



Universidades Lusíada

Serafim, Maria do Rosário Andrade de Oliveira,
1956-2014

Espírito Santo, Maria Inês Lopes Andrade

Criação e validação de uma escala de complexidade da intervenção social com adultos em contexto hospitalar

<http://hdl.handle.net/11067/1056>

<https://doi.org/10.34628/dgdb-m962>

Metadados

Data de Publicação	2012
Resumo	O presente estudo teve como objectivo construir e validar um instrumento que medisse a complexidade da intervenção social com adultos em contexto hospitalar. A intervenção em Serviço Social como uma prática profissional crítica e reflexiva conceptualiza a complexidade da intervenção social, sua relação com o nível sociofamiliar e situação clínica dos doentes do Centro Hospitalar de Lisboa Central, enquanto sujeitos de acção. Foram recolhidos dados de natureza exploratória por intermédio da aplic...
Palavras Chave	Serviço social médico
Tipo	article
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-ISSSL] IS, n. 39 (2012)

Esta página foi gerada automaticamente em 2025-05-17T09:42:51Z com
informação proveniente do Repositório

CRIAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA ESCALA DE COMPLEXIDADE DA INTERVENÇÃO SOCIAL COM ADULTOS EM CONTEXTO HOSPITALAR (ECISACH)

Maria do Rosário Serafim

Licenciada em Serviço Social pelo Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa e Mestre e Doutorada nesta área pela PUC-SP. Actualmente é docente na Escola de Sociologia e Políticas Públicas de Serviço Social do ISCTE-IUL e é Coordenadora do Doutoramento em Serviço Social. Tem como principais temas de investigação, a (s) prática (s), teoria (s) e ética em Serviço Social, desenvolvimento local e qualidade nas organizações sociais públicas e /ou privadas.

Maria Inês Espírito Santo

Licenciada em Serviço Social pelo Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa e frequenta actualmente o Programa de Doutoramento em Serviço Social no ISCTE-IUL. Tem como área de investigação, a Qualidade e as práticas dos Assistentes Sociais na área Hospitalar. É Assistente Social no Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE.

Resumo: O presente estudo teve como objectivo construir e validar um instrumento que medisse a complexidade da intervenção social com adultos em contexto hospitalar. A intervenção em Serviço Social como uma prática profissional crítica e reflexiva conceptualiza a complexidade da intervenção social, sua relação com o nível sociofamiliar e situação clínica dos doentes do Centro Hospitalar de Lisboa Central, enquanto sujeitos de acção. Foram recolhidos dados de natureza exploratória por intermédio da aplicação da escala, concebida por esta equipa de uma forma inovadora, na medida em que não existem instrumentos de medida que tenham sido construídos com o objectivo de medir o grau de complexidade da acção desenvolvida pelo Assistente Social em contexto hospitalar. Participaram na validação da escala os Assistentes Sociais pertencentes às quatro Unidades Hospitalares (Hospital de São José, Hospital dos Capuchos, Hospital de Santa Marta e Hospital Dona Estefânia – adultos).

Ao nível analítico merece especial destaque o conceito de complexidade e de família cuja articulação com a intervenção acaba por ter influência, na dinâmica e resolução de uma situação social.

A escala é composta por 12 itens, foi administrada em dois grupos-alvo: doente com família e doente sem família e foi aplicada a 233 processos sociais seleccionados de forma aleatória num espaço temporal de três meses. Relativamente à validação da escala, usou-se o α de Cronbach para medir a fiabilidade da mesma. Verificou-se que a consistência interna é considerada razoável ($\alpha=0,762$) na escala aplicada no grupo doente com família é boa ($\alpha=0,840$) para a subescala do doente sem família.

Palavras-chave: escala, Complexidade, serviço social hospitalar, Assistente Social,

Abstract: This study was intended to develop and validate an instrument that measures the complexity of social intervention with adults in a hospital context. Intervention in Social Work as a critical and reflective practice, conceptualizes the complexity of the social action, its relation with the familial interaction levels and clinical condition of patients in the Central Lisbon Hospital Centre, as subjects of action. Data were collected from exploratory through the application of the scale, a new tool conceived in a new way, as there are no measurement tools that have

the purpose of measuring the degree of complexity of by social worker action in the hospital context. The social workers that participated in the validation of this scale belong to four Hospitals ins Lisbon area (Hospital of St. Joseph the Capuchin Hospital, Santa Marta Hospital and Hospital Dona Estefania - adults).

At the analytical level special mention should be the concept of complexity and family whose connection with the intervention turns out to have a great influence on the dynamics and resolution of a social problem. This scale is composed by 12 items, was ministered in two groups; patients with family and patients with no family and was applied in random 233 cases at in a social temporal space of three months. For the validation of the scale, we used the Cronbach's alpha to examine the reliability of the scale.

It was observed that the internal consistency is reasonable ($\alpha=0.762$) in the patients with family and is good ($\alpha=0.840$) in the group of patients with no family.

Key-words: scale, complexity, clinical social work, social worker

Introdução

A prática profissional dos Assistentes Sociais, moldada num contexto de grande diversidade, heterogeneidade e multiculturalidade, integram situações complexas com diferentes significados e valores. Por esta razão, torna-se fundamental uma melhor compreensão das potencialidades ou problemas dos sujeitos com os quais desenvolvemos a intervenção social, onde a complexidade se produz através de um conexo de interacções e acções (Morin, 1991).

A concepção de um instrumento para medir a complexidade da intervenção do Serviço Social com adultos em contexto hospitalar surgiu da necessidade de, por um lado, dar resposta ao pedido formulado pelos Dirigentes do Centro Hospitalar de Lisboa Central, com a finalidade de avaliar a afectação dos profissionais aos diversos serviços e, por outro lado, à inexistência de um instrumento que permita aferir, com rigor, o nível de complexidade da intervenção dos Assistentes Sociais que trabalham em contexto hospitalar.

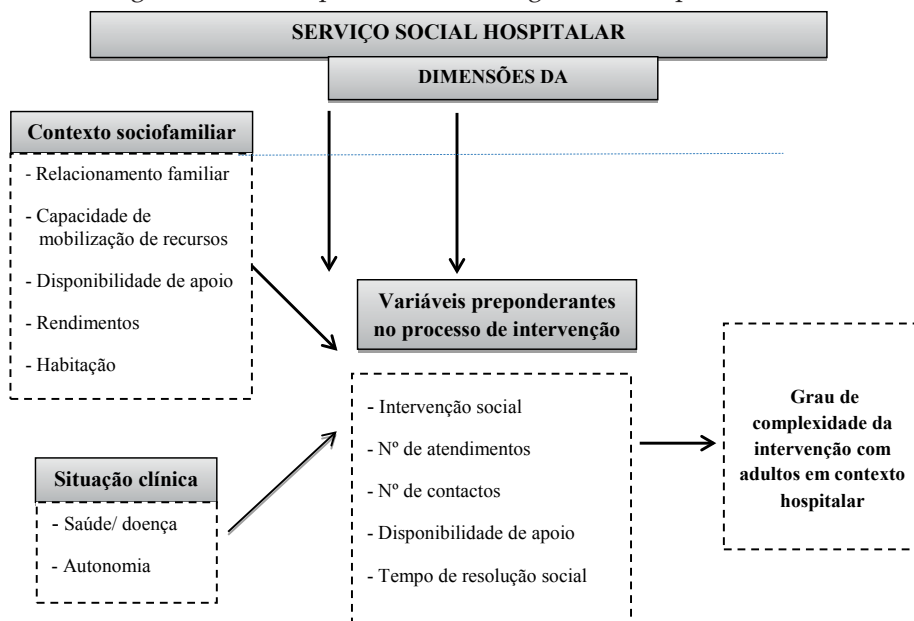
A intenção de compreender as práticas profissionais do quotidiano só pode realizar-se a partir da acção profissional crítica e reflexiva, construída com base nos resultados da pesquisa, na construção de conhecimento capaz de compreender o reconhecimento da complexidade, a diversidade e a singularidade do sujeito (Luhmann 1998 cit in, Neves et al, 2006). Ainda sob o ponto de vista de Baptista é "no movimento da acção que o profissional elabora e constrói novos conhecimentos" (2001, p.47).

Neste sentido, a produção de conhecimento deverá ser parte componente e indissociável da prática profissional. É fundamental assumir que o Serviço Social tem vindo a integrar-se em processos de trabalho cada vez mais multifacetados, exigindo-se-lhe respostas adequadas e em tempo útil num amplo campo de

intervenção onde predomina a fragmentação do sujeito, da família, das políticas, das relações de vizinhança e amizade. Urge, assim, a necessidade de redefinir novas linhas de concepção, planeamento e avaliação estratégica da intervenção do Serviço Social em contexto hospitalar.

A este propósito, podemos observar na Figura 1, as três dimensões que devem ser tidas em conta na intervenção social. Uma das dimensões remete para o contexto sociofamiliar do doente (A), tendo como análise o relacionamento familiar, a capacidade de mobilização de recursos, a disponibilidade de apoio, os rendimentos e a situação habitacional. Numa outra dimensão, encontra-se a situação clínica (B), e por último, o processo de intervenção social (C), contemplando os indicadores, plano de intervenção, número de atendimentos, número de contactos, disponibilidade de apoio institucional e tempo de resolução social. Com esta escala pretende-se também avaliar a relação entre as diferentes dimensões que interferem no processo de ingerência do Assistente Social.

Figura 1- Modelo para identificar o grau de complexidade



Como referido anteriormente, a escala – na qual coexistem três subescalas que correspondem a três dimensões de análise (conforme Figura 1) – é constituída por doze itens: relacionamento familiar, capacidade de mobilização de recursos, disponibilidade de apoio, rendimentos, habitação, saúde/doença, autonomia, intervenção social, atendimentos, contactos, disponibilidade das respostas institucionais, resolução social. Cada item é

classificado por uma escala de pontuação que vai de 1 a 5, correspondendo o 1 à situação ideal - sem complexidade e o 5 à situação de indução de maior complexidade social.

A pontuação total deriva do somatório das pontuações de cada um dos itens, sendo que de <24 pressupõe que estamos perante uma boa e/ou aceitável situação social – sem complexidade, de 24 a 30, situações de baixa complexidade, de 31 a 37 situações de complexidade intermédia, de 38 a 44, situações de complexidade alta e superior a 45 induz à existência de situações de complexidade muito alta. A base de sustentação destes intervalos bem como da sua designação, teve como fundamento a prática profissional e respectivas situações sociais analisadas.

A fim de se estudar a aplicabilidade da escala no campo profissional, a pesquisa foi organizada em duas fases. A primeira incluiu a realização do pré-teste, através de um workshop interno ao CHLC, no qual todos os assistentes sociais do Centro Hospitalar de Lisboa Central avaliaram a aplicabilidade da mesma, através da análise de dois processos sociais seleccionados aleatoriamente por cada Assistente Social, reflectindo, em conjunto, acerca da pertinência e aplicabilidade da escala. Numa segunda fase e após rectificação da escala foi aplicada durante um espaço temporal de 3 meses no qual cada profissional operacionalizou a mesma em três processos sociais, por mês. Por fim, foram apresentados os resultados e avaliada a sua consistência interna. No total, a escala foi aplicada a 233 processos sociais, distribuídos pelos diferentes Hospitais constituintes do Centro Hospitalar Lisboa Central EPE.

Neste trabalho iremos centrar no conceito de complexidade através da reflexão na prática do Serviço Social, e como este pode afectar ou condicionar o processo de trabalho dos Assistentes Sociais.

