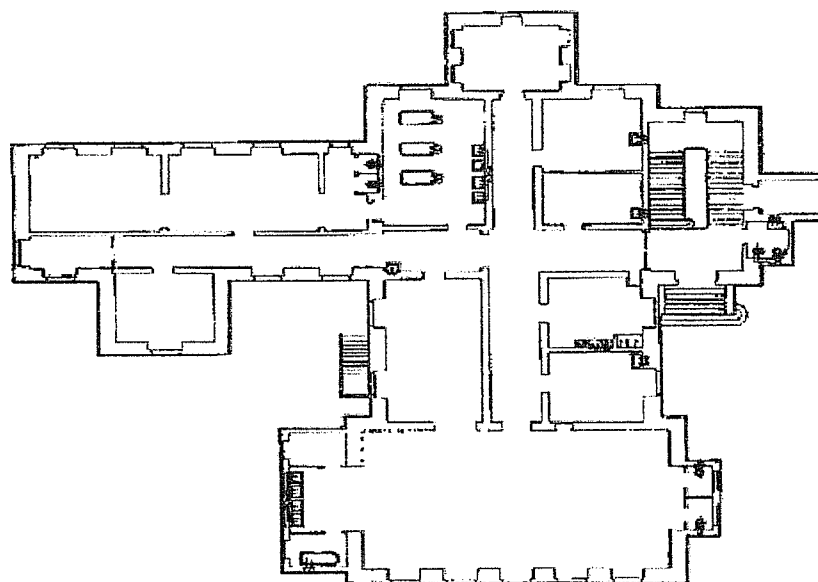


Figura 10: Estrutura Pavilhonar do Tipo C  
Fonte: Hospital Júlio de Matos

A área de construção do piso inferior é de 714,1 m<sup>2</sup> e do piso superior 429,5 m<sup>2</sup> sendo a área total de construção de 1143,6 m<sup>2</sup>.

As áreas de enfermarias são semelhantes e com a seguinte ocupação:

- 22,50 m<sup>2</sup> -- 4 camas
- 19,50 m<sup>2</sup> -- 4 camas
- 17,40 m<sup>2</sup> -- 5 camas
- 18,80 m<sup>2</sup> -- 5 camas

No que se relaciona com zonas de apoio, temos o piso inferior com os seguintes compartimentos:

- gabinete médico - 14,40 m<sup>2</sup>
- gabinete médico - 7,60 m<sup>2</sup>
- sala de tratamentos - 20,16 m<sup>2</sup>
- refeitório 1 - 37,7 m<sup>2</sup>
- refeitório 2 - 18,4 m<sup>2</sup>
- copa - 18 m<sup>2</sup>

No piso superior, a predominância dos espaços é utilizado para enfermarias tendo as seguintes áreas:

- 22,5 m<sup>2</sup> - 4 camas
- 19,5 m<sup>2</sup> - 4 camas
- 36,5 m<sup>2</sup> - 10 camas
- 14,4 m<sup>2</sup> - 3 camas
- 20,16 m<sup>2</sup> - 7 camas

Zonas de apoio: \* salão de estar - 39,9 m<sup>2</sup>  
\* sala de reuniões - 18,8 m<sup>2</sup>  
\* copa - 18 m<sup>2</sup>

Quadro 3: Área e densidade de alguns espaços da estrutura tipo C.

ESPAÇO	ÁREA	DENSIDADE
Quartos	14,4<36,5 m <sup>2</sup>	2,8<3,6 m <sup>2</sup> /h
Refeitório	18,4<37,7 m <sup>2</sup>	0,7<0,9 m <sup>2</sup> /h
Total	1143,6 m <sup>2</sup>	16,3 m <sup>2</sup> /h

Nota: m<sup>2</sup> - metros quadrados; h - habitantes

#### A Evolução Histórica do Doente Mental

A compreensão do doente mental, envolve o conhecimento do Homem numa interacção dinâmica e constante com o meio em que vive. A natureza humana integra a lógica e a afectividade, o real e o imaginário, a ordem e a desordem, a razão e a loucura, Navalhas(1996).

Contudo, no conceito actual de Homem, a "loucura" nem sempre foi vista como uma entidade patológica. De facto, como não se conheciam as suas causas, a loucura atravessou os tempos revestindo-se de diversos significados e

terapêuticas, de acordo com a conjectura própria de cada época (os contextos filosóficos, económicos e sócio-culturais, Navalhas(1996).

Aristóteles postulava que a função terapêutica da música durante os rituais era a despertar paixões. Esta foi a primeira definição clara de que a libertação de emoções reprimidas ou paixões, era pré requisito essencial para o tratamento efectivo da doença mental, visão que seria a base para o tratamento moral do início do século XIX. No entanto, as práticas supersticiosas continuaram a determinar a atitude popular em relação aos doentes mentais, que eram negligenciados, banidos e perseguidos.

Cícero (106-43a.c.), usou pela primeira vez a palavra "libido" (desejo violento) num sentido psicológico, enquanto Séneca (4 - 65) considerou a razão como básica para o comportamento Humano adequado e às paixões como perturbações da alma, distinguindo-as das efemeridades mentais.

Hipócrates (séc. IV a.c.), elaborou o conceito médico de loucura, onde fixavam a interacção dos quatro humores corporais. As pessoas eram classificadas de acordo com quatro temperamentos correspondentes sanguíneo, colérico,

melancólico e fleumático. O funcionamento da personalidade atingia nível óptimo ao ser alcançada a interacção perfeita das forças internas e externas. Hipócrates, contestava a visão predominante de que os distúrbios mentais especialmente a epilepsia, tivessem origem divina ou sagrada.

Com o tempo, o pensamento Grego estabeleceu a distinção entre a soma (corpo) e psique. Começou-se a considerar que os sonhos liberavam as pessoas de forças externas e que as libertavam dos obstáculos colocados pelos seus próprios corpos.

Platão atribuiu significado simbólico aos sonhos e Aristóteles propõe o tratamento da doença mental pela libertação das emoções reprimidas.

A subdivisão tripartida da alma feita por Platão (428-348 a.c.), entre apetite, razão e tempero, foi mais tarde comparada à divisão psicanalítica em id , ego e super-ego. Também o conceito de saúde mental como harmonia entre corpo e mente, levou à concepção de que a saúde mental era uma invenção de Platão.

Na conjectura da Idade Média, a doença mental é orlada de ideias místicas e ocultas. Atribui-se uma explicação

sobrenatural na defesa da sua associação com os espíritos malignos.

As terapias eram baseadas em rituais de exorcismo e purificação pelo fogo, quando os doentes apresentavam delírios e comportamentos alucinatórios.

Em 1547, e durante 200 anos, o asilo de St<sup>a</sup> Mary of Bethheem - Inglaterra; foi usado como asilo de doentes mentais, nesta época, os doentes mentais eram considerados como possuidores de maus espíritos, demoníacos e frequentemente torturados, eram acorrentados e colocados em grosseiras celas com palha no chão.

No séc. XVII, reconhece-se as características pessoais do indivíduo, porém há uma rejeição dessas mesmas características que o separam do padrão social. Em consequência, assiste-se a um movimento de segregação e uma lógica de exclusão, a fim de manter a ordem estabelecida. Assim o doente mental é encarcerado em prisões onde vive em condições miseráveis entre mendigos e outros marginais.

Só em 1700, os doentes que pareciam calmos tiveram o "privilégio" de serem postos em liberdade e mendigarem

pelas ruas, no entanto eram facilmente reconhecidos pela população. Nesta época, os asilos serviam para evitar que os doentes mentais fossem apedrejados até à morte.

Nos finais do séc. XVIII o doente mental adquire um estatuto de "louco" e é remetido para os Hospitais Gerais, onde vem a ter um tratamento mais humanizado com Pinel e Tuke.

William Tuke (1732- 1822), em Inglaterra, fundou um Hospital para os insanos, em 1706. A filosofia terapêutica era baseada exclusivamente no chamado tratamento moral. O edifício era espaçoso e alegre, localizado num lugar alegre e no campo, sem grades nas janelas. A espessa sebe de arbustos ao redor da propriedade, substituía os portões de ferro; as únicas armas de repressão eram camisas de forças e um quarto para confinamento temporário; havia à disposição amplos campos de ténis e espaço para actividades de recreação.

Em 1775, começou a construção do Hospital Bonifácio aberto sob a direcção do médico Vincenzo Chiarugi (1759-1820). O regulamento exprimia o dever moral supremo e a obrigação médica de respeitar o insano como indivíduo. Deste modo, a força física assim como métodos cruéis ou

constrangimento deveriam ser aplicados aos doentes, excepto quanto ao uso da camisa de forças - projectada de modo a não causar aflição excessiva ao doente.

No nosso século surge uma evolução do conceito de Homem. Permitindo novas abordagens na explicação e intervenção terapêutica do doente mental.

O século XX iniciou com a publicação do livro da "Interpretação dos sonhos" de Freud (1856-1939). ao qual representou um importante progresso para a compreensão da mente humana em três campos:

- apresentava uma técnica metodológica precisa para o estudo dos sonhos
- apoiava-se no estudo introspectivo do self.
- assentava os alicerces da psicologia, concebendo normalidade e patologia como contínuo.

Tornou-se um defensor da hipnose para o tratamento e cura dos sintomas histéricos pela libertação de emoções bloqueadas. Neste mesmo ano Freud descobriu o método da associação livre e (abandonou completamente a hipnose) em 1896, chamou "psicanálise".

Adler, pertenceu ao grupo de psicanalistas de Freud, no entanto, apresentava opiniões divergentes. Um dos

métodos de Adler era psicoterapêuticas, dava ênfase na gradual tomada de consciência pelo doente das suas metas e estilo de vida e na sua motivação para modificá-los no contexto de um relacionamento médico/doente cooperativo.

O trabalho de Adler representa um esforço pioneiro em alguns campos, nomeadamente em medicina psicossomática (inferioridade orgânica), terapia de grupo e psiquiatria comunitária (factores sociais na psicopatologia) e em psiquiatria existencial (estilo de vida).

Uma vez mais, a conjectura da época leva a uma regressão dos conceitos de psiquiatria. Os doentes mentais eram institucionalizados com carácter asilar.

Actualmente, com a evolução da psicofarmacologia, retomaram-se os conceitos de Adler.

O Hospital é hoje considerado como um elo de ligação à comunidade, ou seja, a actual abordagem do doente psiquiátrico é baseado nas correntes humanistas defendendo-se o tratamento em ambulatório.

Os internamentos são de curta duração. Pretende-se que o doente durante o tempo de hospitalização mantenha ou aumente as suas capacidades adaptativas de modo a que como

refere Navalhas(1996) citando Barahona Fernandes não volte a haver "alienados" e enfermos agravados pelo hospitalismo e outras perturbações institucionais e que, após a alta, se possa reinserir na comunidade, melhor preparado para a vida.

O reconhecimento cada vez maior de que mais de metade dos utentes que consultam os médicos de família sofrem de distúrbios psiquiátricos servirá para fazer compreender a necessidade de que a psiquiatria e outras especialidades devem trabalhar conjuntamente.

#### RELAÇÃO DE AJUDA

*"Uma pessoa forma-se no encontro com outras pessoas" Secord in: Watson (1980,p.23)*

O nosso quotidiano é constituído por encontros mais ou menos ocasionais. No relacionamento com os doentes, é necessário que os enfermeiros avaliem as diferenças entre um comportamento social patológico e o padrão de vida habitual de cada indivíduo, procurando o que é novo ou inesperado.

Relacionar os dados colhidos e compreender as vivências do doente de modo a permitir criar oportunidades para uma auto-compreensão é procurar um sentido a dar ao problema, ou seja, poder existir uma relação causa-efeito.

Na medida em que, sem impor o seu próprio sistema de valores, ajudam a compreender e promover atitudes e valores que conduzam à saúde física e emocional, o comportamento através da experiência permite exercer uma influência directiva e dinâmica em relação às respostas dos indivíduos em todas as situações, Allport(1937) citado por Valeriano(1991).

A relação de ajuda, tem um sentido muito profundo, engloba mais do que a presença física do enfermeiro junto do utente. É necessário uma profunda consciência do contacto com aquele que incentiva em desenvolver não só o crescimento pessoal, mas também, numa procura de soluções.

Bramner citado por Kyes (1985, p.51), diz-nos que "*a relação de ajuda na qual o que ajuda fornece ao utente certas condições de que ele necessita para satisfazer as suas necessidades básicas*".

Para que possa existir uma relação de ajuda, o enfermeiro deve ter consciência das características

emocionais e deve ser capaz de clarificar, ser preciso e concreto. Estar centrado no que diz respeito a si próprio e em relação ao outro, respeitar-se e respeitar, ser congruente e estar disponível, confrontar-se e ser empático.

*Ser-se humano é sentir. O único caminho para desenvolver a sensibilidade para consigo e para com os outros é reconhecer e sentir sentimentos tanto penosos (negativos) como os felizes (positivos).*

Watson(1980,p.16)

Chaliffour (1973), diz-nos que para investir numa relação de ajuda é necessário conhecer-se e utilizar adequadamente os seus recursos pessoais.

Valeriano(1996,p.8) diz que:

*a compreensão do outro e a ajuda para que possa lidar melhor com os acontecimentos difíceis da vida, não passa sómente por palavras, mas pelo desenvolvimento de uma sensibilidade que lhe permita estar atento não só ao seu mundo interior, mas aos seus comportamentos com a finalidade de compreender o mundo do outro.*

Isto implica, saber estar em silêncio, vivenciar as suas emoções, é necessário que o enfermeiro proceda a uma auto-avaliação relativamente aos seus sentimentos. Como vivem dentro de si o medo e a angustia.

Primeiro, temos que nos organizar internamente para depois, sermos capazes de lidar com as vivências emocionais dos outros.

Valeriano(1996,p.7) diz que *"a vivência emocional, não tem lugar à interpretação intelectual e objectiva dos factos, mas sim à interpretação emocional e subjectiva dos mesmos"*.

Estas características, são concretizadas através das suas atitudes e dos seus comportamentos, constituindo para os utentes uma fonte de motivação. Assim, a relação de ajuda é uma interacção entre duas pessoas contribuindo para a compreensão e satisfação das necessidades, Polleti(1980), Kyes(1985), Murray(1989).

Por vezes, é difícil para os técnicos reconhecer o que seja saúde e dar-lhe apoio ao tentar eliminar a doença. Na verdade, há um risco real daquilo que é considerado "anormal" na população geral, passe á categoria de "normalidade" dentro do hospital, Navalhas(1996).

Os profissionais de saúde, devem manter uma vigilância constante para não transmitir aos doentes expectativas de doença em vez de saúde, Cordeiro(1982). Isso, é

particularmente importante quando se lida com a componente emocional do comportamento do indivíduo.

Rogers(1969)refere que a relação de Ajuda é uma relação com a finalidade de promover o crescimento, o desenvolvimento e a maturidade da capacidade para enfrentar a vida.

### Ambiente Terapêutico

Os direitos privilégios e responsabilidades inerentes a um indivíduo numa sociedade democrática são também considerados e ajustados aos seus problemas de saúde.

O ambiente terapêutico, considera as necessidades do paciente individual. Oferecem-se experiências e actividades seleccionadas que o ajudem a participar e a comunicar com os outros.

Esse ambiente, leva em consideração várias técnicas e manobras que ajudam o doente a adquirir sentimentos de confiança, segurança, apoio, conforto e protecção, de acordo com as suas necessidades específicas.

Um aspecto importante, é a existência de um bom programa terapêutico com a colaboração dos familiares e amigos do doente (que são uma parte significativa da sua vida); Cordeiro (1982), Kyes (1985).

Durante o internamento do doente no hospital, é fundamental saber como estas pessoas afectam a sua doença e a hospitalização.

KYES e HOFLING (1995, p. 499) diz-nos que:

*Um ambiente terapêutico é um ambiente de vida dinâmico e flexível que tem em conta as necessidades específicas de um doente individual e um grupo de doentes no meio específico, para promover experiências de vida positivas e alterações positivas da saúde.*

A criação duma atmosfera saudável e a manutenção de atitudes para com os doentes visa especificamente a atender às suas necessidades emocionais.

A equipe, tem uma oportunidade de ajudar o doente a progredir na sua recuperação. Através da compreensão dos seus problemas avaliará as potencialidades saudáveis ou prejudiciais à sua reabilitação.

Com o conhecimento das noções básicas da psiquitria, o enfermeiro deve ficar mais sensível às necessidades das

outras pessoas e ter uma compreensão maior dos conflitos de todos os seres humanos.

