

CIES e-Working Paper N.º 152/2013

**Criação e Validação de uma Escala de Complexidade da  
Intervenção Social com Adultos em Contexto Hospitalar  
(ECISACH)**

Maria do Rosário Serafim e Maria Inês Espírito Santo

*CIES e-Working Papers* (ISSN 1647-0893)

Av. das Forças Armadas, Edifício ISCTE, 1649-026 LISBOA, PORTUGAL, [cies@iscte.pt](mailto:cies@iscte.pt)

**Maria do Rosário Serafim** é licenciada em Serviço Social pelo Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa e mestre e doutorada nesta área pela PUC-SP. Atualmente 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** é licenciada em Serviço Social pelo Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa e frequenta atualmente 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. Especialização em Mediação familiar e gestão de conflitos. É assistente social no Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE.

### **Resumo**

O presente estudo teve como objetivo 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, a sua relação com o nível sociofamiliar e a situação clínica dos doentes, do Centro Hospitalar de Lisboa Central, enquanto sujeitos de ação. Foram recolhidos dados de natureza exploratória por intermédio da aplicação da escala concebida por esta equipa de uma forma inovadora, dado que não existem instrumentos de medida que tenham sido construídos com o objetivo de medir o grau de complexidade da ação 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. Foi aplicada a 233 processos sociais selecionados de forma aleatória num espaço temporal de três meses. Relativamente à validação da escala, usou-se o *Alfa de Cronbach* para medir a fiabilidade da mesma. Verificou-se que a consistência interna é considerada boa em ambos os grupos, grupo com família ( $\alpha=0,762$ ) e grupo sem família ( $\alpha=0,840$ ).

**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 conceptualized in a new way, as there are no measurement tools that have the purpose of measuring the degree of complexity of social worker action in the hospital context. The social workers that participated in the validation of this scale belong to four hospitals in Lisbon area (Hospital of St. Joseph, the Capuchin Hospital, Santa Marta Hospital and Hospital Dona Estefânia – 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.

**Keywords:** scale, complexity, clinical social work, social worker.

## **INTRODUÇÃO**

A prática profissional dos assistentes sociais, moldada num contexto de grande diversidade, heterogeneidade e multiculturalidade, integra 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, em que a complexidade se produz através de um conjunto de interações e ações (Morin, 1991).

A conceção 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 afetação 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 ação profissional crítica e reflexiva, tendo por base os resultados da pesquisa na construção de conhecimento capaz de compreender e reconhecer a complexidade, a diversidade e a singularidade do sujeito (Luhmann, 1998 *apud* Neves e outros, 2006). Ainda sob o ponto de vista de Baptista (2001: 47), é “no movimento da ação que o profissional elabora e constrói novos conhecimentos”.