1. A Complexidade na Prática Profissional do Assistente Social

Vivemos numa sociedade globalizada em que se torna cada vez mais necessário compreender e avaliar os problemas sociais em toda a sua complexidade. Para tal, é imprescindível um conhecimento teórico que integre e não segmente os problemas sociais e que permita o seu discernimento no seu todo, na medida em que, citando Edgar Morin (2005), a teoria e prática não são processos contraditórios, mas complementares e com funções de enriquecimento mútuo, na medida em que mantendo-se distintos, ambos são necessários para se alcançar, com maior rigor, a compreensão de uma dada realidade social.

O conceito complexidade utilizado, no senso comum, para expressar algo que não se consegue ou temos dificuldade de explicar. Assim, quando não entendemos uma situação, dizemos que esta é complexa. Este postulado, aprofundado por teórico Edgar Morin, fundamenta, em parte, que diversos actores interventivos (assistentes sociais, médicos, psicólogos, enfermeiros), trabalhem diferentes perspectivas, de uma forma multidisciplinar. Do mesmo modo, no conceito desenvolvido por Luhmann, define-se a complexidade “quando num conjunto inter-relacionado de elementos já não tem possibilidades de se relacionarem em qualquer momento com todos os demais, devido a limitações imanentes à capacidade de interconectá-los” (1990, p.69). Este conceito, de relevância, é também sublinhado por Morin como “um tecido de constituintes heterogêneas inseparavelmente associadas: ela coloca o paradoxo do uno e do múltiplo, a complexidade é efectivamente o tecido de acontecimentos, acções, interacções, retroacções, determinações, acasos, que se constituem nosso mundo fenómeno” (Morin, 2006,p.13).

Em síntese grande maioria dos autores encaram e compreendem a complexidade como o nível de consciência do risco e incerteza, em que a complexidade envolve mais que uma condição ou possibilidade interactiva como uma infinidade de interacções, associações e interfaces estabelecidas entre um grande número de unidades (Luhmann, 1984 cit in Neves, 2006) (Morin, 2003 cit in, Curvelho e Scroferneker, 2008). Inegavelmente não se pode ignorar a particularidade e pluralidade da complexidade do sistema social na contemporaneidade, dada a ênfase que é dada à contradição entre ordem e desordem e complementaridade e multidimensionalidade da realidade social (Morin, 2000), numa perspectiva dinâmica e mutável. Todavia, considerámos alguns elementos inseparáveis e constituintes de um todo na prática dos Assistentes Sociais na área Hospitalar, dada a sua natureza holística e transdisciplinaridade, constituintes da organização/instituição de saúde que envolve os diversos elementos do sistema, “as organizações são sistemas vivos, e interagem com o meio-ambiente, estabelecendo relações de causalidade linear, circular e retroactiva as quais (...) se encontram em todos os níveis de organizações complexas” (Morin, 2006, cit in Curvelho e Scroferneker, 2008, p.7).

Deste modo, como refere Chiavenato (1985) uma organização pode ser definida como um sistema composto por actividades humanas, constituindo um conjunto complexo e multidimensional de personalidades, pequenos grupos, normas, valores e comportamentos. Neste caso, as organizações de saúde, nomeadamente os hospitais, são organizações peculiares sujeitas a numerosas e mutáveis prerrogativas de diversas ordens. De facto, o contexto hospitalar constitui um enorme desafio para o(s) Assistente(s) Social(is), pelas suas características, pela heterogeneidade e pelas particularidades das situações, que exigem uma acção articulada dos múltiplos saberes vendo “o Hospital como uma totalidade, composta de múltiplas partes interconectadas, em interacção com o universo exterior e prosseguindo objectivos globais. Cada uma dessas

partes possui características estruturais e funcionais idênticas a do sistema global e constitui, ela própria, um sistema” (Correia, 1983, p.3)

À semelhança da organização de saúde, o Serviço Social é uma disciplina das ciências sociais cuja marca identitária está na acção e agir profissional, interferindo/relacionando-se com sujeitos em situações problemáticas, que exigem uma saber técnico e teórico que os possa delimitar e aportar, nunca ignorando a necessária flexibilidade e adaptabilidade que permite transformar a prática numa acção reflexiva, criativa e complexa.

Importa salientar que o conceito de complexidade não é simples, nem unívoco, mas polivalente e multifacetado. A multidimensionalidade, já referida anteriormente, agora aplicada ao objecto de pesquisa, implica que as intervenções sejam diferentes e que o processo operativo não seja rígido, nem linear, variando as fases da abordagem metodológica em função da sua complexidade, grau de dificuldade e de complexidade. De acordo com a figura 2, a complexidade existente na relação entre o Assistente Social e utente/sujeito/ família é inerente às particularidades e ao tipo de intervenção necessária perante as diversas problemáticas sociais, tendo em conta o contexto institucional de saúde, as políticas sociais vigentes e ao processo de saúde-doença. Por fim, reafirma-se que, o(s) Assistente(s) Social(is) trabalha(m) simultaneamente em vários registos ou contextos, o que adensa a complexidade das práticas profissionais.

Figura 2 - Âmbitos de complexidade da prática do Assistente Social



As problemáticas sociais são constituídas por diferentes componentes, onde cada um deles tem a sua própria representação tanto na esfera do sujeito, do grupo de pertença, da rede social ou da comunidade. A problemática da fragmentação aprofunda a sustentabilidade dos laços sociais e também os resultados da intervenção social, nomeadamente ao nível dos contextos, circunstâncias e recursos accionados para a mobilização dos actores sociais, reforçando a comunicação entre as distintas partes, tanto ao nível dos problemas sociais como ao nível da articulação interinstitucional (Carballeda, 2010).

As problemáticas sociais enquanto objectos de intervenção do Serviço Social apresentam grande complexidade para serem compreendidas e analisadas devido à sua permanente mutação e dinamismo social em que “prática profissional não se reduz a um mero conjunto de actividades simples e rotineiras; a sua complexidade deriva da confluência de várias componentes analíticas do quotidiano profissional, designadamente a dinâmica contextual, a heterogeneidade, a temporalidade, a construção social da realidade” (Almeida, 2004, p.8)

Desta forma, as problemáticas sociais são complexas e transversais, envolvendo uma série de relações que se expressam de uma forma particular em cada contexto “estas surgem na tensão entre as necessidades e direitos, na diversidade de expectativas sociais e um conjunto de diferentes dificuldades para alcança-las num cenário de incerteza, desigualdade e possibilidades concretas de desfiliação” (Carballeda, 2010, p.2).

Assim, perante as problemáticas sociais que afectam os sujeitos, as políticas sociais devem ter um nível de flexibilidade que facilite o seu ajustamento às circunstâncias particulares, tendo em conta as necessidades, heterogeneidade e singularidade do sujeito e contexto onde está inserido através de “uma abordagem transversal a partir das respostas sociais existentes.

Como já observamos, o campo do Serviço Social encara realidades complexas, exigindo aos profissionais atitudes resilientes face à complexidades das relações interpessoais e organizacionais, compreendendo-as e mediando-as, criando métodos de intervenção e enfrentando, de uma forma dinâmica, as circunstâncias que geram problemas, suprimindo tensões e promovendo uma melhor qualidade destas relações. Neste sentido, aos Assistentes Sociais compete a compreensão e harmonização de métodos e metodologias de intervenção centradas no sujeito, nas famílias e comunidades envolventes.

Do ponto de vista metodológico, Dubet (2006) analisou as mudanças vivenciadas pelos Assistentes Sociais como resultado da evolução e transformação das nossas sociedades, identificando três perspectivas de acção diversificadas e de forma sistematizada. “A combinação destas lógicas de acção desenha e promove respostas que os Assistentes Sociais podem elaborar perante as complexidades das problemáticas sociais” (Dubet, 2006 cit in Ucar, 2010:6).

Figura 3 - Lógicas de acção do Assistente Social (Dubet, 2006)



Nesta perspectiva, a complexidade da acção profissional com o utente/ sujeito/ cidadão, é um processo constante de mudança e transformação, numa relação de reciprocidade e causalidade constante, de acordo com as três perspectivas de acção supracitadas. Sendo esta relação um espaço privilegiado de escuta, confidencialidade e empatia, a complexidade do Serviço Social não é um processo linear. Por isso, realçar que a intervenção não contempla atitudes desordenadas, sem delimitação e fora de um contexto, mas antes exige um nível de complexidade, ou seja, é saber lidar com o imprevisto, iniciativa, decisão e consciência das devidas transformações (Morin, 2005), de forma a alcançar com maior plenitude o objectivo de intervenção. Sob este aspecto, o Serviço Social precisa, crescentemente, ampliar as suas potencialidades interactivas e possibilitar novos canais de comunicação através das redes e parcerias no âmbito da melhoria e humanização das práticas sociais ao sujeito e família.

2. A Dimensão Sociofamiliar e o Processo de Doença

A família é um grupo que funciona como um sistema, com regras definidas pela própria história familiar que lhe concede uma identidade própria, específica, diferente de outros grupos. No entanto, a família é, hoje em dia considerada como, um sistema mutável e dinâmico que tem vindo a sofrer alterações. A família sendo uma instituição que apresenta mutações profundas, nomeadamente ao nível dos seus fundamentos, estrutura e funções, continua, todavia, a ser uma das células básicas das sociedades (Giddens, 1997).

A evolução da família tem origem a partir das trocas de papéis e funções entre os seus membros e outros sistemas, formando uma rede interactiva, associada ao sentimento de ajuda e acompanhamento numa situação de necessidade (Gomes, 2009). Embora, por vezes, dentro deste sistema, cada indivíduo se considere uma unidade funcional e um sistema por si só. O sistema individual, ao relacionar-se com outros, muda a sua configuração e desempenha papéis e funções distintas. A rede de interacções que se forma no sistema familiar permite

a satisfação das necessidades, troca da sua estrutura e regras de forma a ter um bom relacionamento com o exterior (Caparrós, 1998).

À analogia destas alterações podemos mencionar “a descida dos índices de natalidade, o aumento dos divórcios e das separações, o aumento dos nascimentos extramatrimoniais e a crescente proliferação de relações de convivência não institucionais” (Gomes, 2009, p.101). Tendo em conta estas transmutações, o subseqüentemente envelhecimento demográfico e o aumento da esperança de vida, que poderão explicar alguns comportamentos familiares podemos entender que “estas mudanças têm a sua origem, em primeiro lugar num movimento de privatização da vida conjugal e familiar, caracterizado por uma progressiva independência residencial dos casais, uma orientação mais virada para o companheirismo, para a igualdade dos papéis numa perspectiva do género e para um forte centramento identitário do(s) filho(s). Um segundo movimento de transformação, diz respeito ao individualismo, cada vez mais crescente na sociedade contemporânea” (Wall, 2005, p. 45-46).

Intrínseco a todas as mudanças no (s) agregado (s) familiar (es) é, no entanto, fundamental, realçar o papel da família na promoção do bem-estar aos seus membros numa situação de doença e, por conseguinte num processo de hospitalização. No seio familiar quando um dos indivíduos passa por um processo de doença e/ou internamento toda a dinâmica familiar pode ser alterada/afectada, conforme o grau de dependência que a doença poderá acarretar. Uma situação de doença não afecta somente o indivíduo doente, mas também todo o agregado familiar mais próximo. Assim, a ênfase atribuída às práticas e responsabilidades familiares, deve-se em grande parte, ao facto de estas constituírem em conjunto de actividades infundidas de enorme significado.