### Relação Terapêutica Enfermeiro/Doente

É frequente pensar-se que a psiquiatria se interessa apenas pelo tratamento dos doentes mentais ou daqueles que apresentam um comportamento que a sociedade rótula de "loucos".

No atendimento ao doente, o enfermeiro deve estabelecer uma relação empática em que a comunicação é a arma fundamental do relacionamento terapêutico.

Diz-nos Lazure(1994) que a compreensão empática é a pedra angular de toda a relação de ajuda.

Esta comunicação, deve ser cordial e positiva ajudando a diminuir a ansiedade do doente e oferecendo-lhe alguma esperança.

Normalmente, os doentes procuram alguém para os estimular e encorajar. É da responsabilidade dos técnicos de saúde confirmar com o doente as necessidades e desejos

que estes comunicam; Watson(1985,1985), Murray e Atkinson(1989).

Os enfermeiros são responsáveis por proporcionar um ambiente tão livre de tensões externas quanto possíveis, para que grande parte da "energia" dos doentes possa ser utilizada para o seu processo de reabilitação, incluindo, não só o ambiente físico como o emocional.

A postura do enfermeiro que reconhece a necessidade do doente em expressar os seus sentimentos, vai ajudar a proporcionar uma atmosfera de liberdade do medo e do ridículo.

Isso inclui, a comunicação verbal e não verbal, uma disposição de escutar (independente do que está a ser dito), o reconhecimento da necessidade do doente de prosseguir de acordo com o seu próprio ritmo, Cordeiro(1982), KYES (1985).

Maslow, acredita que os seres humanos têm de se sentir seguros e bem cuidados antes de poderem começar a sentir o amor-próprio ou a auto-realização.

É importante a compreensão deste conceito por parte dos enfermeiros na medida em que podem proporcionar um ambiente seguro e estimulante.

Os doentes hospitalizados, possuem um sentimento de dependência, uma vez que se sentem desamparados e inúteis quando precisam da ajuda de terceiros (para a satisfação das suas necessidades). É imperioso o seu encorajamento na no restabelecimento da sua independência.

A empatia, é a capacidade de sentir o que o outro está a sentir, permitindo, a imediata compreensão e aceitação dos sentimentos do outro. *"A empatia forma a base para uma relação de ajuda entre a enfermeira e o seu paciente"*, Kyes e Hofling (1985, p.141).

A capacidade de desenvolver relações interpessoais, pode ser identificada, ensinada e aprendida. É importante, que os profissionais se tornem hábeis no uso dessa capacidade, pois parte da sua função, é assegurar um ambiente encorajador e estimulante; Valeriano (1991, 1994).

A pessoa que ajuda deve ser "aberta" e "acessível" para receber estímulos de outras pessoas que procuram ajuda e compreensão.

Quer isto dizer que, os profissionais de saúde devem estar livres de tensões opressoras, e ter a percepção da sua própria capacidade de lidar com os problemas quotidianos, devendo adoptar uma filosofia de que a maioria dos problemas tem solução, ou que pelo menos, podem ser modificados e minimizados.

Muitas vezes os enfermeiros ficam preocupados com as suas próprias ansiedades de tal forma que, deixam de se aperceber do sentimento do outro, Kyes(1985).

Não devemos esquecer a teoria de Maslow de que todos os seres humanos têm a necessidade de ser aceites, respeitados e importantes.

A arte de ouvir, é um dos aspectos mais importantes numa relação de ajuda. O enfermeiro deve dar total atenção e demonstrar interesse em compreender as preocupações do outro, dando-lhe o tempo necessário para que exponha os seus sentimentos sem o julgar ou criticar.

O uso de sinais e indicações não verbais, são uteis no processo de comunicação. É preciso estar atento à distância terapêutica.

As comunicações terapêuticas são uma fonte de recuperação para o doente, cabendo ao enfermeiro um papel importante para assegurar um ambiente seguro, fortalecedor e estimulante para o doente.

Na entrevista de ajuda, o entrevistador deve mostrar interesse em ouvir, compreender, aceitar. É a empatia do nosso próprio comportamento que dá suporte a estas atitudes.

É preciso estar preparado para demonstrar ao entrevistado quem somos, para que ele se sinta encorajado a olhar para o que ele é. Devemos ser sinceros, autênticos e congruentes.

Na relação de ajuda, a atitude empática do entrevistador é importante para que possa aprofundar os sentimentos e pensamentos visando a aproximação da realidade e do seu próprio EU.

Se existir qualquer dúvida sobre nós, não tem confiança. Sentirá que não é seguro nem aceitável confiar nos outros nem si mesmo.

Se acreditar que somos autênticos pela forma como expressamos os nossos pensamentos e sentimentos, as nossas

ambivalências e incertezas, pode sentir-se seguro expôr-se. Se não sente contradições nas nossas palavras, poderá aprender a escutar-se sem censura.

REIK(1954) citado por Kyes(1985) refere que devemos "deixar o entrevistado saber que somos sensíveis e conscientes", não por que lho dizemos, mas porque o demonstramos nos comportamentos.

Não é necessário manter uma distância, na tentativa de atingir o padrão do entrevistador "modelo", receando que o entrevistado aprenda a reagir a ele, e não a nós.

O entrevistador deve expor a sua humanidade tanto quanto possível, deixando de lado qualquer máscara, fachada ou outro "equipamento profissional" que crie barreiras entre ele e o entrevistado.

Quanto menos defensivos nos tornarmos como entrevistadores, mais poderemos ajudar o entrevistado a deixar de lado as suas defesas, em consequência, aumentará a comunicação.

A consciencialização da nossa escala de valores, sem que esta seja imposta ao entrevistado, traduz-se numa competência no qual estaremos mais aptos a ajudá-lo a ter

conhecimento dos seus próprios valores e a mantê-los, adaptá-los ou rejeitá-los.

É fundamental uma auto-avaliação, no sentido de se conhecerem os seus sentimentos relativamente ao "cuidar" das pessoas emocional e fisicamente doentes e conhecer as implicações do doente e suas repercussões na sua própria prestação de cuidados.

ROGERS(1961) salientou que a nossa própria necessidade de avaliação, afirmação ou negação, constitui o maior obstáculo á boa comunicação.

Enfermeiros com disponibilidade e conhecimentos sobre a linguagem não verbal, poderão compreender melhor o doente e assim, responder às suas necessidades, uma vez que, o comportamento pode esconder a "verdadeira" comunicação.

Na comunicação, existe uma possibilidade real de alterações da percepção, mesmo que se concorde com o entrevistado.

Procurar as razões que estão por trás do comportamento das pessoas constitui uma abordagem dinâmica da entrevista.

Algumas pessoas, consideram que a mudança é uma ameaça e não permitem uma comunicação clara e directa. Os seus valores são um escudo seguro para rejeitarem esta ameaça.

Muitos entrevistadores, aprenderam a demonstrar sem medo a sua disponibilidade e respeito para com o doente e descobriram que os entrevistados aprendem esta atitude, libertando os seus "medos e fantasias", sendo um passo importante para a sua reabilitação, Kyes (1985), Benjamim (1986), Valeriano (1994).

A "abordagem" é planeada para um doente com problemas e necessidades numa situação específica, tendo em conta natureza e o tratamento da respectiva patologia do doente.

Controlar os próprios sentimentos ao mesmo tempo que lida com os sentimentos do doente, nem sempre é tarefa fácil.

*Prestar um atendimento terapêutico significa prestar assistência ao paciente em termos daquilo que é condição optima para o paciente num dado momento*

KYES e HOFLING (1985,p.53)

## PLANO DE ESTUDO

Cada Hospital Psiquiátrico possui técnicos de saúde com habilitações específicas que se complementam e articulam entre si de forma a contribuir para a reabilitação e reinserção do doente internado na sociedade e assim contribuir para o alcance dos objectivos da instituição.

Sendo a comunicação/relação terapêutica um dos factores fundamentais que sustentam esta reabilitação do doente internado e conseqüentemente a sua reinserção na sociedade , será que o espaço de trabalho influencia a relação terapêutica?

Os enfermeiros, fazem parte dos técnicos que contribuem para esta reabilitação do doente internado.

Estão inseridos numa carreira profissional que se encontra regulamentada pelo Decreto-lei 437/91, cuja descrição das funções para a área da "prestação de cuidados" se encontra distribuído por duas categorias denominadas de nível 1 e nível 2.

Esta diferenciação tem por base um percurso profissional e uma formação específica que atribui aos

enfermeiros do nível 2, uma habilidade especializada em determinada área.

Os enfermeiros do nível 2 da área da "prestação de cuidados" dos hospitais psiquiátricos, possuem a Especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica e conseqüentemente um conhecimento mais profundo desta temática não só pelos conhecimentos teóricos mas por uma "praxis" profissional temporalmente mais alargada.

Assim, baseando-nos na Instituição em estudo e na própria Carreira de Enfermagem, parece haver diferenças significativas na percepção do espaço organizacional dos enfermeiros de cada categoria profissional, conduzindo-nos ao pressuposto de que a relação terapêutica enfermeiro (nível 1)/doente é mais influenciada pelo espaço organizacional, que a relação terapêutica enfermeiro (nível 2)/doente.

Neste contexto, parece existir maior concordância com as várias dimensões da relação terapêutica nos enfermeiros de nível 1, uma vez que, consideramos que, estes são os profissionais que necessitam de maior disponibilidade e envolvimento para que possam efectuar uma abordagem terapêutica.

Atendendo ainda, aos diferentes níveis de formação profissional, parece que os enfermeiros de nível 1 procuram maior supervisão e formação que os enfermeiros de nível 2.

FISHER(1994) diz-nos que "o espaço é condicionado por um tempo de presença". O espaço modela os indivíduos que por sua vez o modelam á sua maneira, existindo uma interdependencia entre o espaço e o comportamento.

Deste modo, parece-nos que os enfermeiros com mais tempo de instituição são menos influenciados pelo espaço de trabalho.

E ainda, que os serviços com características de espaço tipo A parecem ser mais favoráveis ao estabelecimento de relações terapêuticas do que os serviços com características de espaço tipo B.

Considerando que existem diferentes visualizações do "mundo" resultantes das conotações atribuídas aos diversos esteriótipos culturais, parecem existir também, diferenças significativas na percepção do espaço de trabalho entre as pessoas do sexo masculino e as do sexo feminino. Sendo esta percepção independente da idade.

## MÉTODO

Dada a inexistência de estudos sobre a influência do espaço físico na relação terapêutica enfermeiro/doente pretendemos desenvolver um estudo sobre as percepções dos enfermeiros face a esta problemática, que desconhecemos e que não se encontra ainda profundamente estudada.

Para a realização deste estudo foi seleccionado um hospital psiquiátrico - Hospital Júlio de Matos, com base nos sentimentos e percepção pessoal e na acessibilidade de colheita de dados.

Outra das razões que conduziu a esta opção prende-se com o facto de se prever uma reestruturação funcional do referido hospital em estudo.

O facto de ter sido seleccionado apenas este hospital, deve-se à dimensão do estudo e tendo em conta a metodologia utilizada.

Com a finalidade de se estudar o espaço desta Instituição na sua globalidade, foi efectuado um trabalho

conjunto com uma colega, no que respeita à caracterização do espaço físico assim como na percepção do próprio espaço.

Com a intenção de obtermos autorização para desenvolvermos o nosso estudo, efectuámos uma reunião com a senhora Enfermeira Directora, membro do Conselho de Administração, para dar conhecimento dos objectivos e assim obtermos deferimento ao ofício que formalizava o nosso pedido (anexo 1).

A bibliografia consultada mostrou-nos que, estudos do tipo qualitativo e quantitativo têm como objectivo explorar e descrever fenómenos no seu ambiente natural.

De acordo com GIL(1989), os estudos exploratórios permitem ao investigador familiarizar-se com o fenómeno e conseguir uma compreensão deste para poder familiarizar um problema com precisão e/ou criar novas hipóteses.

SELTIZ(1967) e POLIT(1985), dizem-nos que um estudo descritivo é um estudo de campo que tem por objectivo a descrição sistemática dos factos e dos elementos que compõem a situação que se quer estudar assim como, determinar a frequência com o qual o acontecimento se produz ou está associado a outro, onde o investigador

Assim, a escala original, num trabalho conjunto com uma colega, foi traduzida e confirmada a tradução pelo método de juizes(3), e adaptada à realidade do espaço hospitalar psiquiátrico do Hospital Júlio de Matos.

Foram retiradas as questões número 2, 5 e 10, por estes itens corresponderem a situações inexistentes no hospital. Foi ainda alterado o conteúdo da pergunta nº21.

Na segunda parte do nosso questionário, é também utilizada uma escala de Likert em que, cada sujeito se posiciona na escala de 1 a 5 de acordo com a opinião de concordo (5) ou discordo (1). Pretende-se aqui avaliar a percepção da relação terapêutica, ou seja, a atitude do enfermeiro face ao doente internado. Esta percepção será avaliada através de 18 perguntas.

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

Para validar o conteúdo do questionário, foi submetido a sua apreciação a um "grupo de juizes" constituído por

apresentação, com um espaço para apresentarem sugestões de reformulação.

A fiabilidade do instrumento foi examinada, em termos de consistência interna, através do coeficiente de alpha de Cronbach(.76), que de acordo com alguns autores, é o coeficiente mais apropriado para instrumentos que integram indicadores de escolha múltipla, consideram ainda como valor mínimo para a consistência interna de um instrumento o valor de .70 de Alpha de Cronbach.

Verificámos que algumas perguntas na segunda parte não se encontravam correctamente formuladas pelo que, foram retiradas três questões, tendo sido corrigida a linguagem de outra questão.

Na terceira parte do nosso questionário, foi retirada a variável serviço, a fim de não limitar os sujeitos nas suas respostas, tendo-se decidido pela sua codificação.

No Hospital Júlio de Matos, para dar conhecimento do estudo e da respectiva deslocação aos serviços, realizaram-se duas reuniões, uma com a Directora Clínica e outra com os Enfermeiros Chefes.

A aplicação dos questionários(anexo IV), foi efectuada durante duas semanas do mês de Julho, a todos os

enfermeiros que se encontravam de serviço. Os questionários foram distribuídos e recolhidos em envelope e em mão.

O tratamento estatístico dos dados foi efectuado informaticamente com o recurso do SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows, Release 6.0.

Como medidas descritivas recorreremos a frequências absolutas, médias e modas, desvio padrão como medida de dispersão.

Foram ainda utilizadas as seguintes medidas analíticas:

1. Coeficiente de correlação  $r$  de Pearson, para medir a associação das variáveis
2. Teste de Igualdade de Médias
3. Análise de Variância Simples Paramétrica

Saliente-se aqui, que para construir as variáveis que medem a percepção sobre **o espaço de trabalho** e a **relação terapêutica**, somaram-se as preposições que integram cada uma das novas variáveis e dividiram-se pelo mesmo número de preposições para que a nova variável continuasse a ter um conjunto de valores a variar entre um e cinco, que eram os valores da escala original.

Garantindo-se desta forma a possibilidade de se compararem quer os indicadores quer as dimensões em análise.

Relativamente às questões formuladas pela negativa, saliente-se o facto de que estas preposições, estatisticamente foram tratadas e analisadas na sua forma invertida.

Optou-se por uma regra de decisão admitindo um erro máximo de 5%  $\Leftrightarrow \alpha = 0.05$ :

- Se a probabilidade ou significância for  $\leq 0.05 \Rightarrow$  aceitando-se que entre as duas variáveis, existe relação estatisticamente significativa;
- Se a probabilidade ou significância for  $> 0.05 \Rightarrow$  admite-se que entre as variáveis não existe relação estatisticamente significativa.

### Entrevista

Através das entrevistas, pretendeu-se compreender e analisar com maior profundidade a percepção que os enfermeiros têm sobre a influência do espaço na relação terapêutica.

Durante o mês de Outubro de 1996, foram efectuadas as entrevistas, cuja demora média foi de trinta minutos. No procedimento da selecção dos sujeitos do nosso estudo, optou-se por uma selecção aleatória accidental dos serviços e dos dias em que se realizaram as entrevistas.

O guião da entrevista (anexo III) é composto por cinco questões, com o objectivo de avaliar a percepção que os enfermeiros têm :

- do seu espaço de trabalho,
- das estruturas que consideram ser mais facilitadoras da relação terapêutica;
- e dos factores que influenciam a relação terapêutica

Procedeu-se à aplicação de um *inquérito semântico*, para determinar o "perfil do ambiente na relação de ajuda".