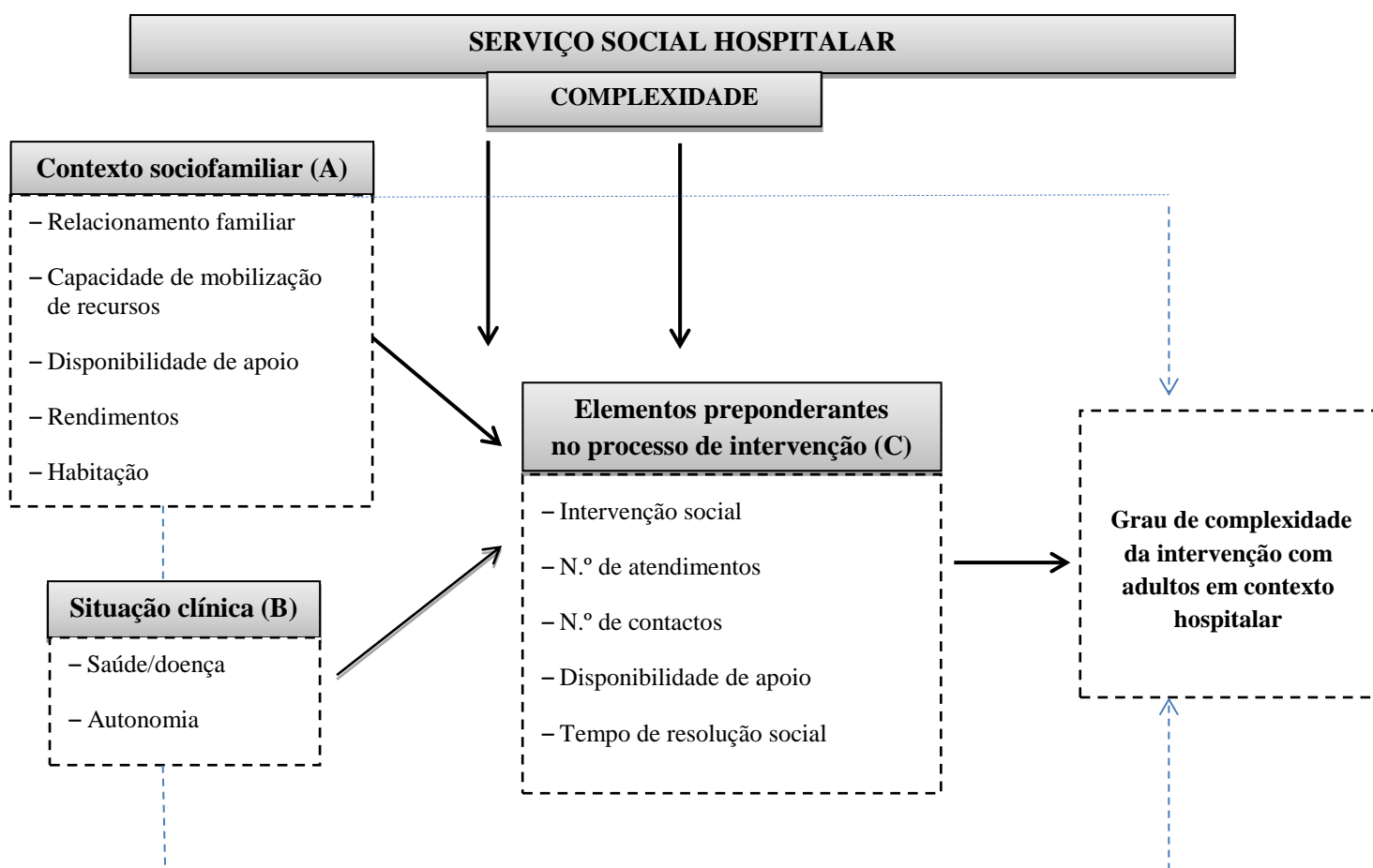
Neste sentido, a produção de conhecimento deverá ser parte indissociável da prática profissional. É fundamental assumir que o Serviço Social tem vindo a integrar-se em processos de trabalho cada vez mais multifacetados, exigindo-se-lhe respostas adequadas e em tempo útil num amplo campo de intervenção em que predomina a fragmentação do sujeito, da família, das políticas, das relações de vizinhança e amizade. Urge assim, a necessidade de redefinir novas linhas de conceção, 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), contemplando 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), aí incluindo, a doença e a autonomia do indivíduo. 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 de análise do 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, <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 >45 induz à existência de situações de complexidade muito alta. A base de sustentação para a construção destes intervalos, bem como da sua designação, teve como fundamento a prática profissional e respetivas 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 selecionados aleatoriamente por cada assistente social, refletindo, em conjunto, acerca da pertinência e aplicabilidade da escala. Numa segunda fase e após retificação da escala, foi aplicada durante um espaço temporal de três 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-nos no conceito de complexidade através da reflexão na prática do Serviço Social, e como este pode afetar 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 a prática não são processos contraditórios, mas complementares e com funções de enriquecimento mútuo, dado que, mantendo-se distintos, ambos são necessários para se alcançar, com maior rigor, a compreensão de uma dada realidade social.

O conceito de complexidade é utilizado, no senso comum, para expressar algo que não se consegue ou que temos dificuldade em explicar. Assim, quando não entendemos uma situação, dizemos que esta é complexa. Este postulado, aprofundado pelo teórico Edgar Morin fundamenta, em parte, que diversos atores 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” (Luhmann, 1990: 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 um tecido de acontecimentos, ações, interações, retroações, determinações, acasos, que constituem o nosso mundo fenomênico (Morin, 2006:13).

Em síntese, a grande maioria dos autores encara e compreende a complexidade como o nível de consciência do risco e incerteza, em que a complexidade envolve mais do que uma condição ou possibilidade interativa como uma infinidade de interações, associações e interfaces estabelecidas entre um grande número de unidades (Luhmann, 1984 *apud* Neves e outros, 2006) (Morin, 2003 *apud* Curvello e Scroferneker, 2008).

Na verdade não se pode ignorar a particularidade e pluralidade da complexidade do sistema social na contemporaneidade, uma vez que é dada ênfase 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 retroativa as quais (...) se encontram em todos os níveis de organizações complexas” (Morin, 2006 *apud* Curvello e Scroferneker, 2008: 7).

Deste modo, como refere Chiavenato (1985), uma organização pode ser definida como um sistema composto por atividades 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 diversa ordem. De facto, o contexto hospitalar constitui um enorme desafio para o(s) assistente(s) social(is), pelas suas

características, pela heterogeneidade e pela particularidade das situações, que exigem uma ação articulada dos múltiplos saberes vendo

o Hospital como uma totalidade, composta de múltiplas partes interconectadas, em interação com o universo exterior e prosseguindo objetivos globais. Cada uma dessas partes possui características estruturais e funcionais idênticas à do sistema global e constitui, ela própria, um sistema (Correia, 1983: 3).