No caso de famílias com pessoas idosas ou doentes a cargo, as estratégias familiares de conciliação da vida profissional com a vida pessoal passam, frequentemente, pela responsabilização da mulher pelos cuidados aos dependentes, traduzindo-se numa sobrecarga de trabalho para esta, que passa a gerir a sua vida profissional, familiar e pessoal em função das necessidades sociais dos idosos a cargo. Podemos asseverar que o funcionamento da família, perante uma situação de dependência de um dos seus membros, está muito submisso da forma como esta desenvolve a capacidade de mobilizar os seus recursos humanos ou organizacionais, quer internos, quer externos (neste caso na própria comunidade), de forma a ultrapassar ou minimizar a situação de crise em que “a saúde de um indivíduo afecta toda a função da família e, por sua vez, a função da família afecta a saúde de cada indivíduo” (Gomes; 2009, p.103). A adaptação, a união e a comunicação entre os elementos da família e outros intervenientes são recursos fundamentais que permitem procurar da melhor forma, as soluções para um bem-estar familiar, com qualidade de vida para o doente (Imaginário 2004).

É precisamente, no contexto de situação de dependência, que é necessário uma reorganização social e familiar, de forma a permitir encontrar respostas garantindo, deste modo, a continuidade dos cuidados.

Se reflectirmos sobre o processo de industrialização e concludentemente sobre a emancipação da mulher no mercado de trabalho verificamos duas transformações fundamentais no papel da família na sociedade e na organização social “tornou-se mais fraco, no sentido em que existe uma menor coesão entre os seus membros, menos funções, menor face às restantes instituições sociais e menor influência em termos comportamentais e de construção de opinião” (Monteiro, 2009, p.434).

2.1. Relacionamento e as Funções familiares

As famílias definidas como agregações sociais, ao longo dos tempos, assumem ou resignam funções de protecção e socialização dos seus membros, como resposta às necessidades do grupo de pertença.

Neste sentido, Duvall e Miller (cit in Stanhope 1999) identificaram as seguintes funções familiares: “Geradora de afecto entre os membros da família”; “proporcionadora de segurança e aceitação pessoal”, promovendo um desenvolvimento pessoal natural; “Proporcionadora de satisfação e sentimento de utilidade”, através das actividades que satisfazem os membros da família; “Asseguradora da continuidade das relações”, proporcionando relações duradouras entre os familiares; “Proporcionadora de estabilidade e socialização”, assegurando a continuidade da cultura da sociedade correspondente; “Impositora da autoridade e do sentimento do que é correcto”, relacionado com a aprendizagem das regras e normas, direitos e obrigações características das sociedades humanas. Para além destas funções, um outro autor (Stanhope, 1999:503), acrescenta ainda uma função relativa à saúde, na medida em que a família protege a saúde dos seus membros, dando apoio e resposta às necessidades básicas, em situações de doença. “A família, como uma unidade, desenvolve um sistema de valores, crenças e atitudes face à saúde e doença que são expressas e demonstradas através dos comportamentos de saúde-doença dos seus membros (estado de saúde da família) ”.

Uma família tem como pressupostos a capacidade de mobilização de recursos face às necessidades e atitudes resilientes na promoção de bem-estar aos seus membros. No entanto, a ocorrência de uma doença e consequente hospitalização por parte de um dos elementos da família poderá desencadear alterações no seu estilo de vida, sendo mais ou menos graves consoante o papel que o indivíduo doente desempenha no grupo familiar. Todavia, devemos ter presente que a doença desse membro poderá afectar, todos os outros, e considerar tanto a doença específica como o sujeito afectado, os papéis funcionais variam consoante a personalidade, os recursos da família, as exigências e as necessidades de cada elemento familiar (Gimeno, 2001).

Importa, ainda, salientar a sobrecarga que a família suporta e os meios e recursos de que dispõe, para cuidar do familiar doente, poderá gerar situações de ansiedade em todos os seus membros e nestas condições a atitude da família

face à doença de um familiar pode ser muito divergente. Factor que deveremos considerar na nossa prática profissional, para a importância de compreendermos bem a família, avaliar as suas necessidades e fazer um diagnóstico adequado à realidade social e médica.

2.2. Suporte social ao doente

“O suporte social reporta-se ao conjunto de transacções interpessoais que poderão ser estabelecidos com as diferentes pessoas significativas, como seja a família, amigos, vizinhos, colegas de trabalho, prestadores de cuidados ou outros profissionais” (Nunes, 1999 cit in Pereira et al, 2009, p.156). Uma situação de doença num contexto familiar, exige uma maior disponibilidade de terceiros para apoio nas tarefas diárias, o que, por vezes, é dificultado pela necessidade de os restantes membros do agregado permanecerem em situação de emprego. Na realidade, a pouca disponibilidade da família, ou a sua ausência (devido à não existência de filhos ou familiares mais chegados, à não proximidade do doente em termos de local de residência ou, mais grave ainda, devido à sua demissão relativamente às suas obrigações), ou até mesmo a existência de famílias complexas, devido a vários factores de ordem económica ou social e sem capacidade de resposta aos seus familiares doentes, “podendo conduzir a um estado de desorganização psicossocial, frequentemente acompanhado de sentimentos negativos como o medo, a culpa e a ansiedade” (Garret et al, 2003 cit in Pereira et al, 2009, p.153), são factores que poderão agravar o processo de intervenção social e por conseguinte o quadro de planeamento de alta hospitalar

O apoio social ao doente no após alta pode ainda ser realizado pela rede de vizinhança ou de amigos, podendo este, não ser satisfatório nem suficiente, face às necessidades de apoio nas actividades de vida diária numa situação de convalescença, em que se encontra com alguma fragilidade física e emocional e que necessita da presença de uma figura da rede informal ou formal e que “geralmente é limitada e raramente ultrapassa as tarefas práticas, pontuais e precisas como as compras, transporte, visitas” (Bris, 1994 cit in Pereira et al, 2009, p.156). De facto, para a maioria dos doentes e nas situações de doença mais complexas, as redes de apoio informal são incapazes de colmatar as necessidades reais dos doentes, quer pela incapacidade ou disponibilidade da mesma, ou porque, as necessidades dos doentes excedem a capacidade de apoio procedente desse sistema. Assim, como resposta a estas situações, Bris (1994) e Paúl (1997) consideram os “apoios formais, uma fonte imprescindível de apoio quer instrumental quer afectivo, numa grande variedade de circunstâncias” (cit in Pereira et al, 2009, p.156). Esta resposta permite a continuidade e a manutenção das necessidades de saúde no após alta e na prestação de apoio nas actividades de vida diárias.

Resultados

Esta pesquisa contou com a concepção e posterior aplicação de uma escala de complexidade da intervenção social, num espaço temporal de três meses a três processos sociais seleccionados de forma aleatória. Foi então, obtida uma amostra de 233 processos sociais, utentes sujeitos de intervenção do Serviço Social do CHLC.

Para a realização prática deste estudo, foram aplicadas técnicas de análise de dados, nomeadamente, estatística descritiva, análise de consistência interna e correlação de Pearson. Os cálculos foram operacionalizados através do SPSS (versão 17.0).

Quadro 1 - Dados sociodemográficos dos doentes

	Ambulatório	Internamento	Urgência	total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
SEXO				
Feminino	13 (5,6)	100 (43,0)	19 (8,2)	132 (57,0)
Masculino	12 (5,2)	80 (34,3)	9 (3,9)	101 (43,3)
IDADE (anos)				
Escalões etários				
18-30	3 (1,3)	13(5,6)	0 (0)	16(6,9)
31-50	7(3,0)	17(7,3)	4(1,7)	28 (12,0)
51-70	9(3,9)	34(14,6)	6(2,6)	49 (21,1)
71-90	6(2,6)	113(48,5)	16(6,9)	135 (58,0)
91	0(0)	3(1,3)	2(0,9)	5 (2,2)
ESTADO CIVIL				
Solteiro	5 (2,1)	32(14,0)	5 (2,1)	42(18,0)
Casado	13(5,6)	55 (23,7)	8 (3,4)	76 (33,0)
Separado	0	3 (1,3)	1 (0,4)	4 (1,7)
Divorciado	2 (0,9)	16 (6,9)	2 (0,9)	20 (8,6)
União de facto	3 (1,3)	9 (3,9)	0	12 (5,2)
Viúvo	2 (0,9)	65 (28,0)	12 (5,2)	79 (34,0)
NIVEL ESCOLARIEDADE				
Nunca frequentou	4 (1,7)	17 (7,3)	1 (0,4)	22 (9,4)
1º Ciclo básico	9 (3,9)	120 (52,0)	20 (8,6)	149 (64,0)
2º Ciclo básico	6 (2,6)	24 (10,3)	4 (1,7)	34 (14,6)
3º Ciclo Básico	4 (1,7)	2 (0,9)	0	6 (2,6)
Secundário	1 (0,4)	9 (3,9)	2 (0,9)	12 (5,2)
Superior	0	6 (2,6)	1 (0,4)	7 (3,0)
Outros	1 (0,4)	2 (0,9)	0	3 (1,3)

Fonte: amostra (n=233) dos utentes do Serviço Social do CHLC

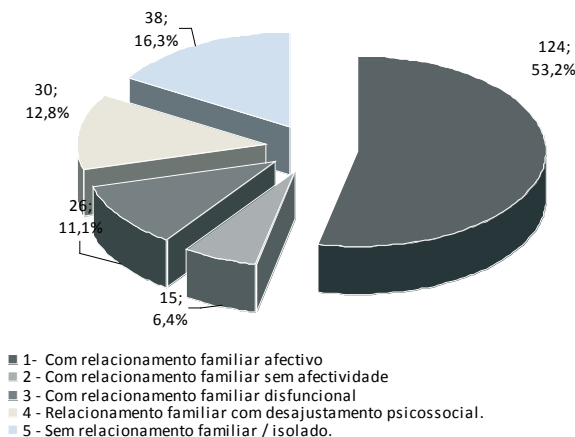
A análise por sexo dos utentes do Serviço Social permite-nos verificar a predominância do sexo feminino (57,0%) face ao género masculino (43,3%). A categoria dos 71 - 90 anos (55,2%) representa maior valor. Da análise da estrutura

etária dos utentes conclui-se que se trata de uma população predominantemente envelhecida. Prevaecem os utentes viúvos (34,0%), existindo, contudo uma percentagem igualmente elevada de utentes casados 33,0%. A maior parte dos utentes possui o 1º ciclo básico (64,0%) contrapondo com os que possuíam o ensino superior que apenas representam 3,0%.

3.1. Resultado da Análise Descritiva para as Pontuações da Escala Dimensão A – Contexto sociofamiliar

Relativamente ao item do relacionamento familiar (Gráfico 4) verificou-se uma tendência do relacionamento familiar afectivo 124 (53,2%). Contudo, é de referir a existência de um número significativo de utentes sem relacionamento familiar ou isolados 38 (16,3%).

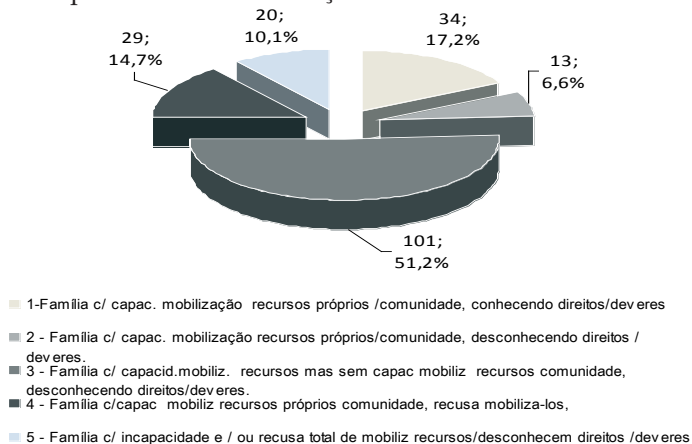
Gráfico 4 - Relacionamento familiar



Fonte: amostra (n=233) dos utentes do Serviço Social

Quanto ao gráfico 5, prevalece o utente com família, com capacidade de mobilização de recursos próprios mas sem capacidade de mobilização de recursos da comunidade, desconhecendo os direitos e deveres 101 (51,2%). Seguido do utente com capacidade de mobilização de recursos próprios e da comunidade, conhecendo os direitos e deveres 34 (17,2).