Os dados recolhidos através da entrevista, serão analisados através da técnica de análise de conteúdo, que segundo BERLSON, "é uma técnica de investigação que tem por finalidade a descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação", citado por BARDIN(1977; p.19).

## RESULTADOS

Iniciaremos este capítulo pela apresentação e análise dos resultados obtidos, a partir dos nossos instrumentos de colheita de dados.

Ressalvo desde já, a não representatividade dos resultados, pois não correspondem ao universo dos enfermeiros do Hospital Júlio de Matos.

Os instrumentos utilizados implicam tratamento e análises diferentes pelo que, ao longo deste capítulo, considerámos importante separar as respectivas análises.

Nas tabelas e figuras que apresentamos no decorrer deste trabalho, não será referida a data e a fonte, por se reportarem exclusivamente aos dados deste estudo.

Neste trabalho de pesquisa tentamos abordar as variáveis dependentes e independentes de modo a permitir um conhecimento tão profundo quanto possível do estudo em causa.

A apresentação dos dados referem-se sempre aos 81 enfermeiros, salvo em indicação contrária, o grau de significância a  $\alpha=0,05\%$  (sig.=prob.).

Nesta análise de dados utilizaram-se algumas estatísticas descritivas, cujas medidas de tendência central utilizadas foram a média, mediana, moda e como medidas de dispersão; o desvio padrão.

Para construir as variáveis que medem a percepção dos sujeitos sobre o espaço de trabalho e a relação terapêutica, procedeu-se a quantificação das variáveis.

Utilizou-se a média dos Scores (somaram-se as preposições indicadas e dividiram-se pelo mesmo número de preposições para que a nova variável continuasse a ter um conjunto de valores a variar entre um e cinco, que eram os valores da escala original).

Uma vez que, os resultados obtidos não davam valores inteiros, procedeu-se à reclassificação da escala, a fim de definir os 5 intervalos, mencionados no Quadro 5.

Quadro 5: Reclassificação dos intervalos da escala

PREPOSIÇÕES	SCORES	PERCEPÇÕES
1	0 - 1,8	NEGATIVA
2	1,9 - 2,6	
3	2,7 - 3,4	NEUTRA
4	3,5 - 4,2	POSITIVA
5	4,3 - 5	

Foi ainda utilizado o cálculo do coeficiente de correlação bicaudal de r de Pearson para medir a intensidade e o sentido da relação entre variáveis. O Teste de Igualdade de Médias (T-test) para comparar as variáveis dicotomizadas, e Análise de Variância Simples Paramétrica.

#### Caracterização dos Sujeitos

Ao analisarmos a Figura 11, podemos verificar que no nosso estudo a amostra é constituída por 81 enfermeiros distribuídos por duas categorias profissionais correspondendo respectivamente 46(56,8%) ao nível 1 e 35(43,2%) ao nível 2.

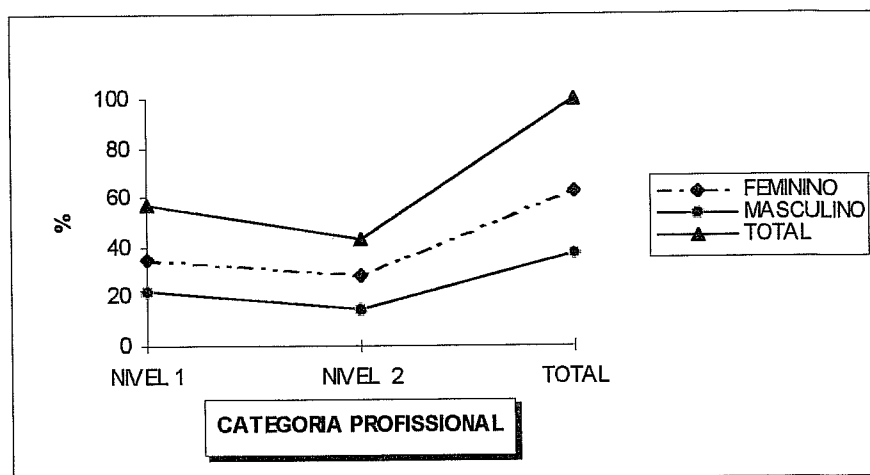


Figura 11: Distribuição da porcentagem dos sujeitos por categoria profissional

Verificamos no Quadro 6, que 51(63%) de sujeitos são do sexo feminino, dos quais 28(34,6%) são enfermeiros do nível 1 e 23(28,4%) do nível 2 .

Ao sexo masculino correspondem 30(37%) dos sujeitos sendo 18(22,2%) do nível 1 e 12(14,8%) do nível 2.

Quadro 6: Distribuição dos sujeitos por sexo e categoria profissional.

CATEGORIA PROFISSIONAL						
SEXO	NIVEL 1		NIVEL 2		N	%
	n	%	n	%		
FEMININO	28	34,6	23	28,4	51	63
MASCULINO	18	22,2	12	14,8	30	37
N =	46	56,8	35	43,2	81	100

Pela observação do Quadro 7, podemos constatar que predominam, com 43(53,1%), os sujeitos com idade superior a 40 anos, correspondendo um tempo de exercício profissional na instituição superior a 5 anos, com 45(55%) dos sujeitos.

Quadro 7: Distribuição dos sujeitos por idade e tempo de exercício profissional na instituição.

	<i>n</i>	%
<b>IDADE</b>		
< 30 ANOS	18	22,2
30-39 ANOS	20	24,7
40-49 ANOS	19	23,5
50 OU MAIS	24	29,6
<b>TEMPO DE EXERCÍCIO</b>		
< 1 ANO	22	27,2
2-4 ANOS	14	17,3
5-10 ANOS	15	18,5
10 OU MAIS	30	37,7

Através da análise das medidas descritivas para a idade e tempo de exercício profissional na instituição, segundo o sexo, podemos verificar no Quadro 8 que, para uma mesma amplitude, corresponde ao sexo feminino uma média de idades superior (41,94 anos), assim como uma média superior de tempo de exercício profissional (14,17 anos).

Quadro 8: Medidas descritivas para idade e tempo de exercício na instituição segundo o sexo.

GRUPOS		MEDIANA	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MÍNIMO	MÁXIMO
FEMININO	IDADE	46,00	41,94	11,58	22,00	64,00
	TEMPO INSTITUICAO	10,00	14,17	11,88	1,00	36,00
MASCULINO	IDADE	36,00	38,57	12,30	22,00	64,00
	TEMPO INSTITUICAO	2,00	7,93	10,98	1,00	35,00

Relativamente à distribuição dos nossos sujeitos, Figura 12, verificamos uma variabilidade dos mesmos por serviços, correspondendo uma maior percentagem aos serviços 1; 10; 31 (codificados).

No agrupamento por tipo de serviço, podemos verificar que o serviço com estrutura física Tipo A(seis serviços) e Tipo C(cinco serviços) têm uma maior percentagem de sujeitos 39(48,1%) e 30(37,1%) respectivamente. Correspondendo uma menor distribuição aos serviços Tipo B(um serviço), com 12(14,8%).

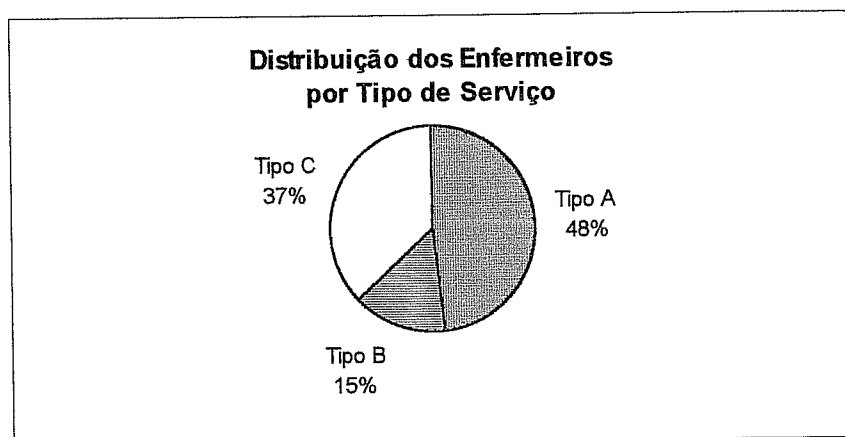
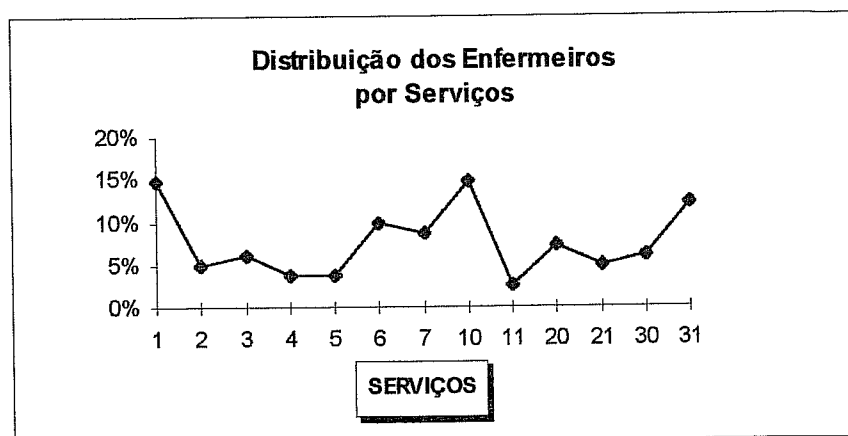


Figura 12: Distribuição dos sujeitos por serviços

Salientamos que, as escalas seleccionadas, foram aplicadas pela primeira vez num contexto hospitalar português, razão pela qual, procederemos à sua validação e as descreveremos separadamente.

## Espaço de Trabalho

Atendendo que a escala que mede o espaço de trabalho, sofreu uma adaptação ao espaço do Hospital Júlio de Matos, iniciaremos por uma validade da mesma.

Alguns autores, dizem que existe três formas interdependentes e intercorrelacionadas para acumular evidências para a validade. No entanto, e dependendo do uso que for dado ao teste, assim se deve investir mais numa ou noutra forma.

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

A determinação do alpha de Cronbach, diz-nos que para os primeiros 15 itens da escala  $\alpha=.90$  , e que com a utilização dos itens totais(18) melhora para  $\alpha=.92$  .

Considerando como score neutro [2,6-3,4], que corresponde às posições indecisas, podemos observar na Figura 13, que 77,8% dos sujeitos do nosso estudo tem uma percepção sobre o "espaço de trabalho" negativa e

imprecisa, sendo o valor médio(2,798) e mediano(2,667), tendencialmente baixo.

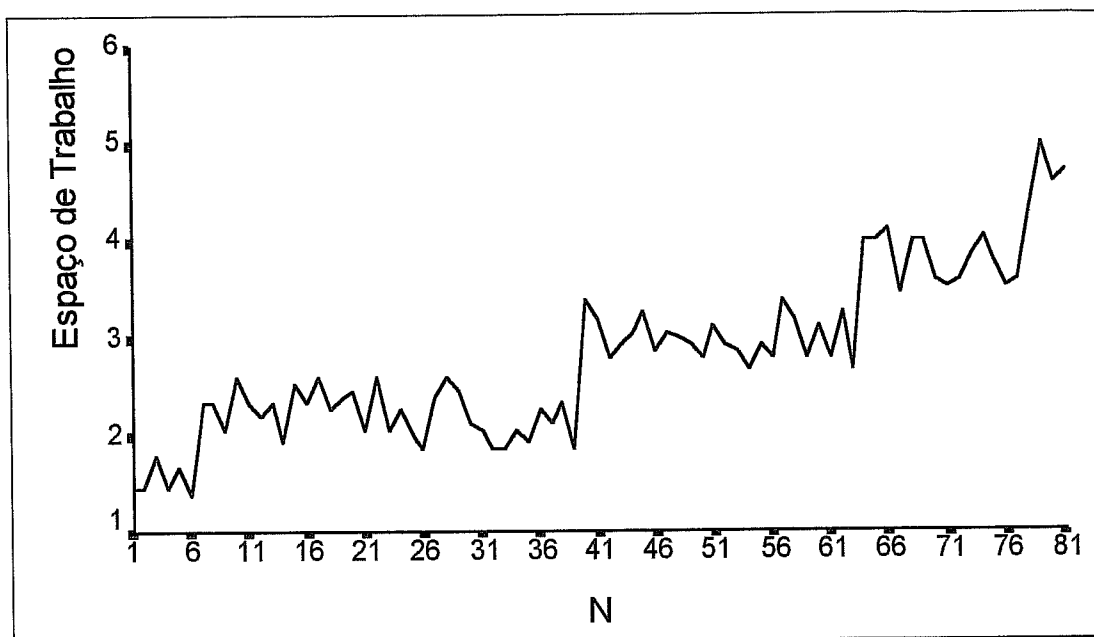


Figura 13: Comportamento médio dos sujeitos relativamente ao espaço de trabalho

Tal facto foi confirmado através dos itens(16;17;18), como se pode observar na Tabela 1, onde se pode observar que para uma amplitude que engloba os níveis totais da escala [1-5], têm respectivamente valores médios 3,02; 2,91 e 3,14 com desvio padrão superior a 1,22.

Tabela 1: Medidas descritivas da variável espaço

Espaço de Trabalho						
	MÉDIA	MEDIANA	MODA	DESVIO PADRÃO	MINIMO	MÁXIMO
item 16	3,02	3,0	3,0	1,27	1,0	5,0
item 17	2,91	3,0	3,0	1,22	1,0	5,0
item 18	3,14	3,0	4,0	1,38	1,0	5,0
ESPAÇO	2,80	2,7	2,3	0,81	1,4	5,0

A compreensão destes resultados, passa necessariamente pela visualização pormenorizada de todos os itens da escala que avalia o espaço de trabalho.

Assim, no Quadro 9 mencionaremos a distribuição dos sujeitos pelas respectivas posições que atribuíram em cada item, no que se refere a frequência, percentagem relativa e acumulada.

Em cada item deve ler-se respectivamente em cada posição a frequência ( $n$ ) a percentagem (%) e a percentagem acumulada (% cum). Nas posições 1 e 5 não são mencionadas a percentagem acumulada, porque na posição 1 coincide com o próprio valor percentual e na posição 5 é igual a 100%.

Quadro 9: Distribuição dos sujeitos pelos itens que avaliam o espaço de trabalho.

<b>ESPAÇO DE TRABALHO</b>				
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
desconfortável		n (% ; % cum)		confortável
<b>1. Temperatura</b>				
8(9,9)	17(21;30,9)	28(34,6;65,4)	15(18,5;84)	13(16)
<b>2. Aquecimento</b>				
10(12,3)	19(23,5;35,8)	29(35,8;71,6)	10(12,3;84)	13(16)
<b>3. Diferenças de temperatura</b>				
12(14,8)	20(24,7;39,5)	26(32,1;71,6)	16(19,8;91,4)	7(8,6)
<b>4. Condições de arejamento</b>				
18(22,2)	22(27,2;49,4)	10(12,3;61,7)	15(18,5;80,2)	16(19,8)
<b>5. Ruídos perturbadores da concentração</b>				
21(25,9)	25(30,9;50,8)	23(28,4;85,2)	10(12,3;97,5)	2(2,5)
<b>6. Intensidade sonora do ambiente (ruídos de fundo)</b>				
12(14,8)	33(40,7;55,6)	23(28,4;84)	9(11,1;95,1)	4(4,9)
<b>7. Barulhos de origem particular (vozes ou aparelhagens)</b>				
11(13,6)	24(29,6;43,2)	27(33,3;76,5)	6(7,4;84)	13(16)
<b>8. Barulhos provenientes do exterior</b>				
25(30,9)	17(21;51,9)	16(19,8;71,6)	11(13,6;85,2)	12(14,8)
<b>9. Conforto do mobiliário</b>				
19(23,5)	23(28,4;51,9)	24(29,6;81,5)	7(8,6;90,1)	8(9,9)
<b>10. Espaço utilizado na sua zona de trabalho</b>				
14(17,3)	18(22,2;39,5)	25(30,9;70,4)	9(11,1;81,5)	15(18,5)
<b>11. Espaço de que dispõe para o trabalho</b>				
17(21)	13(16;37)	25(30,9;67,9)	13(16;84)	13(16)
<b>12. Espaço de privacidade pessoal para desenvolver alguns trabalhos</b>				
34(42)	18(22,2;64,2)	12(14,8;79)	10(12,3;91,4)	7(8,6)
<b>13. Intimidade de diálogo</b>				
25(30,9)	16(19,8;50,6)	14(17,3;67,9)	19(23,5;91,4)	7(8,6)
<b>14. Iluminação eléctrica</b>				
8(9,9)	11(13,6;23,5)	28(34,6;58)	19(23,5;81,5)	15(18,5)
<b>15. Intensidade luminosa</b>				
3(3,7)	7(8,6;12,3)	34(42;54,3)	21(25,9;80,2)	16(19,8)
<b>16. O espaço físico influencia o trabalho</b>				
12(14,8)	14(17,3;32,1)	29(35,8;67,9)	12(14,8;82,7)	14(17,3)
<b>17. Qual o grau de satisfação face às condições físicas de trabalho</b>				
10(12,3)	21(25,9;38,3)	28(34,6;72,8)	10(12,3;85,2)	12(14,8)
<b>18. O espaço físico influencia a relação terapêutica enfermeiro/doente</b>				
13(16)	16(19,8;35,8)	15(18,5;54,3)	21(25,9;80,2)	16(19,8)

Nota: entre parênteses: percentagem; percentagem acumulada

Através da observação e análise do mesmo, podemos constatar que mais de 50% dos sujeitos atribuem valores abaixo da posição 2 (muito desconfortável), nos itens que avaliam respectivamente:

- o ruído (5;6;8),
- conforto do mobiliário (9),
- espaço de privacidade pessoal para desenvolver trabalhos (12) e
- intimidade de diálogo (13).