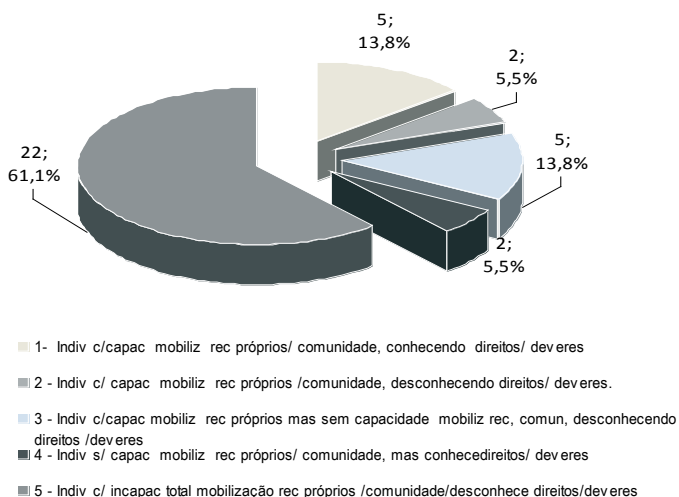
Gráfico 5 – Capacidade de mobilização de recursos – Utente com família



Fonte: amostra (n=233) dos utentes do Serviço Social

Na situação de utentes sem família, o indivíduo com incapacidade total de mobilização de recursos próprios e da comunidade e desconhece os direitos e deveres 22 (61,1%). Contudo é de referir a existência de um número igual de utentes com capacidade de mobilização de recursos próprios e da comunidade, conhecendo os direitos e deveres 5 (13,8%) e por outro lado, o utente tem capacidade de mobilização de recursos próprios mas sem capacidade de mobilização de recursos da comunidade, desconhecendo os direitos e deveres 5 (13,8%).

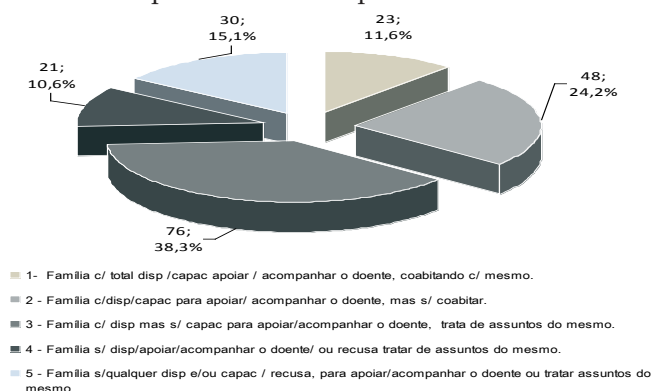
Gráfico 6 – Capacidade de mobilização de recursos – Utente sem família



Fonte: amostra (n=233) dos utentes do Serviço Social

O item da disponibilidade de apoio, utente com família, a tendência foi para a existência de família com disponibilidade mas sem capacidade para apoiar e acompanhar o doente, no entanto trata de assuntos do interesse do mesmo 76 (38,3%). Seguido do utente com família com disponibilidade e capacidade para apoiar e acompanhar o doente, mas sem coabitar com o mesmo 48 (24,2).

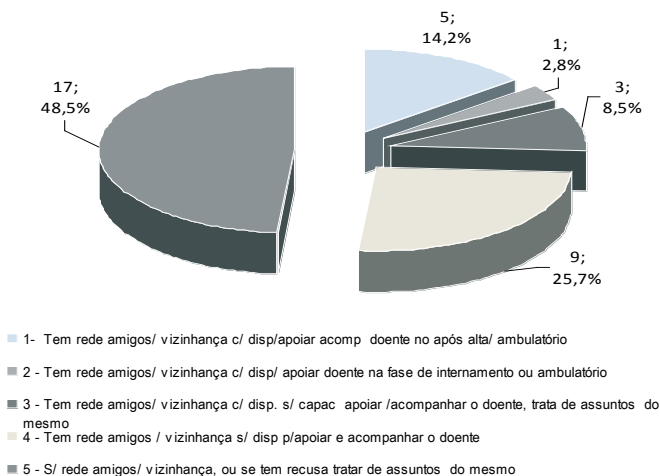
Gráfico 7- Disponibilidade de apoio - Utente com família



Fonte: amostra (n=233) dos utentes do Serviço Social

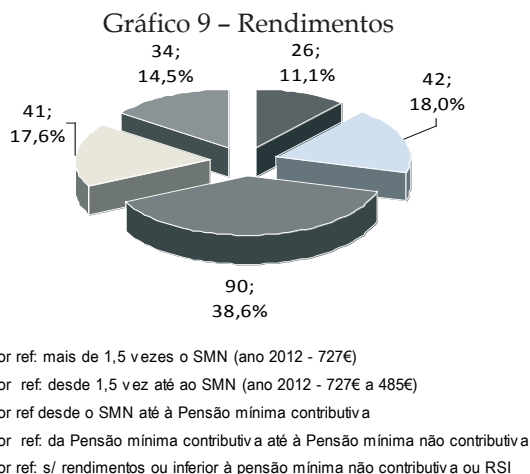
Relativamente ao utente sem família, a propensão foi para inexistência da rede de amigos/ vizinhança, ou se tem recusam tratar de assuntos de interesse do mesmo 17 (48,5%).Seguido do utente com rede de amigos e vizinhança, mas sem disponibilidade para apoiar e acompanhar o mesmo 9 (25,7).

Gráfico 8 - Disponibilidade de apoio - Utente sem família



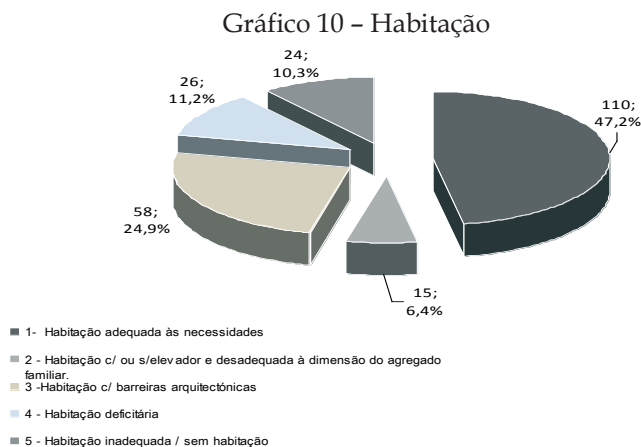
Fonte: amostra (n=233) dos utentes do Serviço Social

No que respeita à situação económica a tendência é dos utentes terem rendimentos que se situam entre o salário mínimo e a pensão mínima contributiva 90 (38,6%). Porém existe um valor significativo de utentes que se situaram entre um salário mínimo e meio e o salário mínimo nacional 42 (18,0%).



Fonte: amostra (n=233) dos utentes do Serviço Social

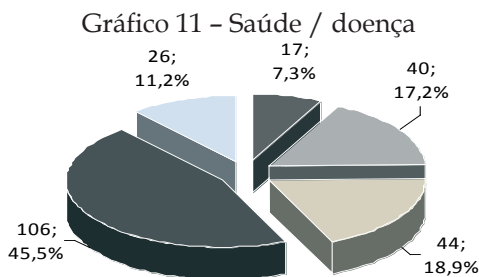
Quanto ao item habitacional, a tendência foi para ser adequada às necessidades dos utentes 110 (47,2%). Contudo, existe um valor significativo de existência de barreiras arquitectónicas (degraus no interior, portas estreitas, WC desadequado, sem elevador) 58 (24,9%).



Fonte: amostra (n=233) dos utentes do Serviço Social

Dimensão B – Situação clínica

Relativamente à dimensão saúde – doença teve propensão para classificar os utentes que sofrem de doença crónica (física/ psíquica / deficiência) e /ou incapacitante para a realização autónoma nas actividades da vida diárias (AVD's), podendo ter hospitalizações frequentes e/ou associada a comportamentos de risco 106 (45,5%). Todavia, existe um valor significativo de utentes que tiveram uma situação de doença episódica (física/ psíquica), com sequelas e/ ou com perda definitiva da autonomia 44 (18,9%).



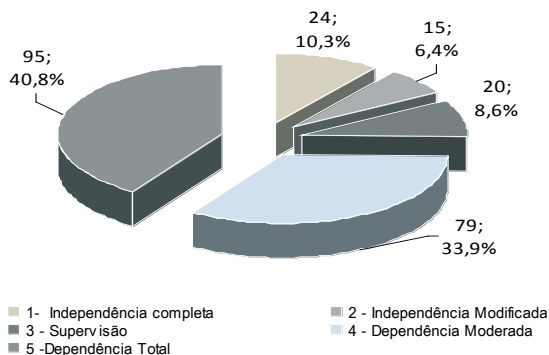
- 1 - Sit doença episódica s/ sequelas e c/ recuperação completa
- 2 - Sit doença episódica, c/sequelas ou com perda prov da autonomia
- 3 - Sit doença episódica , c/ sequelas e/ ou c/ perda definitiva da autonomia
- 4 - Doença crónica e /ou incap/ realização autónoma das AVD's, podendo ter hospitalizações frequentes e/ou associada a comportamentos de risco.
- 5 - Doença terminal, incap/realização autónoma das AVD's, podendo ter hospitalizações frequentes e/ ou associada comport de risco/ Maus-tratos.

Fonte: amostra (n=233) dos utentes do Serviço Social

A dependência pode ser na incapacidade funcional para a realização de tarefas da vida diária. Esta perda de autonomia poderá dever-se ao episódio de doença actual, ou já ser dependente AVDs à data do episódio de internamento, sendo este um factor predominante no plano de intervenção do Assistente Social.

Em relação ao item autonomia, verificou-se uma tendência para a existência de utentes com dependência total na realização das suas AVDs (necessita de apoio total em todas as AVDs), 95 (40,8%). Mas existe uma percentagem significativa de utentes com dependência Moderada (Necessita de apoio na realização de algumas AVDs, e os que não necessitam de auxílio total) 79 (33,9%).

Gráfico 12 - Autonomia



Fonte: amostra (n=233) dos utentes do Serviço Social

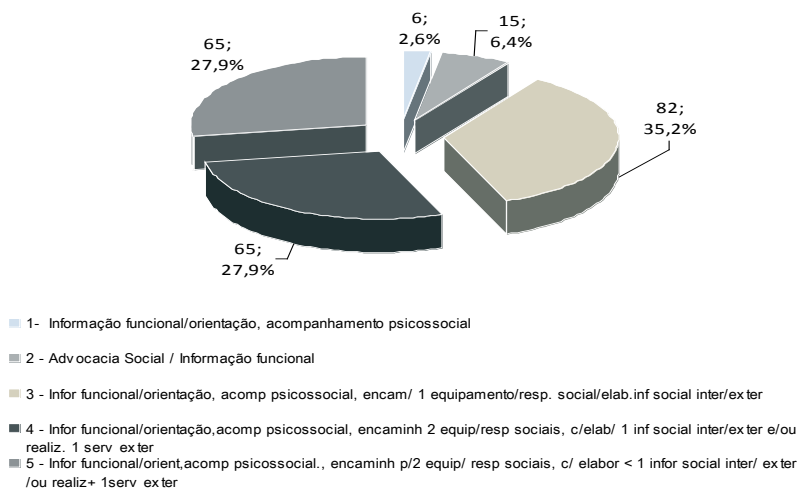
Dimensão C - Intervenção Social

Entendemos por intervenção social, o conjunto de acções incluídas na prática profissional dos Assistentes Sociais, que vão desde o estudo diagnóstico até à respectiva resolução de uma situação social. A caracterização diagnóstica, consiste na recolha de dados sociofamiliares do utente a ser apoiado/ acompanhado e a sua rede familiar ou de vizinhança; a sua situação clínica e consequentes necessidades que daí advém, bem como, dos factores que obstem, dificultam ou facilitam a sua reintegração sociofamiliar no após alta. “Dada a complexidade que a alta hospitalar muito frequentemente reveste, a preparação do planeamento da alta deve começar o mais atempadamente possível. Quanto menor for a demora média de internamento prevista para os doentes das distintas Unidades de Internamento, tanto mais cedo deve começar a preparação da alta, pois uma alta mal planeada, baseada em falsas suposições ou incompletas informações, não resultará eficaz e levantará, posteriormente, dificuldades que terão consequências negativas na evolução clínica do doente e sobrecarga dos serviços de saúde” (DGS; Manual de Boas Práticas para Assistentes Sociais; Junho de 2006, p.12). Este manual, ainda inscreve que as cinco etapas metodológicas indispensáveis na intervenção do Assistente Social, que consistem no acolhimento, no atendimento, na elaboração do plano individual de cuidados, no acompanhamento psicossocial e na preparação da continuidade dos cuidados, tendo sempre em conta a natureza da doença, o estágio da sua evolução, o grau de autonomia do doente, e o suporte formal e informal na prestação de cuidados e no auxílio da realização das AVDs.

Relativamente ao item da intervenção social, verificamos a tendência da acção profissional assente na Informação funcional/orientação, acompanhamento psicossocial, encaminhamento para 1 equipamento/ resposta social/ ou com elaboração de informação social interna ou externa 82 (35,2%).

Contudo é de referir a existência de um número igual de acções, na informação funcional/orientação, acompanhamento psicossocial., encaminhamento até 2 equipamentos/ respostas sociais, com elaboração de 1 informação social interna ou externa e/ou realização de 1 serviço externo (visitas domiciliarias/ diligenciar quartos, tratar de documentos / reuniões exteriores) 65 (27,9%).

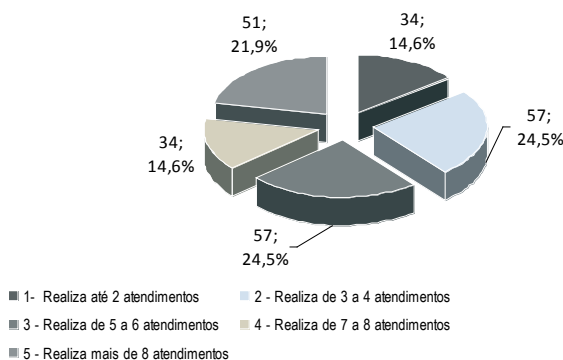
Gráfico 13 - Intervenção social



Fonte: amostra (n=233) dos utentes do Serviço Social

Quanto ao item nº atendimentos aferimos a existência de um número igual e significativo de 3 a 4 entrevistas estruturadas e presenciais ao doente, com a sua rede de suporte pessoal e profissionais dentro da Instituição 57 (24,5%). Assim como, e com o mesmo significado numérico 5 a 6 atendimentos 57 (24,5%).

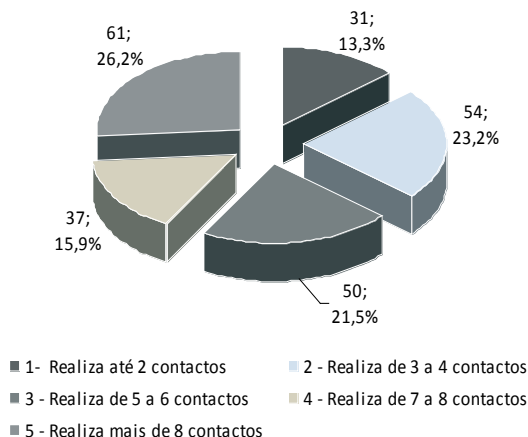
Gráfico 14 - Nº atendimentos



Fonte: amostra (n=233) dos utentes do Serviço Social

O item nº contactos verificamos a realização de mais de 8 contactos efectuados via e-mail, telefone, CTT, correio interno, fax) 61 (26,2%). Contudo, existe um valor significativo na realização de 3 a 4 contactos 54 (23,2%).

Gráfico 15 – Nº de contactos Intra-Interinstitucionais

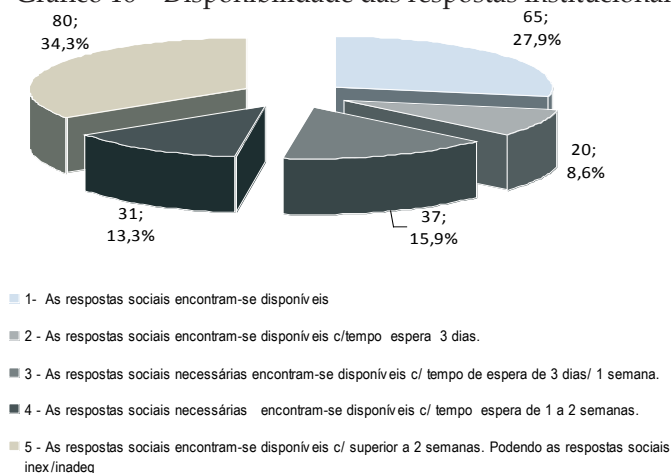


Fonte: amostra (n=233) dos utentes do Serviço Social

A disponibilidade do Serviços Social refere-se à mobilização, promoção de articulação com os serviços da comunidade, de modo a accionar os recursos necessários para responder a problemas decorrentes da situação de doença e / ou dependência. O apoio social é um processo dinâmico e complexo que envolve acordo entre indivíduos e as suas redes sociais, satisfazendo as necessidades sociais, promovendo e completando os recursos pessoais dos utentes para enfrentarem as novas exigências da sua condição de doente. A disponibilidade da prestação de serviços da comunidade, em situação de necessidade do doente e família pode originar a existência de uma intervenção sem complexidade.

Relativamente ao item disponibilidade das respostas institucionais, a tendência foi que as respostas sociais necessárias para a situação problema, encontram-se disponíveis com um tempo superior a 2 semanas. Podendo as respostas sociais serem inexistentes / inadequadas 80 (34,3%). Seguido, das respostas encontrarem-se disponíveis 65 (27,9).

Gráfico 16 – Disponibilidade das respostas institucionais



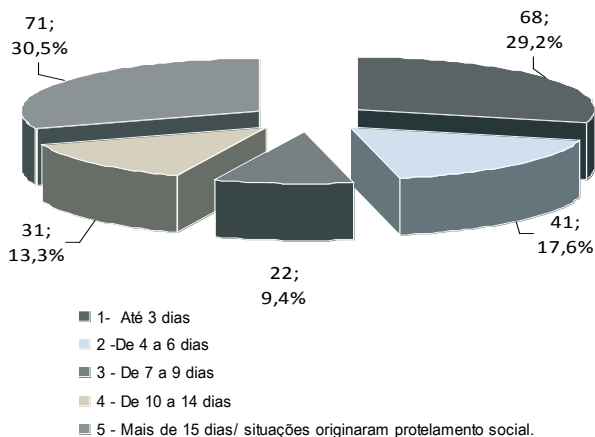
Fonte: amostra (n=233) dos utentes do Serviço Social

Entendemos por resolução social, a solução de um caso ou de um problema que afecta negativamente um indivíduo. Na intervenção social, em contexto hospitalar de serviço de internamento, o factor tempo, pode ser fulcral, na medida que pode originar ou não protelamento da alta social. Neste sentido, compreendemos por protelamento da alta social, quando a alta clínica não é coincidente com as necessidades do utente e família e respectivas respostas institucionais.

O planeamento de alta é um processo dinâmico que deve iniciar-se o mais atempadamente, possível e realizado em equipa multidisciplinar, analisando as necessidades físicas e psicossociais do doente e do cuidador no pós alta hospitalar. Deve ser delineado o plano de cuidados pós-alta, incluindo a previsão de equipamentos, serviços de apoio e compromissos subsequentes com o doente (DGS, 2004, p. 1-2)

No que respeita ao tempo de resolução social, a tendência foi mais de 15 dias, ou situações que originaram protelamento social 71 (30,5%). Porém, existe um valor significativo na resolução no período de até 3 dias 68 (29,2%).

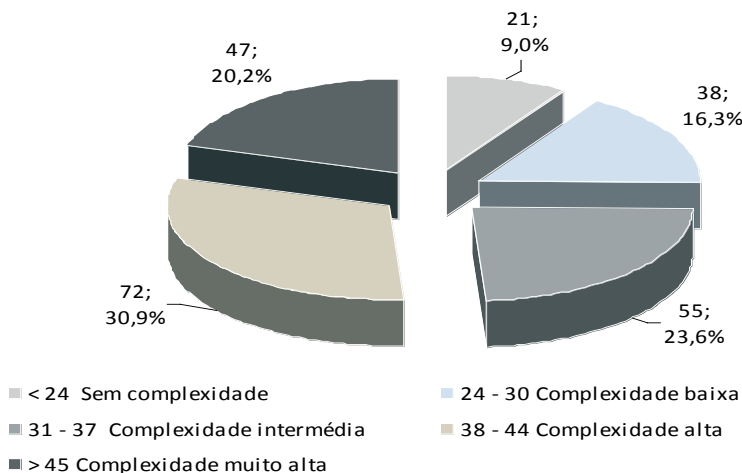
Gráfico 17 - Tempo de resolução social



Fonte: amostra (n=233) dos utentes do Serviço Social

Analogamente à pontuação total, aferimos que os processos sociais analisados são predominantemente de complexidade alta 72 (30,9%), seguido da complexidade intermédia 55 (23,6%).

Gráfico 18 - Grau de complexidade



Fonte: amostra (n=233) dos utentes do Serviço Social

3.2. Correlação e Fiabilidade da Escala

3.2.1. Fidelidade da Escala

A escala de Complexidade da Intervenção Social com adultos em Contexto Hospitalar (ECISACH), é um instrumento a ser aplicado por Assistentes Sociais e que pretende identificar a complexidade de um processo de intervenção dada a uma situação social.

Para o estudo de validação optou-se pela determinação do Alfa de Cronbach “visto este ser considerado a medida de consistência interna por excelência” (Maroco e Garcia- Marques, 2006, p. 72).

Verificou-se que a consistência interna é considerada razoável, para todos os itens da escala do grupo de doentes com família., pois exhibe um alfa de Cronbach de $\alpha=0,762$ e no grupo de doentes sem família obteve-se uma consistência ligeiramente superior, com um $\alpha=0,840$ refletindo assim, uma boa consistência da escala neste grupo de utentes (Pestana e Gageiro, 2003; Hill e Hill, 2005).

No Quadro 2 apresentamos os resultados para a escala do grupo de doente com família, tendo em conta a amostra em estudo.