Este facto encontra-se mais nitidamente visível quando questionamos os sujeitos, no item 17, sobre "o grau de satisfação face às condições físicas do trabalho" no qual, podemos verificar que 72,8% se situam em posições inferiores ou iguais a três, situando-se nas posições quatro e cinco respectivamente 12,3% e 14,8%.

No item 16 "o espaço físico influencia o trabalho", deduzimos também, que existe uma indiferença nas suas posições (72,8% dos sujeitos atribuem pontuação  $\leq 3$ ).

No entanto, quando os questionamos sobre "o espaço influencia a relação terapêutica", verificamos que melhora a pontuação atribuída a esta variável.

Consideramos assim, que os enfermeiros (N=81) do Hospital Júlio de Matos, relativamente ao seu espaço físico

de trabalho, 35,8% consideram que dificulta (posições  $\leq 2$ ) enquanto que, 45,7% dos enfermeiros consideram que facilita a relação terapêutica.

No sentido de explorarmos a nossa variável em estudo, procedeu-se ao cruzamento do espaço de trabalho com as variáveis independentes de caracterização.

Constatámos então, na análise da Tabela 2, que não existem correlações significativas das variáveis sexo; idade; categoria profissional com qualquer das variáveis do espaço, quer através da quantificação da variável espaço de trabalho, quer dos serviços (individualmente ou agrupados).

Tabela 2: Valores das correlações r de Pearson das variáveis independentes e espaço de trabalho

	Espaço de Trabalho				
	Idade	Tipo Ser	Serviços	Sexo	T.Inst
Idade	-----				
Tipo Ser	,1007	-----			
Serviços	-,0628	-,7035**	-----		
Sexo	-,1391	-,0744	-,1292	-----	
T.Inst	-,0835	,7651**	-,0477	,0807	-----
<b>Espaço</b>	<b>,0182</b>	<b>,3964**</b>	<b>-,2815**</b>	<b>,0205</b>	<b>-,0835</b>

Nota: \* p < .05 ; \*\* p < .01; Tipo Ser = Tipo de Serviço;  
T.Inst = Tempo de Instituição

Relativamente à variável tempo de exercício profissional na instituição, podemos verificar que se

encontra significativamente associada ao tipo de serviço.

Apesar dos resultados, com o auxílio de outros testes estatísticos, fomos observar o comportamento da variável espaço de trabalho. Assim, e como a variável "categoria profissional" está dicotomizada e a variável espaço é uma variável quantitativa, comparou-se os scores médios das duas categorias profissionais.

Foi efectuado o Teste de Igualdade de Médias onde, na Tabela 3, constatamos que embora os enfermeiros de nível 1 apresentem um score médio (2,87) ligeiramente superior aos enfermeiros do nível 2 (2,71), a diferença não é estatisticamente significativa ( $t=.390$ ;  $p > .05$ ).

Tabela 3: Medidas descritivas e valores de t para a percepção do espaço de trabalho segundo a categoria profissional e o sexo

Espaço de Trabalho					
	n	Média	Desvio Padrão	t	P
<b>Categoria profissional</b>					
nível 1	46	2,87	.83		
nível 2	35	2,71	.80	.390	.668
<b>Sexo</b>					
Feminino	51	2,79	.79		
Masculino	35	2,82	.86	.856	.458

Confirmámos que os scores médios entre os sujeitos do sexo masculino (2,82) e feminino (2,79) não diferem significativamente ( $t=.856$ ;  $p>.05$ ).

Realizaram-se ainda, testes (Análise de Variância Simples Paramétrica) para aferir se existe efectivamente relação entre a percepção do espaço de trabalho segundo a idade e tempo de exercício na instituição. Verificámos na Tabela 4, que também não se registam diferenças significativas ( $F=1,16$ ;  $F=,6076$ ;  $p\geq.05$ ) respectivamente para a idade e tempo na instituição.

Tabela 4: Valores de F para o espaço de trabalho segundo a idade e tempo de instituição

<b>Espaço de trabalho</b>					
	<b>n</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
<b>Idade</b>					
<30 anos	18	2,96	.73	1,93	4,60
30-39 anos	20	2,63	.76	1,47	4,73
40-49 anos	19	2,62	.68	1,47	3,80
50 ou + anos	24	2,96	.99	1,40	5,00
<b>F(1,16) ; p=.3308</b>					
<b>Tempo de instituição</b>					
<1 ano	22	2,96	.85	1,80	4,73
2-4 anos	14	2,88	.89	1,47	5,00
5-10 anos	15	2,64	.74	1,47	4,00
+ 10 anos	30	2,72	.80	1,40	4,33
<b>F(,6076) ; p=.61</b>					

## Relação Terapêutica

O procedimento foi idêntico ao da escala do espaço de trabalho, ou seja, procedeu-se a uma avaliação das suas qualidades métricas.

A escala inicialmente construída, e baseando-nos nos resultados do pré-teste, apresentava consistência interna. No entanto, e atendendo numero de sujeitos ( $n=30$ ), decidimos proceder à validação da escala.

A variável "relação terapêutica" é também quantificada na sua globalidade pela média do total dos itens da escala.

Será aqui efectuada uma análise exploratória das componentes principais com rotação varimax.

Verificamos na análise da Tabela 5, que existe pureza factorial. A globalidade dos itens saturam apenas no seu factor, existindo uma distribuição equitativa pelos vários factores.

No entanto, os itens 4 e 5, para além de salvarem na sua dimensão apresentam igualmente pesos factoriais elevados nos restantes factores.

Todos os factores apresentam valores próprios superiores a 1 e a variância explicada é de 29; 9.6; 9.1 e 7.9%; respectivamente para o factor disponibilidade, formação, comunicação e envolvimento.

Os quatro factores explicam 55,5% da variância total.

O coeficiente de alpha para o total dos itens da escala é de .76.

Quer os valores próprios quer o coeficiente de alpha se situam dentro dos valores recomendados pela literatura da especialidade.

Tendo em conta quer o coeficiente de alpha e os valores próprios, quer a saturação dos itens, consideramos os quatro factores para tratamentos estatísticos futuros.

Tabela 5: Saturação dos componentes principais

<b>RELAÇÃO TERAPÊUTICA</b>				
<b>Itens</b>	<b>Disponibilidade</b>	<b>Formação</b>	<b>Comunicação</b>	<b>Envolvimento</b>
1	.31	.04	.09	.48
2	.06	.09	.74	.05
3	-.04	.11	.57	-.10
4	.20	.28	.29	.57
5	.06	.29	.58	.43
6	.72	.29	.22	.12
7	.72	.21	.07	-.29
8	.60	.17	-.10	.09
9	.39	.63	.29	.06
10	-.02	-.40	.15	-.65
11	.37	-.11	.55	-.15
12	.65	.29	.15	.19
13	-.46	.27	-.21	-.22
14	.63	.07	-.01	.25
15	-.01	-.28	-.20	.67
16	.38	.64	.08	.08
17	.04	.90	.02	.03
18	.28	.68	.45	.16
<b>valores próprios</b>	5.22	1.72	1.64	1.41
<b>variância explicada</b>	29%	9,6%	9,1%	7,9%
<b>Variância Total</b>				<b>55,5 %</b>

Pretendemos na Tabela 6, demonstrar a associação existente entre as várias dimensões da escala.

Verificamos que o factor envolvimento não se correlaciona com o factor comunicação e formação, existindo no entanto, correlações significativas entre todos os factores e a relação terapêutica.

Tabela 6: Correlações das dimensões da relação terapêutica

Relação Terapêutica				
	Disponibilidade	Formação	Comunicação	Envolvimento
Disponibilidade	-----			
Formação	,5430**	-----		
Comunicação	,2821**	,4207**	-----	
Envolvimento	,2773**	,0964	,1553	-----
Relação Terapêutica	,7928**	,7896**	,6708**	,4823**

Nota: \*\* p.<.01

Analisámos também, a associação existente entre a relação terapêutica e as nossas variáveis independentes de caracterização dos sujeitos, efectuando-se o teste de correlação bicaudal r de Pearson. No Quadro 10, podemos verificar que a relação terapêutica está associada a todas as variáveis.

Quadro 10: Correlações das variáveis independentes de caracterização e a relação terapêutica

	Cat.Prof.	Sexo	Idade	T.Inst.
Relação Terapêutica	-,3349*	,2460*	-,2350*	-,391**

Nota: \* p.<.05; \*\* p.<.01; Cat.Prof.=Categoria profissional; T.Inst.=Tempo de instituição

Analisadas as qualidades métricas da escala, procederemos também a uma análise qualitativa da mesma. Pretendemos assim, demonstrar qual o comportamento dos nossos sujeitos perante as várias dimensões ou variáveis da escala.

Relativamente à variável "relação terapêutica", visualizamos na Figura 14, que 75% dos enfermeiros atribuem um score superior a 3,6 sendo respectivamente, o valor da média, mediana e moda (3,749/3,778/3,722) semelhantes, com desvio padrão (0,532).

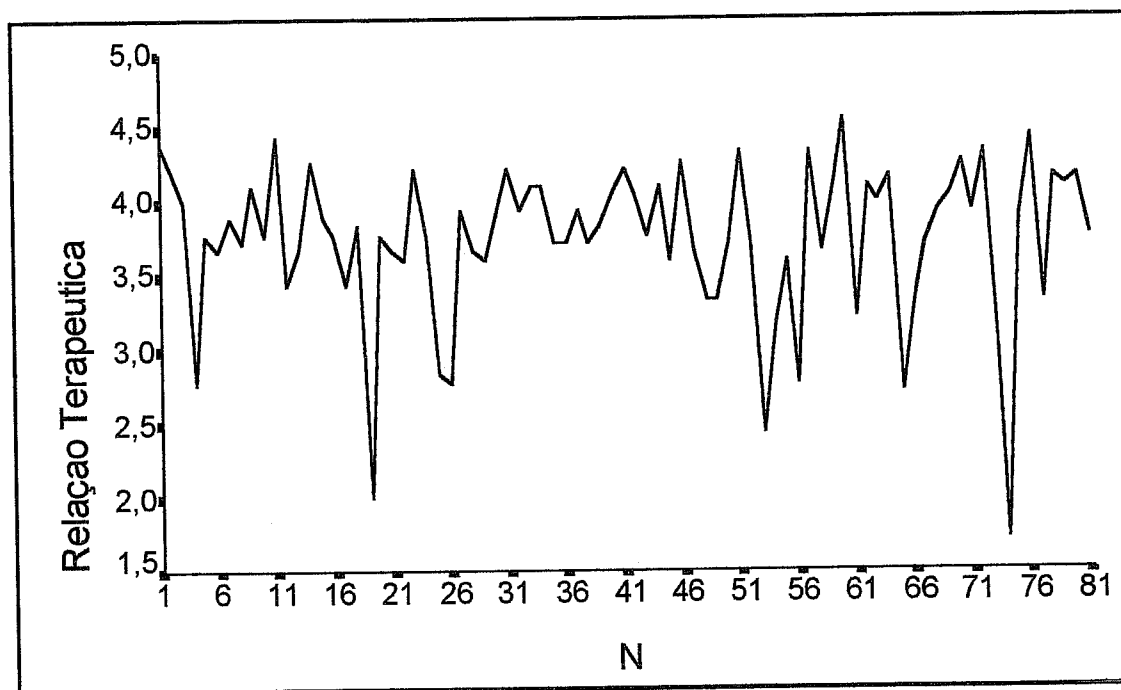


Figura 14: Comportamento médio dos sujeitos relativamente à relação terapêutica

Comparando as medidas descritivas relativas à escala sobre a "relação terapêutica", podemos verificar na Tabela 7, que os scores mais elevados (4,08) são atribuídos ao factor *comunicação*, sendo o factor *envolvimento* aquele a que detém um score médio mais baixo (3,33).

Tabela 7: Medidas Descritivas da Relação Terapêutica.

Relação Terapêutica						
	Média	Moda	Mediana	DP	MINIMO	MAXIMO
Disponibilidade	3,65	3,83	3,83	,64	1,83	5,00
Formação	3,98	5,00	4,25	,96	1,25	5,00
Comunicação	4,08	4,00	4,25	,83	1,00	5,00
Envolvimento	3,33	3,75	3,50	,67	1,00	4,50
<b>Relação Terapêutica</b>	<b>3,75</b>	<b>3,72</b>	<b>3,78</b>	<b>,53</b>	<b>1,772</b>	<b>4,56</b>

Nota: DP= Desvio Padrão

Uma análise descritiva dos itens que compõe cada factor permitirão uma melhor compreensão da população em estudo.

Quadro 11: Disponibilidade: Distribuição dos sujeitos pelos itens.

Disponibilidade					
itens	1	2	3	4	5
6. Demonstro disponibilidade ...	3(3,7)	3(3,7;7,4)	17(21;28,4)	25(30,9;50,3)	33(40,7)
7. Incentivo o crescimento de auto-confiança	7(8,6)	13(16;24,7)	20(24,7;48,4)	25(30,9;80,2)	16(19,8)
8. Desenvolvo actividades que facilitam a comunicação	-----	8(9,9)	18(22,2;32,1)	27(33,3;65,4)	28(34,6)
12. Registo e reflito o conteúdo da mensagem do utente/doente	6(7,4)	5(6,2;13,2)	15(18,5;32,1)	21(25,9;58)	34(42)
13. Satisfaço todos os desejos do utente/doente	4(4,9)	13(16; 21)	35(43,2;64,2)	19(23;87,7)	10(12,3)
14. Reajo de forma precisa à intensidade dos sentimentos ...	1(1,2)	11(13,2;14,8)	33(40,7;55,6)	22(27,2;82,7)	14(17,3)

Nota: no quadro devem ler-se frequências (percentagem; percentagem acumulada)

Relativamente ao factor que avalia a disponibilidade, Quadro 11, verificamos que os enfermeiros do Hospital Júlio de Matos, atribuem uma maior concordância com o desenvolvimento de actividades que facilitam a comunicação (item 8) e na demonstração de disponibilidade (item 6) para atender o doente.

Estas são realmente duas condições principais e essenciais para incentivar a confiança do doente no técnico de saúde e assim dar início ao seu processo de reabilitação.

Quadro 12: Formação: Distribuição dos sujeitos em cada item.

Formação					
itens	1	2	3	4	5
9. Apresento-me sempre aos utentes/doentes que não conheço	6(7,4)	5(6,2;13,3)	6(7,4; 21)	17(21; 42)	47(58)
16. Estou sempre atenta ao meu comportamento ...	3(3,7)	5(6,2;9,9)	22(27,2; 37)	23(28,4, 65,4)	28(34,6)
17. Aconselho-me em função da minha experiência...	1(1,2)	9(11,1; 12,3)	17(21; 33,3)	26(32,1; 65,4)	28(34,6)
18. Procuo supervisão/orientação sempre que necessário	5(6,2)	8(9,9; 16)	7(8,6; 24,7)	18(22,2; 46,9)	43(53,1)

Nota: no quadro devem ler-se frequências (percentagem; percentagem acumulada)

Apesar da variabilidade nas respostas que medem o factor formação Quadro 12, ao apresentarem amplitude alargada e desvio padrão superior a 1.05, têm um valor médio elevado.