Quadro 2 – Fidelidade da escala na amostra em estudo – doentes com família

Factores / Subescalas (amostra) N=233	Alpha if Item Deleted
1. Enquadramento sociofamiliar	
Relacionamento familiar	,751
Capacidade de Mobilização	,743
Disponibilidade de Apoio	,749
Rendimentos	,775
Habitação	,749
2. Situação Clínica	
Saúde / Doença	,777
Autonomia	,773
3. Serviço Social Hospitalar	
Intervenção Social	,734
Nº de atendimentos	,727
Nº Contactos	,725
Disponibilidade das respostas	,716
Tempo de resolução social	,713

Em todas as subescalas se encontraram valores considerados razoáveis, situando-se a o valor mínimo ao factor do “tempo de resolução social” com 0,71 e a máxima de 0,77, na “saúde/doença”.

Quanto aos valores de alpha se o item for apagado (Alpha if Item Deleted), situam-se entre o 0.713 e 0.777, o que por si só revelaria bons indícios de uma razoável consistência interna da escala no grupo de doentes com família (ver Anexo B).

Se o item que está menos correlacionado quer com o total da escala quer com os outros itens é o item “Tempo de resolução social”. Se este item for eliminado, o a de Cronbach passaria a ser 0.713 (em vez do 0.762 actual). Pelo contrário se o item “saúde /doença” fosse eliminado o novo a seria 0.777.

No Quadro 3 apresentamos os resultados para a escala do grupo de doente sem família, tendo em conta a amostra em estudo.

Quadro 3 – Fidelidade da escala na amostra em estudo - doentes sem família

Factores/ Subescalas (amostra) N=233

Alpha if Item Deleted

1. Enquadramento sociofamiliar	
Relacionamento familiar	,836
Capacidade de Mobilização	,815
Disponibilidade de Apoio	,847
Rendimentos	,833
Habitação	,841
2. Situação Clínica	
Saúde / Doença	,845
Autonomia	,840
3. Serviço Social Hospitalar	
Intervenção Social	,826
Nº de atendimentos	,819
Nº Contactos	,807
Disponibilidade das respostas	,798
Tempo de resolução social	,811

Nas três subescalas identificaram-se valores considerados bons, situando-se o valor máximo ao item do “Disponibilidade de Apoio” com 0,847 e o mínimo de 0,798, na “Disponibilidade das respostas institucionais”.

Quanto aos valores de alpha se o item for apagado (Alpha if Item Deleted), situam-se entre o 0.798 e 0.847, que estimaria uma boa consistência interna da escala no grupo de doentes sem família (ver Anexo B). Se o item que está menos correlacionado quer com o total da escala quer com os outros itens é o item “Disponibilidade das respostas institucionais”. Se este item for eliminado, o α de Cronbach passaria a ser 0.798 (em vez do 0.84 actual). Pelo contrário se o item “Disponibilidade de apoio” fosse eliminado o novo α seria 0.847.

A análise da consistência interna da escala, não parece aumentar nem diminuir de forma significativa os valores de fidelidade das diferentes subescalas, nomeadamente o item “Tempo de resolução social” com o α 0,713 que apresenta os valores mais baixos. Esta constatação confirma a similitude entre constructos nos dois grupos de doentes.

3.2.2. Testes de Correlação de Pearson

Este trabalho contou, com o Alfa de Cronbach a realização de testes de correlação de Pearson entre a variável complexidade (dependente) com outras agrupadas (anexo C), em 3 subescalas, i) enquadramento sociofamiliar; ii) situação clínica; iii) serviço social hospitalar. Verificaram-se correlações estatisticamente significativas, sempre que $p \leq 0,05$ (Cohen & Holliday 1982), relativas aos grupos de doentes com e sem família.

Grupo de doentes com Família

Quadro 4 – Coeficiente de Correlação de Pearson entre as subescalas – Enquadramento sociofamiliar e situação Clínica da escala ECISACH do grupo de doentes com família

		Saúde/Doença	Autonomia
Relacionamento Familiar (RF)	R P	-,044 ,269	-,100 ,083
Disponibilidade de Apoio (DA)	R P	-,097 ,088	-,048 ,254
Capacidade de Mobilização (CM)	R P	-,072 ,159	-,068 ,174
Rendimentos (R)	r p	-,171** ,008	-,194** ,003
Habitação (H)	r p	-,140* ,025	-,102 ,079

Nota: Correlação é estatisticamente significativa sempre que $p \leq 0,05$

Relativamente à correlação entre as variáveis da subescala – enquadramento sociofamiliar e situação clínica, verificamos que o nível de rendimentos influencia negativamente a situação clínica dos doentes, sua autonomia ($r = -0.194^{**}$, $p < 0,001$) e saúde/doença ($r = -0,171^{**}$, $p < 0,001$).

Quadro 5 – Correlação de Pearson entre as subescalas - Enquadramento familiar e Serviço Social Hospitalar da escala ECISACH do grupo de doentes com família

		IS	Nº Atend.	Nº Cont.	Dispon.	Resol.
Relacionamento Familiar (RF)	R P	,066 ,180	,131* ,033	,225** ,001	,150* ,018	,193** ,003
Disponibilidade de Apoio (DA)	R P	,222** ,001	,180** ,006	,262** ,000	,216** ,001	,263** ,000
Capacidade de Mobilização (CM)	R P	,211** ,001	,211** ,001	,179** ,006	,187* ,004	,166** ,010
Rendimento (R)	R P	-,006 ,465	-,006 ,0465	,025 ,362	,085 ,119	,030 ,340
Habitação (H)	R p	,130* ,034	,130* ,034	,233** ,000	-,241** ,000	,184** ,005

Nota: Correlação é estatisticamente significativa sempre que $p \leq 0,05$

O relacionamento familiar (RF) do doente influencia significativamente a intervenção social quanto ao número de contactos efetuados via email, telefone, CTT e correio interno e fax ($r = 0,225^{**}$, $p = 0.001$, e quanto ao tempo de resolução social ($r = 0,193^{**}$, $p < 0,001$).

A disponibilidade de apoio influencia significativamente a intervenção social ($r = 0,222^{**}$, $p < 0,001$), o número de atendimentos efetuados ($r = 0,180^{**}$, $p < 0,001$) presencialmente pelo Assistente Social ao doente, assim como à rede de suporte pessoal e profissionais dentro da instituição. São igualmente positivas, as correlações entre a disponibilidade de apoio da família e a disponibilidade das respostas institucionais ($r = 0,216^{**}$, $p < 0,001$), bem como, o tempo de resolução social ($r = 0,263^{**}$, $p < 0,001$).

A habitação relaciona-se positivamente com o número de contactos para a comunidade ($r = 0,233^{**}$, $p < 0,001$) e com o tempo de resolução social ($r = 0,184^{**}$, $p < 0,001$). Relaciona-se negativamente com a disponibilidade das respostas institucionais ($r = -0,241^{**}$, $p < 0,001$).

Quadro 6 - Correlação de Pearson entre as subescalas - Serviço Social Hospitalar e situação Clínica da ECISACH do grupo de doentes com família

		Saúde/Doença	Autonomia
Intervenção Social (IS)	R p	,031 ,330	,082 ,129
Nº Atendimentos (Nº Atend.)	R p	,103 ,074	,111 ,063
Nº de Contactos (Nº Cont.)	R p	-,026 ,357	,008 ,456
Disponibilidade das respostas (Dispon.)	R P	,047 ,258	,159* ,014
Resolução (Resol.)	R p	,113 ,057	,261** ,000

Nota: Correlação é estatisticamente significativa sempre que $p \leq 0,05$

O tempo de resolução social correlaciona-se significativamente com a autonomia do doente ($r=0,261^{**}$, $p < 0,001$).

Grupo de doente sem Família

Quadro 7 - Correlação de Pearson entre as subescalas - Enquadramento sociofamiliar e situação Clínica da escala ECISACH do grupo de doentes sem família

		Saúde/Doença	Autonomia
Relacionamento Familiar (RF)	R P	-,211 ,108	,186 ,139
Disponibilidade de Apoio (DA)	R P	,285* ,046	,621** ,000
Capacidade de Mobilização (CM)	R P	-,222 ,107	-,210 ,121
Rendimentos (R)	r p	,147 ,196	-,186 ,138
Habitação (H)	r p	,130 ,225	-,177 ,151

Nota: Correlação é estatisticamente significativa sempre que $p \leq 0,05$

A análise das correlação das subescalas do enquadramento sociofamiliar e situação clínica no grupo de doentes sem família, revela que a disponibilidade de apoio da família ou da rede informal tem uma correlação positiva com a autonomia do doente ($r=0,621^{**}$, $p < 0,001$).

Quadro 8 – Correlação de Pearson entre as subescalas – Enquadramento familiar e Serviço Social Hospitalar da escala ECISACH do grupo de doentes sem família

		IS	Nº Atend.	Nº Cont.	Dispon.	Resol.
Relacionamento Familiar (RF)	R	-,057	,067	,307*	,236	,225
	P	,371	,371	,034	,083	,094
Disponibilidade de Apoio (DA)	R	,500**	,548**	,577**	,667**	,492**
	P	,001	,000	,000	,000	,001
Capacidade de Mobilização (CM)	R	-,099	,163	,256	,375*	,185
	P	,291	,182	,075	,016	,152
Rendimento (R)	R	,228	,152	,337*	,275	,272
	P	,090	,188	,022	,052	,054
Habitação (H)	R	,117	,290*	,439*	,343*	,284*
	P	,248	,043	,004	,020	,047

Nota: Correlação é estatisticamente significativa sempre que $p \leq 0,05$

Do mesmo modo, a disponibilidade de apoio da rede informal influencia positivamente o processo de intervenção social, IS ($r=0,500^{**}$, $p < 0,001$); o número de atendimentos efetuados ($r=0,548^{**}$, $p < 0,001$) presencialmente ao doente, sua rede de suporte pessoal, e profissionais dentro da instituição, bem como influência o número de contactos realizados para a comunidade ($r=0,577^{**}$, $p < 0,001$); a disponibilidade das respostas institucionais ($r=0,667^{**}$, $p < 0,001$) e o tempo de resolução social ($r=0,492^{**}$, $p < 0,001$).

Quadro 9 – Correlação de Pearson entre as subescalas – Serviço Social Hospitalar e Situação Clínica da ECISACH do grupo de doentes sem família

		Saúde/Doença	Autonomia
Intervenção Social (IS)	R	,263	,433**
	P	,061	,004
Nº Atendimentos (Nº Atend.)	R	,188	,453**
	P	,136	,003
Nº de Contactos (Nº Cont.)	R	,225	,353*
	P	,094	,017
Disponibilidade das respostas (Dispon.)	R	,248	,477**
	P	,072	,002
Resolução (Resol.)	R	,329*	,436**
	P	,025	,004

Nota: Correlação é estatisticamente significativa sempre que $p \leq 0,05$

Verificam-se correlações significativas na intervenção social ($r=0,433^{**}$, $p < 0,001$), no número de atendimentos ao doente e sua rede de suporte ($r=0,453^{**}$, $p < 0,001$), na disponibilidade das respostas institucionais ($r=0,477^{**}$, $p < 0,001$) e quanto ao tempo de resolução social ($r=0,436^{**}$, $p < 0,001$).

Um aspeto relevante a salientar refere-se à relação significativamente positiva que as respostas institucionais têm no tempo da intervenção social ($r=0,761^{**}$, $p < 0,001$) no grupo de doente com família. Tal como ocorre, no grupo de doente sem família ($r=0,810^{**}$, $p < 0,001$) (anexo C).

Conclusões

Acredita-se que a principal contribuição deste estudo foi a construção e validação de uma escala original para avaliar a complexidade da intervenção social em contexto hospitalar com adultos com e sem família. Não obstante, esta tarefa tornou-se mais difícil devido, por um lado, à inexistência de um instrumento que avalie quantitativamente a complexidade do processo de intervenção do Assistente Social Hospitalar e por outro lado, foi aliciadora e desafiante na edificação de uma escala inovadora que relaciona e avalia diferentes variáveis relevantes para o entendimento da complexidade da prática profissional do Serviço Social tendo em vista a construção/ampliação de novos conhecimentos.

Este estudo apresenta o desenvolvimento de um instrumento de medição da complexidade da intervenção social com pessoas adultas em contexto hospitalar, descrevendo-os e analisando-os quanto aos seus comportamentos. As variáveis foram elaboradas com base das dimensões da complexidade da prática profissional e os resultados apontam boas qualidades psicométricas, podendo a ECISACH ser aplicada em qualquer contexto hospitalar, dado que a análise da fidelidade apresenta uma consistência interna razoável no grupo dos doentes com família e boa no grupo dos doentes sem família.

Considera-se que a ECISACH é um contributo inicial para estudos futuros, uma vez que é uma temática ainda pouco desenvolvida e que necessita de um maior aprofundamento teórico e empírico. Sugere-se que em estudos futuros sobre este tema, se procure obter um número mais elevado de processos (sempre por seleção aleatória dos mesmos) no sentido de permitir enquadrar a heterogeneidade dos Centros Hospitalares ao nível da sua localização geográfica, da sua complexidade e especialidades, procurando assim, aproximar a amostra da configuração complexa do universo de doentes com e sem família.

Referencias Bibliográficas

- Almeida, H. N. (2004). Elogia a prática como fonte de Teoria. In <http://www.cpihts.com/PDF02/Helena%20Almeida01.pdf>, consultado em 12 /10/ 2011.
- Baptista, M. V. (2001), *A Investigação em Serviço Social*, Lisboa, São Paulo, CPIHTS;
- Bris, H. J. (1994). *Responsabilidade familiar pelos dependentes idosos nos países das comunidades europeias*. Lisboa: Conselho Económico e Social, 204.

- Carballeda, A. J. M. (2010). Problemáticas sociales complejas y políticas públicas. Santiago de Cali: Universidad Icesi, p. 261-272, in <http://www.icesi.edu.co/revistas/index.php/index/about>, consultado a 10/11/2011.
- Caparrós, M. J., (1998). Manual de Trabajo Social – modelos de prática profissional, Alicante, Editorial Aguaclara;
- Correia, J. (1983). O sistema de gestão do hospital contributo para uma visão sistémica. *Gestão Hospitalar*, 3, 3-9.
- Curvello, A. J.J. e Scroferneker, A.M.C. (2008). “A comunicação e as organizações como sistemas complexos – uma análise a partir das perspectivas de Niklas Luhmann e Edgar Morin” (www.e-compos.org.pt), consultado a 23/07/2011.
- Chiavenato I (1985). Administração – Teoria, processo e prática – São Paulo, Editora McGraw – Hill.
- Direção Geral de Saúde (2006). Manual de Boas Práticas para Assistentes Sociais; in <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008206.pdf>, consultado a 23/03/2011.
- Direção Geral de Saúde (2004). Planeamento da Alta do Doente com AVC - Intervenção dos Assistentes Sociais. In <http://servicosociaisauade.files.wordpress.com/2007/11/planeamento-alta-assitentes-sociais.pdf>, consultado a 23/03/2011.
- Estrada, A.A. (2009). Os fundamentos da teoria da complexidade em Edgar Morin. *Aknópolis Umuarama*; V.17, nº12, pag.85-90, Abril/Junho – in <http://revistas.unipar.br/akropolis/article/viewFile/2812/2092>, consultado a 11/06/2011.
- Gimeno, A. (2001). A Família – O desafio da diversidade. Lisboa: Divisão Editorial Instituto Piaget.
- Gomes, T.R.J (2009). “A família como actor promotor de saúde”, in Leandro E; Nossa, S.N.P e Rodrigues, T.V, *Saúde e Sociedade. Os Contributos (in) visíveis da família*, *Psicosoma*, pp. 97-106.
- Giddens, A. (1997). *Sociologia*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian;
- Hill, M. M. e Hill, A. (2005). *Investigação por Questionário*, (2.^a ed. rev. e corrigida). Lisboa: Edições Sílabo, 377p.
- Imaginário, C.M.I. (2004). *O Idoso dependente em contexto familiar: Uma análise da visão da família e do cuidador principal*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde.
- Lima Gonçalves; E. (2002). Condicionantes internos e externos da actividade do hospital empresa. *ERA – electrónica*; São Paulo, V.1, nº2, pag.1-20. in (<http://www.scielo.br/pdf/raeel/v1n2/v1n2a02.pdf>), consultado a 25/05/2011.
- Luhmann, Niklas, (1990). *Sistema y función*. In: *Sociedad y systema: la ambición de la teoría*. Izuzquiza, Ignacio (org). Ediciones Piados, Barcelona,.
- Maroco, J.; Garcia-Marques, T. (2006). “Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?” *Laboratório de Psicologia*. Vol. 4, nº 1, p. 65-90.
- Monteiro P.I (1999). “Hospital uma Organização de profissionais”, *Análise Psicológica*; 2 (XVII): 317-325.

- Monteiro, R.B (2009). "A Desospitalização e a Gestão Familiar dos Cuidados", in Leandro E; Nossa, S.N.P e Rodrigues, T.V, Saúde e Sociedade. Os Contributos (in) visíveis da família, *Psicosoma*, pp. 413-437.
- Moreira, I.M.P.B. (2001). "O doente terminal em contexto familiar. Uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família". Coimbra: Formasau, Sinais Vitais.
- Morin, E. (1991). *Introdução ao Pensamento Complexo*. Lisboa, Instituto Piaget.
- Edgar M. (2000). *Os Sete Saberes necessários à educação do futuro*. Cortez.
- Morin, E. (2005). *Educação e complexidade: Os sete saberes e outros ensaios*. 3. Ed. São Paulo: Editora Cortez.
- Morin, E. (2006). "A ética da complexidade e o problema dos valores no século XXI", em Jérôme Bindé Jérôme (dir.), *Para onde Vão os Valores*", Lisboa, Piaget.
- Neves, C. E. B.; Neves, F. M (2006). "O que há de complexo no mundo complexo? Niklas Luhmann e a Teoria dos Sistemas Sociais". *Sociologias*, v. 2, n.15, p.13-26.
- Paul, M.C. (1997). *Lá para o fim da vida, a família e o meio ambiente*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Payne, M. (2002). *Teorias do Trabalho Social Moderno*, Coimbra, Quarteto
- Pereira, G.M; Roncom J. Carvalho, H. (2009). "Envelhecimento e Saúde: Uma perspectiva Psicológica sobre idosos e cuidadores", in Leandro E; Nossa, S.N.P e Rodrigues, T.V, Saúde e Sociedade. Os Contributos (in) visíveis da família, *Psicosoma*, pp. 131-174.
- Pestana, M.H; & Gageiro, J.N. (2005). *Análise de dados para Ciências Sociais - A complementaridade do SPSS*, 1ª ed. Lisboa: Edições Sílabo
- Ramos, N (2004), *Psicologia Clínica e da Saúde*. Lisboa, Universidade Aberta.
- São José, J; Wall, k. Correia, S. V. (2002). *Trabalhar e cuidar de um idoso dependente: problemas e soluções*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais: Universidade de Lisboa, in http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/80.pdf, consultado a 14/07/2011.
- Stanhope, M. (1999). *Teorias e Desenvolvimento Familiar*. In: Stanhope, M. & Lancaster, J. *Enfermagem Comunitária: Promoção de Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. 1.ª Ed. Lisboa: Lusociência
- Úcar, X. (2010) "El trabajador social entre la complejidad social y las profesiones de lo social". Pp. 145-153, en RODRIGUEZ, A. RAYA, E.E. (Coords.) *Una Europa social y plural*. Actas del VII Congreso Estatal de las Escuelas Universitarias de Trabajo Social. In http://uab.academia.edu/XavierUcar/Papers/464686/El_trabajador_social_entre_la_complejidad_social_y_las_profesiones_de_lo_social_2010_, consultado a 25/09/2011.
- Wall, Karin (2005). *Famílias em Portugal*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais
- WHO (1986). *Young people's health - A challenge for society: report of a WHO study group on young people and "Health for all by the year 2000"*. Geneva: World Health Organization, consultado a 23/03/2011.

Agradecimentos

A determinação e colaboração da Coordenadora da área de Apoio Social do CHLC, Dr.^a Maria Augusta Lopes e da Dr.^a Ana Ribeiro, assim como, de toda a equipa de Serviço Social do Centro Hospitalar de Lisboa Central foram centrais para a realização desta pesquisa. Queremos também manifestar o nosso reconhecimento e gratidão à Prof.^a Doutora Helena Carvalho que tão amável e prontamente aceceu ao nosso pedido de revisão científica do documento e todas as sugestões pertinentes que nos facultou.

ANEXOS

Anexo A: Escala de Complexidade de Intervenção Social com Adultos em Contexto Hospitalar (ECISACH);

Anexo B: Tabela de consistência interna

Anexo C: Tabela de correlações de Pearson

ECISACH
 ESCALA DE COMPLEXIDADE DA INTERVENÇÃO SOCIAL
 COM ADULTOS EM CONTEXTO HOSPITALAR

ENQUADRAMENTO SOCIO-FAMILIAR		
1. Relacionamento familiar		
Com relacionamento familiar afectivo	1	
Com relacionamento familiar sem afectividade.	2	
Com relacionamento familiar disfuncional.	3	
Relacionamento familiar com desajustamento psicossocial.	4	
Sem relacionamento familiar, isolado.	5	
2. CAPACIDADE DE MOBILIZAÇÃO DE RECURSOS		
Doente com Família		Doente sem família / Individual
Família com capacidade de mobilização de recursos próprios e da comunidade, conhecendo os direitos e deveres.	1	Indivíduo com capacidade de mobilização de recursos próprios e da comunidade, conhecendo os direitos e deveres
Família com capacidade de mobilização de recursos próprios e da comunidade, desconhecendo os direitos e deveres.	2	Indivíduo com capacidade de mobilização de recursos próprios e da comunidade, desconhecendo os direitos e deveres.
Família com capacidade de mobilização de recursos próprios mas sem capacidade de mobilização de recursos da comunidade, desconhecendo os direitos e deveres.	3	Indivíduo com capacidade de mobilização de recursos próprios mas sem capacidade de mobilização de recursos da comunidade, desconhecendo os direitos e deveres.
Família com capacidade de mobilização de recursos próprios e da comunidade, mas recusa mobiliza-los, e conhecem os direitos e deveres.	4	Indivíduo sem capacidade de mobilização de recursos próprios e da comunidade, mas conhece os direitos e deveres.
Família com incapacidade e / ou recusa total de mobilização de recursos próprios e da comunidade e desconhecem os direitos e deveres.	5	Indivíduo com incapacidade total de mobilização de recursos próprios e da comunidade e desconhece os direitos e deveres.
3. DISPONIBILIDADE DE APOIO		
DOENTE COM FAMÍLIA		DOENTE SEM FAMÍLIA / INDIVIDUAL