No entanto, parece existir uma consciencialização da necessidade de estarem atentos ao seu comportamento e de se aconselharem e procurarem ajuda em função da experiência.

Realmente esta é uma realidade visível no quotidiano dos enfermeiros e que é complementada pelo próprio processo de avaliação de desempenho.

Quadro 13: Comunicação: Distribuição dos sujeitos pelos itens.

Comunicação					
itens	1	2	3	4	5
2. Considero importante aceitar o utente/doente tal como ele é	6(7,4)	1(1,2;8,6)	1(1,2;9,9)	7(8,6;18,5)	66(81,5)
3. A comunicação não verbal é dispensável na relação terapêutica	11(13,6)	5(6,2;19,8)	5(6,2;25,9)	7(8,6;34,6)	53(65,4)
5. A expressão corporal influencia não é importante na relação terapêutica	8(9,9)	1(1,2;11,1)	5(6,2;17,3)	19(23,5;40,7)	48(59,3)
11. Implico-me superficialmente na relação com o utente/doente	6(7,4)	9(11,1;18,5)	24(29,6;48,1)	22(27,2;75,3)	20(24,7)

Nota: no quadro devem ler-se frequências (percentagem; percentagem acumulada)

Parece também que, atribuem igualmente ao factor comunicação uma importância elevada, Quadro 13.

Refiro que os itens 3 e 5 se encontram trabalhados na sua forma invertida, razão pela qual é necessário uma leitura cuidadosa dos resultados.

Podemos interpretar que os enfermeiros consideram que a comunicação não verbal(item3) e a expressão corporal(item5) são fundamentais no processo de comunicação e na relação terapêutica.

Quadro 14: Envolvimento: Distribuição dos sujeitos pelos itens.

Envolvimento					
itens	1	2	3	4	5
1. Todos os doentes são iguais e devem ser tratados da mesma forma	19(23,5)	7(8,6; 32,1)	1(1,2; 33,3)	5(6,2; 39,5)	49(60,5)
4. A sua expressão facial influencia a relação terapêutica	8(9,9)	6(7,4; 17,3)	8(9,9; 27,2)	12(14,8; 42)	47(58)
10. Proporciono ... momentos para expressar os seus problemas ...	17(21)	26(32,1; 53,1)	21(25,9; 79)	13(16; 95,1)	4(4,9)
15. Identifico-me com algumas situações referentes ao utente	10(12,3)	13(16; 28,4)	30(37; 65,4)	18(22,2; 87,7)	10(12,3)

Nota: no quadro devem ler-se frequências (percentagem; percentagem acumulada)

O factor envolvimento; Quadro 14, é o factor em que se verifica um maior cuidado em estabelecer um nível de concordância, transmitindo uma dificuldade ou receio por

parte dos enfermeiros em proporcionar ao doente momentos para expressarem os seus sentimentos ou problemas.

A complexidade da relação empática é talvez a justificação desta dificuldade, pois por vezes é difícil ao enfermeiro estabelecer os seus próprios limites, Kyes (1985).

Realizou-se ainda, o Teste à Igualdade Médias para comparação dos dois grupos profissionais (relativamente a uma variável quantitativa), para cada um dos factores da relação terapêutica, apesar de termos verificado a existência de correlações entre a relação terapêutica e categoria profissional.

Tabela 8: Média, desvio padrão e valores de t para a relação terapêutica e categoria profissional

<b>Relação Terapêutica</b>					
	<b>nível 1 (n=46)</b>		<b>nível 2 (n=35)</b>		<b>t</b>
	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	
Disponibilidade	3.7	.49	3.5	.79	.207*
Formação	4.2	.77	3.7	1.1	.052*
Comunicação	4.3	.49	3.8	1.0	.005*
Envolvimento	3.5	.62	3.1	.69	.024
<b>Relação Terapêutica</b>	<b>3.9</b>	<b>.36</b>	<b>3.5</b>	<b>.64</b>	<b>.005*</b>

Nota: \*p<.05; DP=Desvio Padrão

Deduzimos pelo tratamento estatístico efectuado, cujos resultados são visíveis na Tabela 8, que existem diferenças significativas relativamente aos scores médios para todas as dimensões da relação terapêutica com excepção do factor envolvimento ( $t=.024; p.>.05$ ), apesar dos valores médios serem ligeiramente diferentes para cada grupo profissional.

Os enfermeiros do nível 1, atribuem maior importância a estes factores, ou seja, apresentam scores mais elevados em cada uma das dimensões da relação terapêutica.

Tal como previsto, são efectivamente estes os enfermeiros que detêm no factor formação um score médio mais elevado, sendo esta diferença estatisticamente significativa ( $t=.052, p<.01$ ).

#### Espaço de Trabalho/Relação Terapêutica

Na intenção deste estudo exploratório, está implícito o comportamento destas duas variáveis, para tal, procedeu-se ao seu cruzamento e cálculo da correlação bicaudal  $r$  de Pearson para medir a intensidade e o sentido da relação entre elas. Verificamos que a correlação é praticamente nula ( $r=.0028, p=.490$ ).

Em consequência do resultado anterior, mediu-se também a associação entre cada um dos quatro factores da escala da relação terapêutica e espaço de trabalho, no sentido de verificar se era semelhante o resultado para cada um deles.

Em termos genéricos, podemos observar na Tabela 9, que os resultados são semelhantes, ou seja, inexistência de relação entre as duas variáveis.

Tabela 9: Valores das correlações r de Pearson do espaço de trabalho e relação terapêutica

	Espaço de trabalho				
	Dispon.	Form.	Comun.	Envolv.	R.Ter.
item16: "o espaço físico influencia o trabalho"	,0415	,0029	-,1232	,0490	-,0112
item 18: "o espaço influencia a relação terapêutica"	,0198	,0563	-,1963*	,0454	-,0249
<b>ESPAÇO</b>	<b>-,0057</b>	<b>,0270</b>	<b>-,0863</b>	<b>,0866</b>	<b>,0028</b>

Nota: \*  $p < .05$  ; Disp.= Disponibilidade; Form.= Formação ;Comun.= Comunicação; Envolv. Envolvimento; R.Ter.= Relação Terapêutica

Mediu-se também a associação da relação terapêutica e respectivos factores que o compõe com os itens 16 e 18 da escala do espaço, uma vez que, funcionam como variáveis de confirmação. Verificamos que não existe qualquer relação com o item 16 "o espaço influencia o trabalho".

No que se refere ao item 18 "O espaço influencia a relação terapêutica", podemos verificar que apenas existe correlação significativa para o factor comunicação ( $r=-,1963$ ;  $p<.05$ ), ou seja, a comunicação é um dos factores da relação terapêutica que mais poderá ser influenciada pelo espaço.

No sentido de verificarmos se existia relação entre o espaço, a relação terapêutica e a categoria profissional, foi efectuada uma análise separando, os dois grupos profissionais dos enfermeiros.

Iniciou-se por medir a associação entre a escala da relação terapêutica e o espaço de trabalho. Efectuando-se posteriormente a associação entre a percepção do espaço por categoria profissional com as várias dimensões da relação terapêutica.

Na Tabela 10, verificamos que não existe associação entre as duas variáveis para cada grupo profissional.

Tabela 10: Valores das correlações do espaço por categoria profissional com as dimensões da relação terapêutica

Espaço de trabalho					
	R.T.	Disp.	Form.	Comu.	Env.
<b>categoria profissional</b>					
NIVEL 1 (n=46)	-,092	,166	-,020	-,215	,018
NIVEL 2 (n=35)	,013	,002	,002	,008	-,127

Nota: R.T.=Relação Terapêutica; Disp.=Disponibilidade;  
Form.=Formação; Env.=Envolvimento; Comu.=Comunicação

Sendo o objectivo do estudo, a influência do espaço na relação terapêutica, e atendendo à caracterização dos espaços do Hospital Júlio de Matos de acordo com as suas componentes arquitectónicas, em três tipos de serviços (ou estruturas).

Podemos visualizar na Figura 15, qual a percepção dos nossos sujeitos perante as duas dimensões em estudo. Deduzimos que são os serviços do Tipo C que apresentam relativamente ao espaço, um score médio mais favorável.

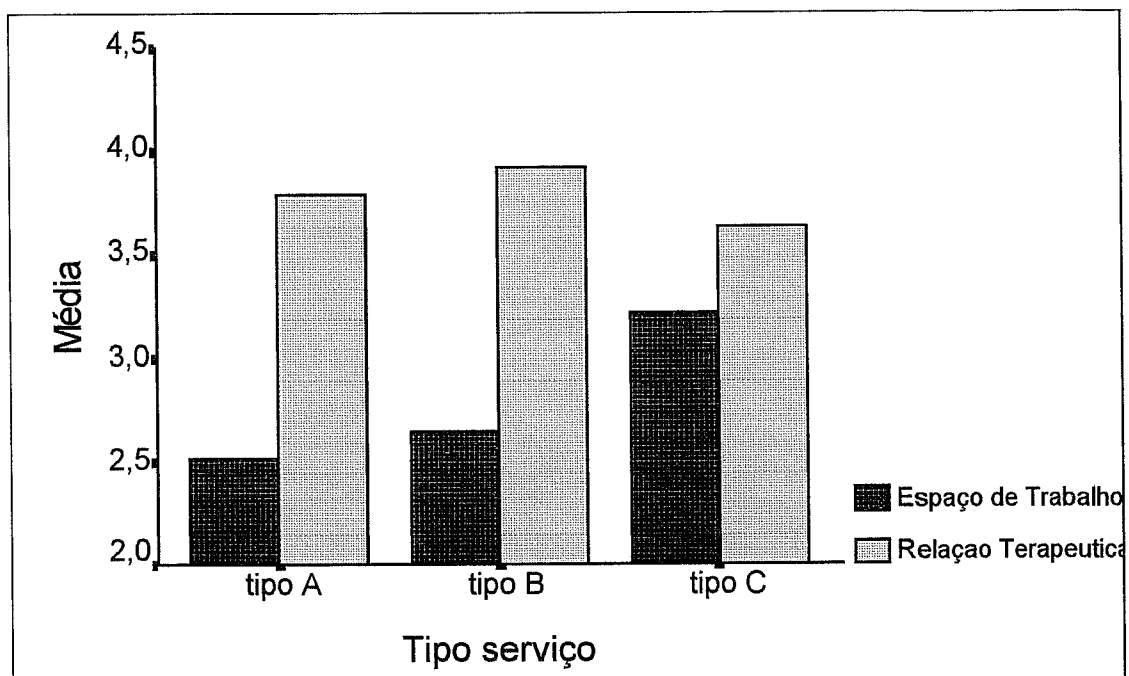


Figura 15: Percepção do espaço de trabalho e relação terapêutica por tipo de serviço

Assim, para responder à questão de que "os serviços com características tipo A, parecem ser mais favoráveis ao estabelecimento de relação terapêutica que os serviços tipo B". Procedeu-se à distribuição da média, desvio padrão, do mínimo e do máximo da opinião relativa à relação terapêutica respectivamente para o serviço Tipo A (3,79; .57; 2; 4,56), Tipo B (3,92; .29; 3,44; 4,44) e Tipo C (3,63; .54; 1,72; 4,33).

E à realização do Teste de Análise de Variância Simples Paramétrica relativamente às variáveis em estudo,

uma vez que se encontravam reunidos os pressupostos para a realização deste teste.

Havendo diferenças nos scores médios, atribuídas à relação terapêutica por tipo de serviço, estes não são estatisticamente significativos ( $F=0,235$ ), uma vez que os valores médios são aproximados (3,79; 3,92; 3,63).

Atendendo aos valores mínimos, máximos e desvio padrão, podemos verificar que as respostas se situam numa amplitude idêntica, não permitindo por isso uma grande variabilidade dos valores da relação terapêutica por tipo de serviços.

Tendo sempre presente o objectivo do nosso estudo, e atendendo aos resultados obtidos, considerámos pertinente saber qual o comportamento da relação terapêutica com as várias variáveis que caracterizam o espaço.

É curioso verificar, na matriz de correlações visíveis no Quadro 15, que quando associamos a relação terapêutica com cada um dos serviços, verificamos a existência de correlações significativas.

Tal acontecimento, leva-nos a deduzir que o agrupamento dos serviços em categorias, de acordo com

alguns factores arquitectónicos, conduz a uma neutralização desta diferença.

Quadro 15: Valores das correlações  $r$  de Pearson da relação terapêutica e espaço

	ESPAÇO	TIPO SERVIÇO	SERVIÇOS
RELAÇÃO TERAPÊUTICA	,0028	-,1270	-,1927*

NOTA: \*  $p < .05$

Ilustraremos na Figura 16, o comportamento das variáveis Relação Terapêutica e Espaço de Trabalho de acordo com os diversos serviços.

Verificamos que os sujeitos que apresentam melhor percepção do seu espaço de trabalho, revelam scores mais baixos de relação terapêutica, ressaltando-se o facto desta diferença de scores médios corresponderem a valores centesimais.

Existe uma maior variabilidade na curva de percepção do espaço comparativamente com a curva da relação terapêutica que apresenta maior estabilidade.

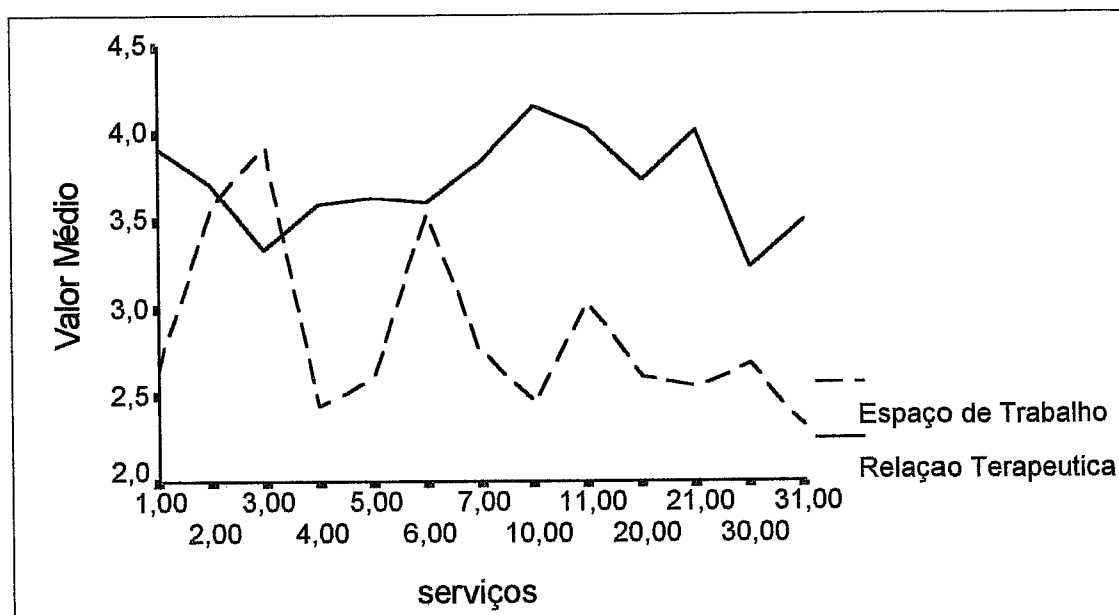


Figura 16: Comportamento das variáveis espaço de trabalho e relação terapêutica por serviços

#### Análise das Entrevistas

A análise das entrevistas visam essencialmente complementar os resultados recolhidos por questionário, no sentido de se apurarem os conhecimentos e percepções dos enfermeiros perante a problemática do espaço de trabalho e a relação terapêutica.

Da selecção aleatória acidental dos serviços e dos dias em que se realizaram as entrevistas, resultou uma sub-

amostra dos nossos sujeitos, constituída por 30 enfermeiros.

Assim, ao analisarmos a Figura 17 e 18, podemos verificar que foram entrevistados 19 enfermeiros de categoria profissional de nível 1; dos quais predominaram os do sexo feminino (18).