Família com total disponibilidade e capacidade para apoiar e acompanhar o doente, coabitando com o mesmo. 1		Tem rede de amigos/ vizinhança com disponibilidade para apoiar e acompanhar o doente no após alta ou em ambulatório.
Família com disponibilidade e capacidade para apoiar e acompanhar o doente, mas sem coabitar. 2		Tem rede de amigos/ vizinhança com disponibilidade para apoiar o doente durante a fase de internamento ou ambulatório.
Família com disponibilidade mas sem capacidade para apoiar e acompanhar o doente, no entanto trata de assuntos do interesse do mesmo. 3		Tem rede de amigos/ vizinhança com disponibilidade mas sem capacidade para apoiar e acompanhar o doente, no entanto trata de assuntos de interesse do mesmo.
Família sem disponibilidade para apoiar e acompanhar o doente/ ou recusa tratar de assuntos de interesse do mesmo. 4		Tem rede de amigos / vizinhança sem disponibilidade para apoiar e acompanhar o doente
Família sem qualquer disponibilidade e/ou capacidade / recusa, para apoiar e acompanhar o doente ou tratar de assuntos do mesmo. 5		Sem rede de amigos/ vizinhança, ou se tem recusa tratar de assuntos de interesse do mesmo.
4. RENDIMENTOS		
Valor de referência: mais de 1,5 vezes o SMN (ano 2012 - 727€)	1	
Valor de referência: desde 1,5 vez até ao SMN (ano 2012 - 727€ a 485€)	2	
Valor de referência desde o SMN até à Pensão mínima contributiva	3	
Valor de referência: desde a Pensão mínima contributiva até à Pensão mínima não contributiva	4	
Valor de referência: sem rendimentos ou inferior à pensão mínima não contributiva ou RSI	5	
5.HABITAÇÃO (adaptada da escala de Gijon)		
Habitação adequada às necessidades	1	
Habitação com ou sem elevador e desadequada à dimensão do agregado familiar.	2	
Habitação c/ barreiras arquitectónicas (degraus no interior, portas estreitas, WC desadequado, sem elevador)	3	
Habitação deficitária (sem WC completo, sem água quente, sem condições de higiene)	4	

Habitação inadequada (barraca, casa em ruína, ausência de infraestruturas) / sem habitação	5	
B- SITUAÇÃO CLÍNICA		
1.SAUDE/ DOENÇA		
Situação de doença episódica sem sequelas e com recuperação completa	1	
Situação de doença episódica (física/ psíquica), com sequelas ou com perda provisória da autonomia	2	
Situação de doença episódica (física/ psíquica), com sequelas e/ ou com perda definitiva da autonomia	3	
Doença crónica (física/ psíquica / deficiência) e /ou incapacitante para a realização autónoma das AVD's, podendo ter hospitalizações frequentes e/ou associada a comportamentos de risco.	4	
Doença terminal, incapacitante para a realização autónoma das AVD's, podendo ter hospitalizações frequentes e/ ou associada a comportamentos de risco. Maus-tratos.	5	
2. AUTONOMIA (Adaptada da escala de funcionalidade da MIF)		
Independência completa (para todas as AVDs)	1	
Independência Modificada (realiza as actividades com recursos auxiliares, necessitando de mais tempo, porém realiza de forma autónoma e segura)	2	
Supervisão (necessita de supervisão ou orientação verbal para realizar a actividade, podendo ou não ficar só)	3	
Dependência Moderada (Necessita de apoio na realização de algumas AVDs, não necessita de auxílio total)	4	
Dependência Total (necessita de apoio total em todas as AVDs)	5	
SUB TOTAL		

SERVIÇO SOCIAL HOSPITALAR	
1. INTERVENÇÃO SOCIAL	
Informação funcional / orientação, acompanhamento psicossocial	1
Advocacia Social / Informação funcional	2
Informação funcional / orientação, acompanhamento psicossocial, encaminhamento para 1 equipamento/ resposta social/ ou com elaboração de informação social interna ou externa.	3
Informação funcional / orientação, acompanhamento psicossocial, encaminhamento até 2 equipamentos/ respostas sociais, com elaboração de 1 informação social interna ou externa e/ou realização de 1 serviço externo (visitas domiciliarias/ diligenciar quartos, tratar de documentos / reuniões exteriores)	4
Informação funcional / orientação, acompanhamento psicossocial, encaminhamento para mais de 2 equipamentos/ respostas sociais, com elaboração de mais de 1 informação social interna ou externa e /ou realização de mais de 1 serviço externo (visitas domiciliarias/ diligenciar quartos, tratar de documentos / reuniões exteriores)	5
2. Nº ATENDIMENTOS (toda a entrevista estruturada e presencial ao doente, assim como a sua rede de suporte pessoal e profissionais dentro da Instituição)	
Realiza até 2 atendimentos.	1
Realiza de 3 a 4 atendimentos.	2
Realiza de 5 a 6 atendimentos.	3
Realiza de 7 a 8 atendimentos.	4
Realiza mais de 8 atendimentos.	5
3. Nº CONTACTOS PARA A COMUNIDADE (os que forem efectuados via e-mail, telefone, CTT, correio interno, fax).	
Realiza até 2 contactos.	1
Realiza de 3 a 4 contactos.	2
Realiza de 5 a 6 contactos.	3
Realiza de 7 a 8 contactos.	4
Realiza mais de 8 contactos.	5
4. DISPONIBILIDADE DAS RESPOSTAS INSTITUCIONAIS	
As respostas sociais necessárias para a situação problema, encontram-se disponíveis.	1
As respostas sociais necessárias para a situação problema, encontram-se disponíveis com um tempo de espera de 3 dias.	2
As respostas sociais necessárias para a situação problema, encontram-se disponíveis com um tempo de espera de 3 dias a 1 semana.	3
As respostas sociais necessárias para a situação problema, encontram-se disponíveis com um tempo de espera de 1 a 2 semanas.	4
As respostas sociais necessárias para a situação problema, encontram-se disponíveis com um tempo superior a 2 semanas. Podendo as respostas sociais serem inexistentes / inadequadas	5

5. TEMPO DE RESOLUÇÃO SOCIAL		
Até 3 dias		1
De 4 a 6 dias		2
De 7 a 9 dias		3
De 10 a 14 dias		4
Mais de 15 dias, ou situações que originaram protelamento social.		5
SUBTOTAL		
PONTUAÇÃO TOTAL		

Revista a Julho de 2010

ANEXO B- Consistência da escala Doente com família

	A consistência da escala Doente com família é boa (alfa de cronbach = 0.762)
Pode também verificar-se que todos os itens contribuem para a consistência da escala	

ANEXO B - Consistência da escala Doente sem família

	A consistência da escala Doente com família é muito boa (alfa de cronbach = 0,840)
Pode também verificar-se que todos os itens são importantes para a consistência da escala	

Correlações inter itens e intra escala

Nota explicativa: todas as correlações assinaladas a amarelo são estatisticamente significativas. Nos casos em que a correlação é negativa significa que quanto mais uma ocorre menos a outra ocorre.

Para analisar a intensidade da correlação segue esta grelha:

Grelha de interpretação da intensidade da correlação proposta por Cohen & Holliday (1982):

- <0,19 - Correlação muito baixa
- 0,20-0,39 - Correlação baixa
- 0,40-0,69 - Correlação moderada
- 0,70-0,89 - Correlação alta
- 0,90-1,00 - Correlação muito alta

ANEXO C - CORRELAÇÕES DE PEARSON

Nesta matriz estão as correlações entre os 12 itens da escala relativa ao grupo: Doentes com família

Na linha identificada com R está o valor da correlação e na linha identificada com p-value o valor que permite dizer se as correlações são estatisticamente significativas. Sempre que $p \leq 0,05$ então pode concluir-se que a correlação é estatisticamente significativa.

Correlations												
		D.A.	C.M	Rend	Hab.	Saúde/ Doença	Auton.	IS.	NºAtend	Nº_Contic.	Dispon	Resol.
Relacionamento familiar	R	,458**	,449**	,131*	,447**	-,044	-,100	,066	,131*	,225**	,150*	,193**
	p	,000	,000	,033	,000	,269	,083	,180	,033	,001	,018	,003
Disponibilidade Apoio (D.A)	R		,542**	,194**	,363**	-,097	-,048	,222**	,180**	,262**	,216**	,263**
	p		,000	,003	,000	,088	,254	,001	,006	,000	,001	,000
Capacidade de Mobilização(CM)	R		1	,138*	,353**	-,072	-,068	,211**	,140*	,179**	,187**	,166*
	p			,027	,000	,159	,174	,001	,026	,006	,004	,010
Rendimentos	R			1	,330**	-,171**	-,194**	-,006	,001	,025	,085	,030
	p				,000	,008	,003	,465	,492	,362	,119	,340
Habitação	R				1	-,140*	-,102	,130*	,161*	,233**	,241**	,184**
	p					,025	,079	,034	,012	,000	,000	,005
Saúde/ Doença	R					1	,603**	,031	,103	-,026	,047	,113
	p						,000	,330	,074	,357	,258	,057
Autonomia	R						1	,082	,111	,008	,159*	,261**
	p							,129	,063	,456	,014	,000
Intervenção Social (IS)	R							1	,587**	,579**	,487**	,456**
	p								,000	,000	,000	,000
Nº Atendimentos	R								1	,691**	,457**	,439**
	p									,000	,000	,000
Nº Contactos	R									1	,459**	,456**
	p										,000	,000
Disponibilidade das Respostas Sociais	R										1	,761**
	p											,000

Nesta matriz estão as correlações entre os 12 itens da escala relativa ao grupo: Doentes sem família

Correlations												
		Doente S/Família	Doente S/família	RENDIMENTOS_1	HABITAÇÃO	SAÚDE e DOENÇA	AUTONOMIA	INTERV.SOCIAL	Nº_ ATENDIMENTOS	Nº_ CONTACTOS	DISPONIB._ INSTITUIC	TEMPO
Relacionamento_familiar	R	,317*	,511**	,397**	,277	-,211	,186	-,057	,067	,307*	,236	,225
	p	,030	,001	,008	,051	,108	,139	,371	,350	,034	,083	,094
Doente sem_famíliaindividual	R	1	,013	,254	,270	,285*	,621**	,500**	,548**	,577**	,667**	,492**
	p		,472	,068	,056	,046	,000	,001	,000	,000	,000	,001
Doente sem_família_individual	R		1	,379*	,317*	-,222	-,210	-,099	,163	,256	,375*	,185
	p			,015	,036	,107	,121	,291	,182	,075	,016	,152
RENDIMENTOS 1	R			1	,558**	,147	-,186	,228	,152	,337*	,275	,272
	p				,000	,196	,138	,090	,188	,022	,052	,054
HABITAÇÃO	R				1	,130	-,177	,117	,290*	,439**	,343*	,284*
	p					,225	,151	,248	,043	,004	,020	,047
SAÚDEDOENÇA	R					1	,273	,263	,188	,225	,248	,329*
	p						,054	,061	,136	,094	,072	,025
AUTONOMIA	R						1	,433**	,453**	,353*	,477**	,436**
	p							,004	,003	,017	,002	,004
INTERVENÇÃO_SOCIAL	R							1	,592**	,640**	,547**	,505**
	p								,000	,000	,000	,001
Nº_ ATENDIMENTOS	R								1	,597**	,650**	,559**
	p									,000	,000	,000
Nº_ CONTACTOS_PARA_A_COMUNIDADE	R									1	,685**	,575**
	p										,000	,000
DISPONIBILIDADE_DAS_RESPOSTAS_INSTITUCIONAIS	R										1	,810**
	p											,000