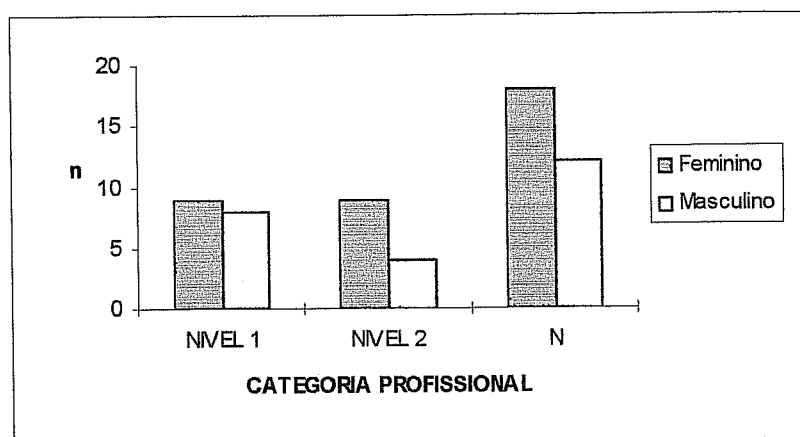


Figura 17: Distribuição dos sujeitos por categoria profissional

Podemos ainda constatar que predominam os sujeitos dos serviços Tipo A; os que exercem funções na instituição há mais de cinco anos, sendo a distribuição dos sujeitos predominante no grupo etário dos 30-39 anos de idade.

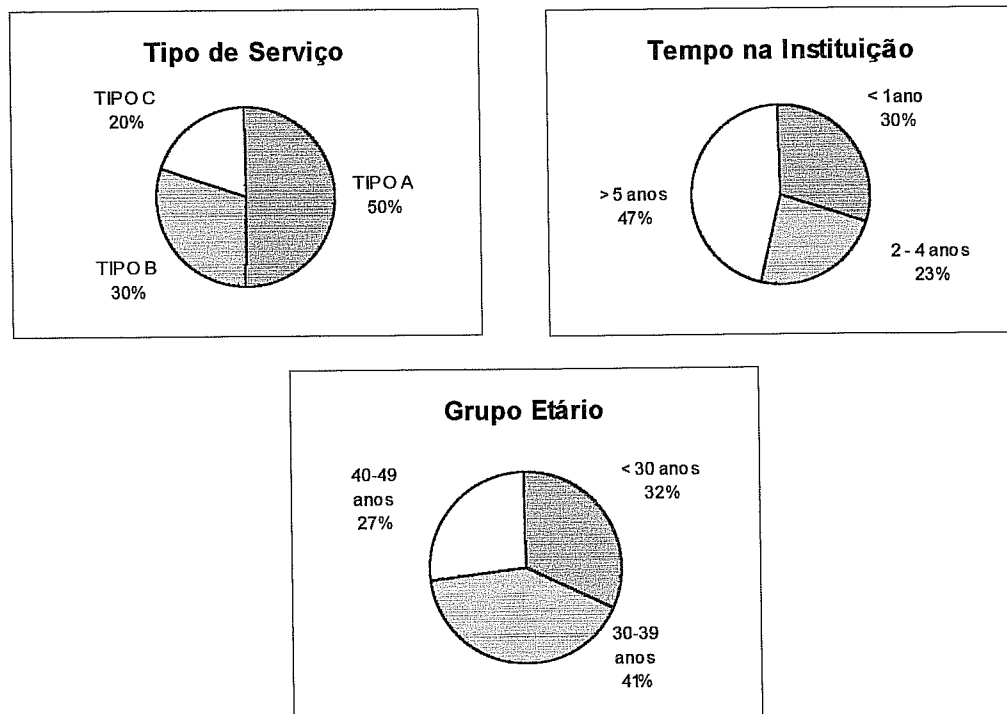


Figura 18: Distribuição dos sujeitos por tipo de serviço, tempo na instituição e grupo etário

Relativamente às questões em que se solicitava aos entrevistados que mencionassem alguns factores que influenciavam a relação terapêutica, procedeu-se à respectiva análise de conteúdo.

Uma simplificação dos dados recolhidos, implica a categorização e quantificação das respectivas expressões ou sentimentos em categorias análogas.

Podemos constatar no Quadro 16, que os enfermeiros utilizaram expressões que se agrupavam em seis categorias para classificar os factores que influenciavam favoravelmente a relação terapêutica.

Salientando-se o envolvimento e a comunicação com uma maior frequência de expressões.

Os factores inibidores da relação terapêutica, Quadro 18, foram classificados em cinco categorias.

Importa salientar que o grupo profissional dos enfermeiros entrevistados, consideram que o espaço é um factor de influência na relação terapêutica, seja esta influência utilizada no sentido positivo ou negativo.

Quadro 16: Distribuição de categorias relativa à pergunta  
 "mencione alguns factores que influenciam  
 favoravelmente a relação terapêutica.

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	FREQUÊNCIA	
		SUB-CATEG	CATEG
ENVOLVIMENTO	"Relação Empática"	10	53
	"Preserverancia"	9	
	"Empenho"	9	
	"Interesse na reabilitação do doente"	8	
	"Ambiente Seguro"	7	
	"Relação de Ajuda"	6	
	"Integração na família"	5	
COMUNICAÇÃO	"linguagem adequada"	8	40
	"Comunicação interprofissional articulado"	8	
	"Comunicação"	6	
	"Frontalidade"	5	
	"Expressão não verbal"	5	
	"Diálogo"	4	
	"Ouvir"	4	
DISPONIBILIDADE	"Disponibilidade"	13	39
	"Disponibilidade Emocional"	10	
	"Atitude de escuta"	9	
	"Escuta incondicional"	7	
RESPEITO	"Respeito"	10	37
	"Personalização"	10	
	"Individualização"	9	
	"Compreensão"	8	
ESPAÇO	"Condições físicas"	14	34
	"Ginásios"	6	
	"Sala de acolhimento"	6	
	"Espaços adequados às diversas terapias"	4	
	"Salas de convívio agradáveis"	4	
FORMAÇÃO	"Sensibilidade"	6	22
	"Competência"	6	
	"Conhecimentos Científicos"	5	
	"Objectivos Terapêuticos"	4	
	"Formação"	1	
		<b>Total</b>	<b>225</b>

Nota: SUB-CATEG = SUB-CATEGORIA;

CATEG = CATEGORIA

Quadro 17: Distribuição das categorias relativas à pergunta "mencione alguns factores que influenciam desfavoravelmente a relação terapêutica".

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	FREQUÊNCIA	
		SUB-CAT	CAT
DISPONIBILIDADE	"Falta de Disponibilidade"	12	
	"Indisponibilidade"	11	
	"Falta de Tempo (pressa)"	9	
	"Não saber ouvir"	48	40
RESPEITO	"Não emitir juízes de valor"	13	
	"Intolerância"	9	
	"Desinteresse pelo outro"	6	
	"Preconceitos"	4	
	"Superprotecção"	3	
	"Não permitir a expressão pessoal"	2	37
ESPAÇO	"Espaço físico"	12	
	"Insatisfação com o espaço de trabalho"	10	
	"Insegurança física"	8	
	"Mobilidade de serviço"	2	32
COMUNICAÇÃO	"Falta de diálogo"	8	
	"Comunicação desadequada"	6	
	"Linguagem desajustada"	4	
	"Interferências de diálogo"	3	
	"Não esclarecer"	3	
	"Quebra de elos de ligação"	2	
	"Não perceber a comunicação verbal"	1	27
FORMAÇÃO	"Desconhecimentos técnicos"	10	
	"Ausência de dinâmica terapêutica"	8	18
		<b>TOTAL</b>	<b>154</b>

Nota: SUB-CAT = SUB-CATEGORIA; CAT = CATEGORIA

Quando solicitados para expressarem o seu sentimento relativamente ao serviço onde desempenham as suas funções, referiram que os serviços apresentam baixa luminosidade, espaços grandes, vazios e frios, desagradáveis e sobrecarregados de fumo de tabaco.

Constatámos ainda, que estes enfermeiros, revelavam preocupação na escolha do espaço de atendimento/acolhimento, sendo da sua preferência:

- *"gabinete confortável, acolhedor, com luz natural e longe do barulho"*
- *local onde o doente se sinta bem, com privacidade, sem que se sinta invadido quando é observado"*

Ao serem confrontados com alguns espaços no qual tinham de optar e justificar os que consideravam ser mais facilitadores da relação terapêutica. Na observação e distribuição das escolhas preferenciais dos espaços, no Quadro 18, verificamos que preferem espaços com uma maior área por doente de forma a possibilitar maior privacidade e menor invasão de território, referem ainda a necessidade de rentabilização dos recursos humanos.

Quadro 18: Distribuição das escolhas preferenciais dos espaços.

ESPAÇO	TIPO A	TIPO B
REFEITÓRIO	.> <i>visualização</i> .> <i>rentabilização dos recursos humanos</i> .> <i>espaço circundante</i>	
SALA CONVÍVIO/BAR	.> <i>área por doente</i> .< <i>invasão de território</i> .> <i>liberdade de espaço</i>	
SALA TRATAMENTOS / GABINETE DE ENFERMAGEM	. <i>melhor disposição</i> .> <i>campo visual</i> .+ <i>funcional</i>	
GABINETE DE ACOLHIMENTO		.> <i>envolvimento</i>
ENFERMARIAS/ QUARTOS		.> <i>área por doente</i> .> <i>privacidade</i>
DENSIDADE		.> <i>área por doente</i>

No sentido de averiguarmos o que estes profissionais pensam do ambiente numa entrevista de ajuda, foi solicitado que mencionassem a sua opinião numa escala de diferencial semântico.

Assim, foi definido o perfil do "Ambiente na Entrevista de Ajuda", que pode ser visualizado na Figura 19. O cruzamento das várias linhas, demonstra a existência de conformidade de opiniões relativamente à preposição *sinceridade*.

Consideram ainda importante um ambiente de disponibilidade e atenção, privilegiando a individualidade. Parecem no entanto colocar algumas reservas na intimidade de diálogo.

Figura 19: Perfil do "Ambiente na Entrevista de Ajuda"



Defendem um ambiente tendencialmente quente sem diferenças de temperatura, arejado e sem cheiros. Consideram ainda, o conforto do mobiliário, a luminosidade intermédia (ou adequada), silenciosidade e uma posição frente/frente durante a entrevista de ajuda.

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A presente investigação permitiu explorar uma área de estudo que consideramos importante no contexto da relação terapêutica e que não tem sido estudada. Assim, pela primeira vez se relacionam as variáveis espaço de trabalho e relação terapêutica. Como tal, utilizaram-se duas escalas distintas.

O questionário que avalia o espaço de trabalho, é uma tradução e adaptação da escala utilizada por Fischer, sendo confirmada a tradução pelo método de juizes. O questionário que avalia a relação terapêutica, foi por nós construído, e avaliado o seu conteúdo pela técnica de consenso.

Estes instrumentos, são aplicados pela primeira vez num contexto hospitalar português, implicando por isso a respectiva validação dos mesmos.

Alguns autores dizem que a validação de uma escala deve ser feita tendo em conta o uso que dela se pretende. Dizem ainda, que os testes por si só não têm validade de constructo nem de fidelidade uma vez que, estas são propriedades das respostas aos itens e não do teste em si.

Quer isto dizer, que as respostas aos testes são dependentes das pessoas e dos factores do meio ambiente no contexto da avaliação, pelo que, validam-se as inferências relativas à utilização específica de um teste e não o teste em si.

No sentido de efectuarmos uma prévia avaliação, realizou-se um pré-teste, numa amostra de enfermeiros integrados na carreira de enfermagem e a exercerem funções numa instituição de características totalitárias de internamento de doentes com patologia psiquiátrica, cuja estrutura arquitétonica é semelhante à do nosso estudo. Para assim, não influenciarem os sujeitos através do conhecimento prévio dos instrumentos de medida.

Atendendo às características exploratórias do estudo, e porque pretendemos estudar o espaço Institucional e a sua influência na Relação Terapêutica, consideramos apenas a

percepção dos sujeitos do seu Espaço de Trabalho na sua globalidade.

A escala do espaço de trabalho apresenta um  $\alpha=.92$  . Constatámos que o percentil 75, dos nossos sujeitos, corresponde a um valor de score médio 3,4, este valor traduz uma percepção imprecisa e negativa do espaço de trabalho por 77,8% dos sujeitos do nosso estudo ( $N=81$ ).

Esta percepção tendencialmente negativa, poderá justificar-se pelo facto do Hospital Júlio de Matos ser uma instituição com 50 anos de existência, os edifícios apresentam características de construção da época (paredes altas, corredores compridos, etc.), cujas obras de remodelação e manutenção dos edifícios muito recentemente se têm vindo a efectuar, mesmo assim, não contemplaram ainda todos os serviços de internamento, encontrando-se outros, em espaços adaptados.

Por outro lado, atendendo às características da evolução institucional, muito do mobiliário é antigo, encontrando-se muitas das vezes com aspecto danificado.

Sendo esta uma organização, cujos provimentos dependem essencialmente do Orçamento Geral do Estado, não podemos esquecer os encargos que comportam a frequente substituição e manutenção do mobiliário danificado por alguns dos doentes internados.

Saliente-se ainda o facto do Hospital estar situado nas imediações do aeroporto de Lisboa, existindo permanentemente ruídos perturbadores do ambiente.

Pelo exposto, e atendendo a uma homogeneidade de respostas relativamente à percepção e satisfação do local de trabalho (item 16), verificamos que a variável espaço de trabalho não se correlaciona significativamente com nenhuma das variáveis de caracterização dos nossos sujeitos.

No entanto, o teste de correlação bicaudal  $r$  de Pearson revela que a variável espaço de trabalho se encontra significativamente associada às variáveis serviço e tipo de serviço.

O tempo de exercício profissional na instituição encontra-se associada á variável tipo de serviço.

Apesar de serem os enfermeiros do sexo masculino e os de categoria do nível 1, que apresentam scores médios ligeiramente superiores relativamente ao espaço de trabalho, estas diferenças não são estatisticamente significativas ( $t=.856;.390$ ) respectivamente para o sexo e categoria profissional.

No que reporta ao questionário que avalia a percepção dos sujeitos perante a relação terapêutica, verificamos que esta apresenta um  $\alpha=.76$ .

Recentemente, alguns autores têm-se debruçado sobre a temática da relação terapêutica enfermeiro/doente, no entanto, a sua exploração tem sido efectuada em termos da sua representatividade social, no qual definem várias dimensões ou pressupostos da relação terapêutica, Valeriano (1994).

A análise exploratória das componentes principais do questionário, com rotação Varimax revelou quatro factores bem definidos e interpretáveis que no seu conjunto explicam 55,5% da variância total.

Correspondendo aos factores disponibilidade, formação, comunicação e envolvimento respectivamente uma variância explicada de 29; 9,6; 9,1 e 7,9%.

Atendendo aos valores de alpha, aos valores próprios e à variância explicada e total, consideramos dever manter-se os quatro factores para estudos futuros.

Demonstrámos através do teste de correlação de r de Pearson, que existem correlações significativas entre todos os factores e a relação terapêutica, no entanto, o factor envolvimento não se correlaciona com o factor comunicação e formação.

Por outro lado, e como era esperado, verificámos que existe associação entre a variável relação terapêutica e as variáveis independentes de caracterização: sexo, idade, tempo de exercício na instituição e categoria profissional.

A atribuição de um score superior a 3,6 por 75% do enfermeiros, cujos valores de média, mediana, moda e desvio padrão (3,749; 3,778; 3,722 e 0,532), são indicadores da importância atribuída por estes profissionais a uma

problemática que implica na reabilitação dos doentes internados.

Na globalidade, são atribuídos scores médios mais elevados ao factor comunicação e formação(4,08; 3,98); sendo o factor envolvimento(3,33) que obteve scores médios mais baixos. Os enfermeiros do nível 1 apresentam maior preocupação face a estes pressupostos, assim como, procuram mais formação e maior supervisão do seu desempenho.

Se atendermos à carreira de enfermagem, os dados obtidos no nosso estudo confirmam que este é o grupo profissional que apresenta uma média de idades inferior e consequentemente uma menor média de tempo de exercício profissional na instituição.

Apresentando uma formação não especializada na área da "saúde mental e psiquiátrica", pressupondo maior insegurança e preocupação na abordagem terapêutica, necessitando por isso, de supervisão para orientação dos seus comportamentos face à relação terapêutica com o doente psiquiátrico, o que, de acordo com Kyes(1985), os profissionais com menor experiência na área de intervenção psiquiátrica, necessitam de desenvolver capacidades e

aumentar por isso o conhecimento que possuem deles próprios e dos outros.

Era portanto esperado que fosse este grupo profissional que atribuísse uma maior importância ou concordância aos factores que avaliam a relação terapêutica cuja média de scores foi respectivamente 3,7; 4,2; 4,3 e 3,5 para o factor disponibilidade, formação, comunicação, envolvimento.

Estas são realmente algumas das capacidades que estes enfermeiros têm de atribuir um peso relativamente superior, uma vez que, só dispendendo maior atenção e cuidado em cada uma das dimensões é que pode existir uma evolução favorável para que se estabeleça uma relação terapêutica com a pessoa doente com patologia psiquiátrica.

Após a análise do comportamento dos sujeitos perante as nossas variáveis em estudo, e porque nesta investigação está implícito qual o relacionamento existente entre elas, ou seja, qual a influência que o espaço tem na relação terapêutica.

Procedemos ao cálculo de correlação  $r$  de Pearson, para medir a associação e o sentido destas variáveis. Verificámos que não existia correlação entre o espaço de trabalho e a relação terapêutica, quer na sua globalidade quer com cada um dos factores que a compõem.

Efectivamente, nos estudos efectuados sobre o espaço de trabalho, não se procedeu ao correlacionamento destas variáveis. Então, porque é que haviam de estar relacionadas?

Curioso é observar que quando questionamos os nossos sujeitos ( $n=30$ ) sobre os factores que influenciam a relação terapêutica, paralelamente a algumas das suas dimensões (comunicação e disponibilidade) relacionam também o espaço, ou seja, os enfermeiros entrevistados consideram que o espaço é um factor facilitador ou inibidor da relação terapêutica enfermeiro/doente.

Nesta sequência, e quando confrontados com a escolha de alguns espaços comuns, utilizados pelos doentes internados, verificou-se uma preocupação por parte dos enfermeiros na escolha de espaços que permitiam uma maior área por doente, ou seja, por uma territorialidade

facilitadora de menor invasão do espaço pessoal de cada doente internado.

Alguns doentes internados, têm dificuldade em estabelecer os seus limites, se o seu espaço territorial for demasiado restrito permitindo uma invasão acentuada e permanente por parte dos outros, intensifica a conflitualidade (entre os doentes) dificultando a relação terapêutica.

Isto vai ao encontro de Goofmam(1968), que nos seus estudos revela que os doentes que permanecem em quartos pequenos ou individuais (permitindo uma maior privacidade) desenvolvem comportamentos facilitadores de um processo de socialização.

Esta é também uma das opções justificadas pelos enfermeiros do nosso estudo, quando preferem quartos individuais ou duplos, para permitir uma maior privacidade do doente internado.

Considerando as características institucionais justificam-se a escolha de espaços de refeitório/bar amplos implicando uma melhor visualização de todos os

doentes internados no serviço, rentabilizando os recursos humanos existentes. Fischer(1994) diz que esta centralização transmite a noção de poder dos técnicos.

Relataram ainda uma preocupação na escolha do espaço de atendimento do doente sendo da sua preferência espaços amplos e arejados, confortáveis e com boa luminosidade.

Reflectindo sobre o perfil do ambiente terapêutico descrito pelos enfermeiros entrevistados, podemos deduzir que cada item apresenta amplitudes variadas, no entanto, e na generalidade a harmoniosidade do ambiente que permeia a relação terapêutica traduz uma preocupação com a reabilitação do doente internado, parecendo existir uma preocupação em criar as condições facilitadoras a esta reabilitação, ou seja, relativamente ao conforto do espaço defendem um ambiente tendencialmente quente, sem diferenças de temperatura, arejado e sem cheiros.

Consideram ainda o conforto do mobiliário, o posicionamento da cadeira frente/frente e o silêncio durante a entrevista de ajuda, de acordo com os pressupostos defendidos por Lazure(1987) e Chaliffour(1993).

Privilegiando a individualidade, no que respeita ao comportamento do enfermeiro numa entrevista de ajuda, consideram que este deve transmitir atenção e disponibilidade. Defendem a sinceridade, e colocam algumas reservas na intimidade do diálogo.

Os doentes, nomeadamente os de patologia psiquiátrica, apresentam uma labilidade emocional e uma dificuldade em discernir os seus limites, tornando-se muitas vezes difícil ao enfermeiro manter uma distância realmente terapêutica, Kyes(1985).

A intimidade de diálogo e a distância terapêutica deve ser calculada para cada indivíduo de forma a facilitar a sua estabilidade emocional e respectiva reabilitação, Lazure(1987), Méту(1994).

Na veleidade de estudar a relação terapêutica num espaço de dimensão hospitalar, apesar de não podermos garantir a representatividade dos resultados no Hospital Júlio de Matos, uma vez que não sabemos se os sujeitos

excluídos da nossa amostra teriam uma percepção diferente no que respeita às duas variáveis em estudo.

Atendendo que se trata de um estudo exploratório, apesar da cuidadosa análise dos resultados. Podemos verificar que os enfermeiros ( $n=30$ ) consideram que o espaço influencia a relação terapêutica mas, quando cruzamos estas duas variáveis, elas não se correlacionam ( $N=81$ ).

No entanto, quando comparamos a relação terapêutica com os vários serviços, verificamos que os serviços se associam à relação terapêutica.

Por outro lado, ao pretendermos agrupar os serviços de acordo com as estruturas pavilhonares em três categorias (Tipo A, B e C) definidas à priori, observamos que estas diferenças entre relação terapêutica e serviços são neutralizadas e deixam de ser significativas.

Tabela 11: Correlações relação terapêutica/espacos

	SERVIÇOS	TIPO DE SERVIÇO	ESPAÇO
RELAÇÃO TERAPÊUTICA	-,1927 *	-,1270	-,0028
ESPAÇO	-,2815**	-,3964**	

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

O comportamento dos sujeitos do nosso estudo perante as variáveis espaço de trabalho e relação terapêutica, por tipo de serviços de acordo com o agrupamento das estruturas físicas, pode ser visualizado na Tabela .

Deduzimos que apenas existem diferenças significativas na percepção do espaço de trabalho por tipo de serviço, apesar de existirem percepções ligeiramente diferentes no que respeita à relação terapêutica, no entanto, estas diferenças são centésimais numa amplitude que varia entre um e cinco.

Tabela 12: Média, Desvio padrão e valores de F para o espaço de trabalho e relação terapêutica por tipo de serviço

<b>Tipo de serviço</b>					
	n	<u>Espaço de Trabalho</u>		<u>Relação Terapêutica</u>	
		Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
<b>Tipo A</b>	39	2,5	.69	3,7	.57
<b>Tipo B</b>	12	2,6	.43	3,9	.28
<b>Tipo c</b>	30	3,2	.90	3,6	.54
<b>Total</b>	81	2,7	.81	3,7	.53
<b>F =</b>			<b>.0008</b>		<b>.2350</b>

O estudo do espaço de trabalho, revela alguma complexidade. Alguns autores, indicam existência de relação entre o tipo de espaço e a produtividade, Fischer e Hall(1994), sendo esta influência avaliada por observação e comparando duas estruturas físicas fechadas.

Ao finalizarmos este estudo sobre a "*Influência do espaço na relação terapêutica*", podemos concluir que os enfermeiros do Hospital Júlio de Matos, demonstraram fundamentalmente uma sensibilidade com a componente humanista, ressaltando a presença dos pressupostos da relação terapêutica.

A ênfase primordial incide na "atitude" face ao doente internado, sendo a comunicação, disponibilidade e envolvimento, o suporte fundamental do comportamento do enfermeiro favorável do ambiente terapêutico.

No que se refere ao espaço de trabalho, podemos deduzir que a generalidade dos enfermeiros do Hospital Júlio de Matos, têm uma imagem negativa do seu espaço de trabalho.

Apesar das escalas espaço de trabalho e relação terapêutica, não se correlacionarem na sua globalidade, quando comparadas isoladamente com os serviços, constatamos que existem associações significativas entre o espaço de trabalho e os serviços. Quer cada um por si, quer agrupados em tipos de serviço.

Por outro lado, a relação terapêutica encontra-se também significativamente correlacionada nos vários serviços sendo no entanto, anulada esta associação, quando agrupamos os serviços em categorias.

Os resultados deste estudo induzem outras questões de investigação que seria importante desenvolver.

Será que a relação terapêutica é diferente nos serviços devido ao espaço?

Se um indivíduo se sente desconfortável num determinado espaço como pode pensar que é o espaço que influencia o seu desempenho, neste caso a relação terapêutica?

Na escolha de espaços facilitadores da relação terapêutica, deduzimos que os enfermeiros preferem essencialmente espaços amplos, com área circundante impeditiva de invasões de território pessoal. Justificam a escolha de quartos individuais como forma de facilitar a privacidade do doente internado e conseqüentemente estimular a sua socialização e reabilitação.

Esta é uma das teorias defendidas por Goofman (1968,1973) e Fischer (1994), em que, ressalta a importância que a socialização tem na relação terapêutica, afirmando que esta socialização é mais frequente nos doentes que partilham pequenos quartos comparativamente com

grandes enfermarias. Nesta sequência, seria interessante alargar este estudo a outros espaços hospitalares.

Existindo no Hospital Júlio de Matos um Departamento de Educação Permanente (responsável pela formação na instituição) e constatado o facto de que os enfermeiros de nível 1 procuram mais formação. Seria importante que este departamento efectuasse um estudo no sentido de investigar quais os condicionalismos inerentes a esta problemática.

Em face da reestruturação funcional previsível para este Hospital, seria fundamental que se tivesse em conta os resultados deste estudo, ou a elaboração de um estudo mais profundo. Os resultados deste estudo revelam que os enfermeiros entrevistados indicam como facilitadora da relação terapêutica, uma estrutura pavilhonar com edifícios que apresentam uma implementação em "estrela" por apresentar espaços mais amplos.

No entanto, deveria ser revisto a distribuição e diminuição dos doentes por quartos, de forma a aumentar o seu espaço circundante e a privacidade do doente. Esta distribuição, tem como consequência desejável a diminuição da densidade populacional dos serviços.

Atendendo que existe por parte dos enfermeiros (n=30) uma preocupação com o "Ambiente Terapêutico", salientando-se como "perfil" um ambiente de disponibilidade e atenção, privilegiando a individualidade das entrevistas e a sinceridade. Estas são algumas das condições facilitadoras da comunicação e conseqüentemente da relação terapêutica com vista a uma reabilitação e reinserção do doente internado, no seu meio sócio-familiar.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

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: ISPA, VII(1,2,3), 215-219.

BARRACHO, C.(1990). Theorie systématique de l'exploitation des paysages touristiques.Thèse Doctorat. Strasbourg: IPSC.

BARRACHO, C.(1991). Reflexões sobre a psicologia do meio ambiente. Análise psicológica: ISPA, IX (2).

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

BENJAMIN, A.(1986). A entrevista de ajuda. S. Paulo: 4ª ed., Fontes.

BERNARD, P.(1977). Manuel de l'infirmier en psychiatrie. Paris: 3ª ed. Masson.

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

CAPLAN, G.(1980). Princípios de psiquiatria preventiva. Rio de Janeiro: Zohaned ed.

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

CHALIFOUR, J.(1993). Enseigner la relation d'aide. Québec: Gaetan morin.

COLLIÉRE, M. F.(1989). Promover a vida. Paris: Inter Ed.,

CORDEIRO, J. C. D.(1982). A saúde mental e a vida. Lisboa: Moraes.

- CORRADO, F.(1994). A força da comunicação. S.Paulo: Milton.
- CORREIA, J. e outros(1962). O Hospital Julio de Matos. Lisboa: HJM.
- DEMO, P.(1995). Metodologia científica em ciências sociais. S. Paulo: 3ª ed. Atlas.
- DINIS, S. J.(1996). Antologia: Revista de Psiquiatria. HJM: IX(1). Lisboa p.64-69.
- DOISE,Willem (1980). Psicologia social experimental. Lisboa: Moraes.
- DOISE, Willem (1987). A articulação psicosociológica e as relações entre grupos. Lisboa: Moraes.
- DUARTE, Emília (1995) . Sebenta de Ergonomia. IADE. Lisboa
- FERNANDES, B.(1943). In: Antologia - O Hospital Júlio de Matos. Revista de Psiquiatria. HJM: VII(2), 1995. Lisboa.
- FISCHER, G. N.(1989). Le travail et son espace. Paris: Bordas.

FISCHER, G. N.(1992). Psychologie des espaces de travail.  
Paris: Colin.

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

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

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

GAIO, M.(1996). A mudança possível. Revista de Psiquiatria.  
HJM: IX (3). Lisboa p.145-146

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

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

GIL, A. C.(1989). Métodos e técnicas de pesquisa social.  
2ªed. S. Paulo: Atlas.

GOFFMAN, E.(1968). Asiles: etudes sur la condition sociel des malades mentaux. Paris: ed Minuit.

GOFFMAN, E(1973). La vie en science de la vie quotidienne. Paris: Ed. Minuit.

GOFFMAN, E(1974). Manicómios, Prisões e Conventos. S. Paulo: Perspectiva.

GOFFMAN, E.(1981). As características das instituições totais in: Ellioni, Amitai(ORS) organizações complexas, estrutura das organizações em face dos problemas sociais. S.Paulo: Atlas. p.303-331.

HALL, E.(1984). La language silencieux. Paris: Ed. du Seuil.

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

Métu, J.(1994). La Relation d'aide - Eléments de base et guide de perfectionnement. Montreal: 2° ed. Gaetan morin.

KING, I. M.(1984). Enfermeria como Profisi3n, Filosofia, principios y objetivos. M3xico: Limusa.

KYES, J. J.; HOFLING, C. K.(1985). Conceitos b3sicos em enfermagem psiqui3trica. R. Janeiro: 4<sup>a</sup>ed. Guanabara.

LAZURE, H.(1987). Vivre la relation d'aide. Canad3: Ed. JeanMarc B3langer.

LAZURE, H.(1994). Viver a rela33o de ajuda. Lisboa: Lusodidata.

LORENZ, H.(1973). A agress3o uma hist3ria natural do mal. Lisboa: Morais.

MICHAEL, A. (1985). Estatística aplicada a ci3ncias humanas. Harper. S. Paulo.

MOLES, A.; ROHMER, E.(1977). Psychologie de l'espace. 2<sup>a</sup>ed. Paris:

MOLES A; ROHMER, E.(1990). Psicologia del espacio. Barcelona: C. Lectores.

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

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

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

MURRAY, M.; ATKINSON, l.(1989). Fundamentos de enfermagem - introdução ao processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara.

MURTEIRA, B.J.; BLACK G.H.J.(1983). Estatística Descritiva. S.Paulo: McGraw-Hill.

NAVALHAS, J. C.(1996). O ambiente terapêutico e o relacionamento terapêutico. Revista de Psiquiatria. IX(1). HJM. Lisboa. p.59-62.

NAVALHAS, J. C.; JUBILOT C.(1996). A reabilitação da Pessoa Doente Mental no contexto do cuidar em Enfermagem - Uma experiência prática no Pav. 16 A do HJM. Revista de Psiquiatria IX (3). HJM. Lisboa p. 172-182.

- PALAZZOLI, M. S. et al(1981). Dans les coulisses de L'organisation. Paris: ESF.
- PENTEADO, J. R. W(1973). A Técnica da comunicação Humana. S.Paulo: Pioneira.
- PEPLAU, H.(1990). Relaciones Interpersonales em enfermeria. Barcelona: Ed. Científicas y técnicas.
- PINTO, J. M. e outros,(1986). Metodologia das ciencias sociais. Porto: Afrontamento.
- PROSHANSKY, H. M.; ITTELSON, W. H.; RIVLIN, L. (1970). Environmental Psychology, New York: Rinehart and Winston.
- POLLETTI, R.(1980). L'enrichissement des interventions en soins infirmiers. Paris: Le Centurion.
- POLIT, D. F. e HUNGLER , B. P.(1995). Fundamentos de pesquisa em enfermagem. Porto Alegre: 3ª ed. Artes Médicas.
- RIBAS, A. F. et al.(1994). Relación de ayuda en los cuidados enfermeros. Revista de Enfermeria ROL. Barcelona: XVII(190). p.67-71.

RIBEIRO, L. F.(1995). Cuidar e tratar - Formação em Enfermagem e desenvolvimento sócio moral. Lisboa: Educa.Sep.

ROGERS, C. (1970). Tornar-se Pessoa. Lisboa: Morais.

SCHUTT, B.(1968). Space and Place in Patient Care. AJN. New York: Vol 68(3) p. 510-516.

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

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

SILVA, A. S. et al(1986). Metodologia das ciências sociais. Porto: 8ºed. Afrontamento.

SILVA, M. C.(1994). Estatística aplicada á psicologia e ciencias sociais. S.Paulo: McGraw-Hill.

TAYLOR, C. M.(1992). Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica. Porto Alegre: 13ª ed. Artes Médicas.

VALERIANO, J.(1991). Caderno Enf° Psiquiátrica ESEMFR.  
Lisboa.

VALERIANO, J.(1996). Opiniões e realidades: um ensaio sobre  
a relação de ajuda. Revista Enfermagem. Lisboa: II(2).  
Ed.APA e AESOP. p.7-12.

WATSON, J.(1985). Nursing: The psilosophy and science of  
cernig. Colorado: Associated University Press.

WATSON, J.(1988). Nursing: Human Science and Human cere.  
National Language for Nursing. New York.

WATZLAWICK, P. et al(1991). Teoria de la comunicacion  
Humana. Barcelona: ed Herder.

**ANEXOS**

**ANEXO I**

Ofício ao Hospital Júlio de Matos



*Autorizada*

*PICA*

*ESPA*

95-06-29

Ao Conselho de  
Administração do Hospital Júlio de Matos

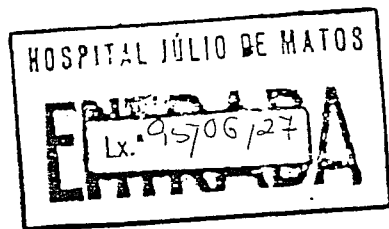
Exmos. Senhores,

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



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*

*Aurélio Ramos*

**ANEXO II**

Ofício ao Hospital Sobral Cid



0.15/05/9  
J. Nunes  
J. C.

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<sup>a</sup>. 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<sup>a</sup> compresensão,

De Vas. Exas.

Atentamente  
Rua José ...  
1100 LISBOA - Telex 1304 24/5/6  
Prof. Doutor Carlos José Barracho

**ANEXO III**

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

Confort de l'ameublement dans

votre espace de travail	1 NE CONVIENT PAS	2	3	4	5 CONFORTABLE
Espace utilisable dans votre zone de travail	1 INSUFFISANT	2	3	4	5 ADEQUAT
Espace de rangement pour le travail	1 INSUFFISANT	2	3	4	5 ADEQUAT
Espace de rangement pour effets personnels	1 INSUFFISANT	2	3	4	5 ADEQUAT
Intimité visuelle de votre bureau	1 INSUFFISANTE	2	3	4	5 ADEQUATE
Intimité des conversations dans votre bureau	1 INSUFFISANTE	2	3	4	5 ADEQUATE
Intimité téléphonique dans votre bureau	1 INSUFFISANTE	2	3	4	5 ADEQUATE
Eclairage électrique	1 INCONFORTABLE	2	3	4	5 CONFORTABLE
Intensité lumineuse	1 TROP DE LUMIERE	2	3	4	5 SUFFISANTE
Eblouissement dû aux luminaires	1 TROP D'EBLOUISSEMENT	2	3	4	5 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 ENVIRONNEMENT PHYSIQUE?					
	1	2	3	4	5
	NON SATISFAIT(E)			TRES SATISFAIT(E)	

**ANEXO IV**  
Questionário

## Instituto Superior de Psicologia Aplicada

### Questionário a 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 do espaço de trabalho e da relação terapêutica.

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 Helena Presado

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
			frequentes				raras
4.Condições de arejamento			1	2	3	4	5
			abafado				arejado

5.Ruídos 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 a relação terapêutica enfermeiro/doente	1	2	3	4	5
desfavorece					favorece

## PARTE 2

Esta parte do questionário destina-se à avaliação da relação terapêutica. Tenha apenas em atenção, o relacionamento com o utente/doente.

Utilize para o efeito a escala de 1 a 5. A posição 1 reporta-se ao desconfortável e a posição 5 ao confortável.

Em cada questão, e de acordo com a sua apreciação, assinale com um círculo na escala o número que considere corresponder à sua opinião.

<i>DISCORDO TOTALMENTE</i>	1	2	3	4	5	<i>CONCORDO TOTALMENTE</i>
----------------------------	---	---	---	---	---	----------------------------

- |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Todos os utentes/doentes do serviço são iguais e devem ser tratados da mesma forma | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Não considero importante aceitar o utente/doente tal como ele é.                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. A comunicação não verbal é dispensável na relação terapêutica                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. A sua expressão facial influencia a relação terapêutica                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. A expressão corporal não é importante na relação terapêutica                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Demonstro sempre disponibilidade para atender o utente/doente                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

7. Incentivo o crescimento de auto-confiança ao  
utente/doente 1 2 3 4 5
8. Desenvolvo actividades que facilitam a comunicação  
entre os utentes/doentes 1 2 3 4 5
9. Apresento-me sempre aos utentes/doentes que não  
conheço 1 2 3 4 5
10. Proporciono ao utente/doente momentos para expressar  
os seus problemas mas não avanço/exploro em  
profundidade 1 2 3 4 5
11. Implico-me superficialmente na relação com o  
utente/doente 1 2 3 4 5
12. Registo e reflito o conteúdo da mensagem do  
utente/doente 1 2 3 4 5
13. Satisfaço todos os desejos do utente/doente 1 2 3 4 5
14. Reajo de forma precisa á intensidade dos sentimentos  
do utente/doente 1 2 3 4 5
15. Identifico-me com algumas situações referentes ao  
utente/doente 1 2 3 4 5
16. Estou sempre atenta ao meu comportamento, quando  
estou com o utente/doente 1 2 3 4 5
17. Aconselho-me em função da minha experiência 1 2 3 4 5
18. Procuro supervisão/orientação sempre que necessário 1 2 3 4 5

PARTE 3

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

SEXO F \_\_\_\_ M \_\_\_\_

IDADE \_\_\_\_

CATEGORIA PROFISSIONAL ENFERMEIRO (NÍVEL 1)   
ENFERMEIRO (NÍVEL 2)

TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL NA INSTITUIÇÃO \_\_\_\_ ANOS

OBRIGADO

PELA SUA DISPONIBILIDADE E COLABORAÇÃO

(verifique se respondeu a todas as questões)

**ANEXO V**

Guião da entrevista

## GUIÃO DE ENTREVISTA

O QUE SENTE QUANDO ENTRA NO SEU SERVIÇO, RELATIVAMENTE AO ESPAÇO FÍSICO?

---

---

---

---

MENCIONE ALGUNS FACTORES QUE INFLUENCIEM FAVORAVELMENTE A RELACÇÃO TERAPÊUTICA:

---

---

---

MENCIONE ALGUNS FACTORES QUE INFLUENCIEM NEGATIVAMENTE A RELACÇÃO TERAPÊUTICA:

---

---

---

PREOCUPA-SE COM O ESPAÇO ONDE ATENDE O DOENTE ? \_\_\_\_\_

QUAL O LUGAR QUE PREFERE PARA FAZER UMA ENTREVISTA DE AJUDA? \_\_\_\_\_

PORQUÊ?

---

---

---

## INQUÉRITO GRÁFICO

Das estruturas que se seguem, diga qual pensa ser a mais facilitadora da relação terapêutica, assinale com uma cruz na opção escolhida, se optou pela estrutura tipo A,

assinale: TIPO A

**justifique cada uma das opções:**

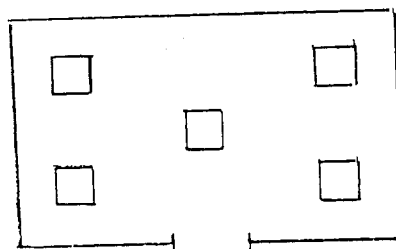
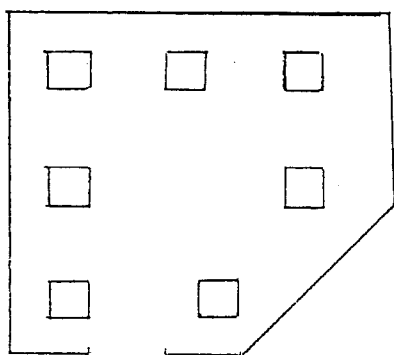
### REFEITÓRIO

\* Sala única

\* Duas salas

\* 1,5m<sup>2</sup> área/doente

\* 0,97m<sup>2</sup> área/doente



TIPO A

TIPO B

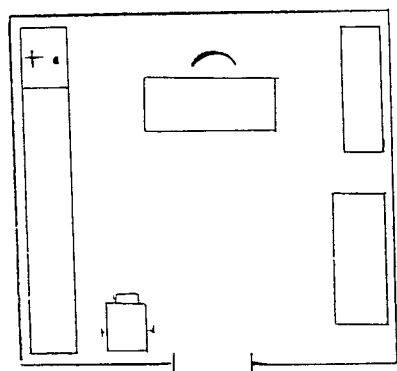
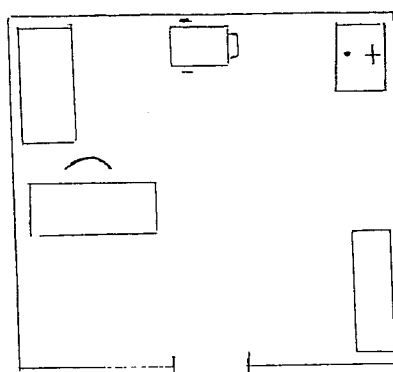
Justifique: \_\_\_\_\_

## SALA DE CONVÍVIO/BAR

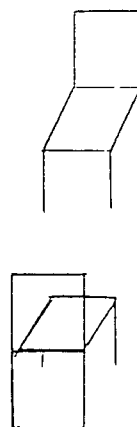
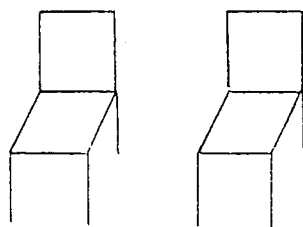
=> Area Total = 70,00 m<sup>2</sup>=> Área/doente = 1,55m<sup>2</sup>=> Area Total = 36,00m<sup>2</sup>=> Área/doente = 0,9m<sup>2</sup>TIPO A TIPO B 

Justifique: \_\_\_\_\_

## SALA DE TRATAMENTOS

TIPO A TIPO B 

Justifique: \_\_\_\_\_

**GABINETE**TIPO A TIPO B 

Justifique: \_\_\_\_\_

**ENFERMARIA/QUARTOS**

- Agrupados

-  $\geq 3$  camas- Área/doente 7m<sup>2</sup>

- Dispersos

- 1 ou 2 camas

- Área/doente 8-16m<sup>2</sup>TIPO A TIPO B 

Justifique: \_\_\_\_\_

**DENSIDADE POPULACIONAL/SERVIÇO**

- Área total 1356,0m<sup>2</sup>

- Área Total 2743,0m<sup>2</sup>

- Área por pessoa 20,75m<sup>2</sup>

- Área por pessoa 45,00m<sup>2</sup>

TIPO A

TIPO B

Justifique: \_\_\_\_\_

## DIFERENCIAL SEMÂNTICO

O ambiente é importante quando se estabelece uma entrevista de ajuda.

Assinale com (X), no intervalo 1\_X\_1 correspondente, de acordo com a sua opinião sobre o AMBIENTE.

### “AMBIENTE NA ENTREVISTA DE AJUDA”

QUENTE	1__1__1__1__1__1	FRIO
RUIDOSO	1__1__1__1__1__1	SILENCIOSO
DISPONIBILIDADE	1__1__1__1__1__1	INDISPONIBILIDADE
COM CHEIROS	1__1__1__1__1__1	SEM CHEIROS
ATENÇÃO	1__1__1__1__1__1	DISTRAÇÃO
LUMINOSIDADE INTENSA	1__1__1__1__1__1	OBSCURIDADE
CADEIRA LADO/LADO	1__1__1__1__1__1	CADEIRA FRENTE/FRENTE
INDIVIDUAL	1__1__1__1__1__1	EM GRUPO
INTIMIDADE DE DIÁLOGO	1__1__1__1__1__1	DISTÂNCIA DE DIÁLOGO
MOBILIÁRIO CONFORTÁVEL	1__1__1__1__1__1	MOBILIÁRIO DESCONFORTÁVEL
DIFERENÇAS DE TEMPERATURA	1__1__1__1__1__1	TEMPERATURA CONSTANTE
AREJADO	1__1__1__1__1__1	ABAFADO
HOSTILIDADE	1__1__1__1__1__1	SINCERIDADE

**ANEXO VI**

Matriz de correlações do questionário da  
Relação Terapêutica

## - - - Correlation Coefficients - - -

Matriz de correlações r de Pearson, item/item da escala da relação terapêutica

	RT1	RT2	RT3	RT4	RT5	RT6	RT7	RT8	RT9	RT10	RT11	RT12	RT13	RT14	RT15	RT16	RT17	RT18
RT1	-----	,1013	-,0801	,3338**	,2914**	,3015**	,1385	,2063*	,2798**	-,2710**	,0940	,2991**	-,0483	,2025*	,0331	-,0416	,0488	,1507
RT2	,1013	-----	,2575*	,2469*	,3353**	,2803**	,1498	,0038	,2485*	,0457	,3015**	,1449	-,0456	,1427	-,0454	,1973*	,1120	,4018**
RT3	-,0801	,2575*	-----	,0907	,1542	,1510	,0631	,0800	,1225	-,0044	,1581	,0378	-,0830	,0062	-,1023	,1066	,0848	,3188**
RT4	,3338**	,2469*	,0907	-----	,4097**	,3017**	,1112	,1684	,3971**	-,2516*	,0265	,3931**	-,1569	,2858**	,1533	,2464*	,2711**	,4471**
RT5	,2914**	,3353**	,1542	,4097**	-----	,2820**	,0795	,1344	,4256**	-,3045**	,2706**	,3871**	-,1245	,0536	-,0089	,1808	,2473*	,4835**
RT6	,3015**	,2803**	,1510	,3017**	,2820**	-----	,5311**	,3861**	,4443**	-,1715	,2528*	,5769**	-,2917**	,4319**	-,0107	,5240**	,2714**	,5268**
RT7	,1385	,1498	,0631	,1112	,0795	,5311**	-----	,3772**	,4118**	,0399	,2987**	,5093**	-,0667	,2554*	-,1731	,2713**	,1723	,2945**
RT8	,2063*	,0038	,0800	,1684	,1344	,3861**	,3772**	-----	,2739**	-,2323*	,1704	,3118**	-,1445	,2960**	,0040	,2685**	,1357	,2559*
RT9	,2798**	,2485*	,1225	,3971**	,4256**	,4443**	,4118**	,2739**	-----	-,2256*	,2295*	,5382**	-,0868	,2365*	-,2364*	,4692**	,5091**	,5898**
RT10	-,2710**	,0457	-,0044	-,2516*	-,3045**	-,1715	,0399	-,2323*	-,2256*	-----	,0434	-,1448	,0285	-,1368	-,3128**	-,3445**	-,3100**	-,2836**
RT11	,0940	,3015**	,1581	,0265	,2706**	,2528*	,2987**	,1704	,2295*	,0434	-----	,2249*	-,2257*	,1316	-,1292	,2072*	-,0292	,2283*
RT12	,2991**	,1449	,0378	,3931**	,3871**	,5769**	,5093**	,3118**	,5382**	,2249*	,2249*	-----	-,1679	,3748**	,0220	,3118**	,3064**	,3664**
RT13	-,0483	-,0456	-,0830	-,1569	-,1245	-,2917**	-,0667	-,1445	-,0868	,0285	-,2257*	-,1679	-----	-,3405**	-,0945	-,2028*	,1184	-,1756
RT14	,2025*	,1427	,0062	,2858**	,0536	,4319**	,2554*	,2960**	,2365*	-,1368	,1316	,3748**	-,3405**	-----	,1168	,3523**	,1529	,3536**
RT15	,0331	-,0454	-,1023	,1533	-,0089	-,0107	-,1731	,0040	-,2364*	-,3128**	-,1292	,0220	-,0945	,1168	-----	-,0410	-,1653	-,1377
RT16	,0416	,1973*	,1066	,2464*	,1808	,5240**	,2713**	,2685**	,4692**	-,3445**	,2072*	,3118**	-,2028*	,3523**	-,0410	-----	,5817**	,6001**
RT17	,0488	,1120	,0848	,2714**	,2473*	,2714**	,1723	,1357	,5091**	-,3100**	-,0292	,3064**	,1184	,1529	-,1653	,5817**	-----	,6471**
RT18	,1507	,4018**	,3188**	,4471**	,4835**	,5268**	,2945**	,2559*	,5898**	-,2836**	,2283*	,3664**	-,1756	,3536**	-,1377	,6001**	,6471**	-----

Nota: \* p. &lt; .05 ; \*\* p. &lt; .01