À semelhança da organização de saúde, o Serviço Social é uma disciplina das ciências sociais cuja marca identitária está na ação e no agir profissionalmente. Esta ação é levada a cabo interferindo/relacionando-se com sujeitos em situações problemáticas, que exigem um saber técnico e teórico que os possa delimitar e aportar, nunca ignorando a necessária flexibilidade e adaptabilidade que permite transformar a prática numa ação reflexiva, criativa e complexa.

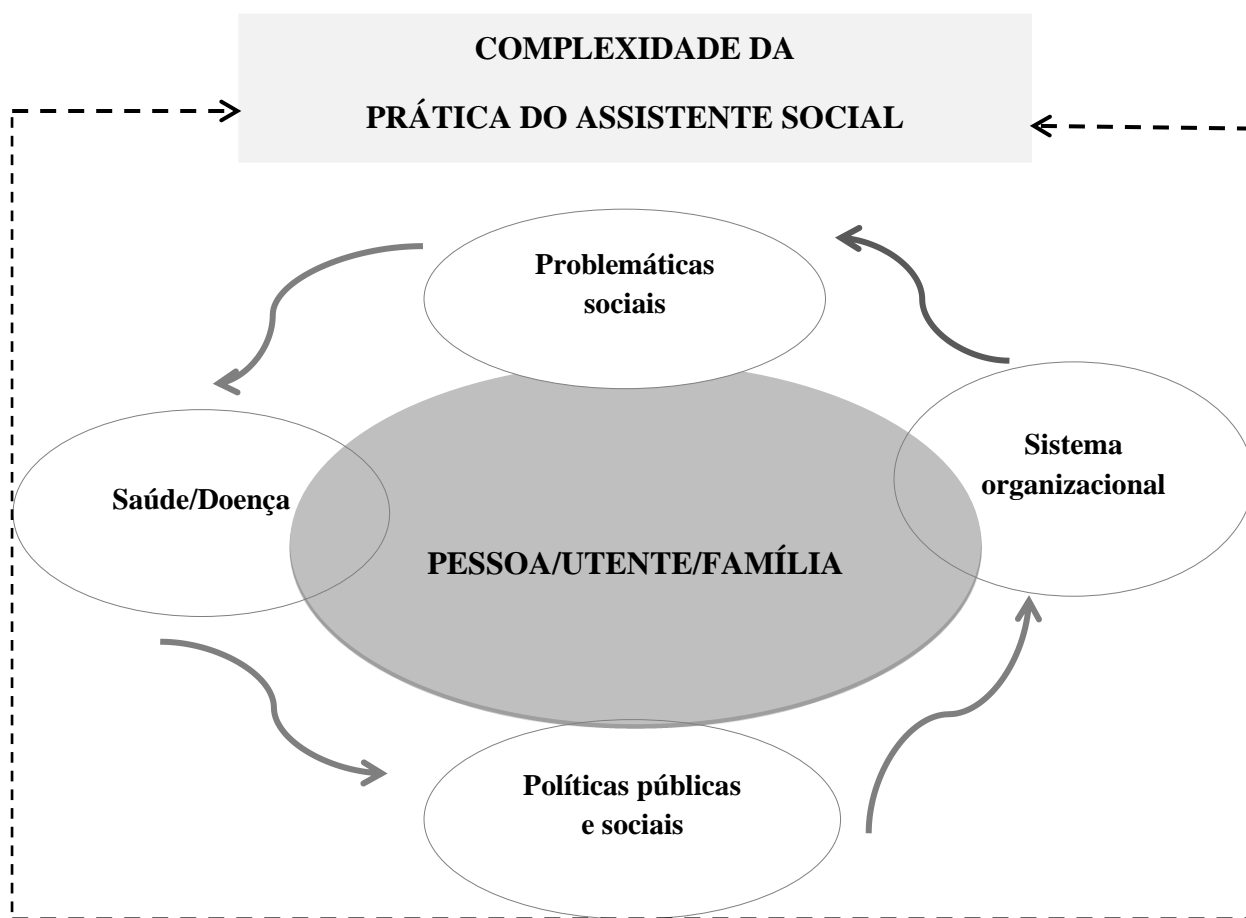
Importa salientar que o conceito de complexidade não é simples, nem unívoco, mas polivalente e multifacetado. A multidimensionalidade, já referida anteriormente, agora aplicada ao objeto de pesquisa, implica que as intervenções sejam diferentes e que o processo operativo não seja rígido, nem linear, variando as fases da abordagem metodológica em função do grau de dificuldade e de complexidade.

De acordo com a Figura 2, a complexidade existente na relação entre o assistente social e o 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 o 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.

As problemáticas sociais são constituídas por diferentes componentes, em que cada um deles tem a sua própria representação, tanto na esfera do sujeito como na 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 acionados para a mobilização dos atores sociais, reforçando a comunicação entre as distintas partes, tanto ao nível dos problemas sociais como ao nível da articulação interinstitucional (Carballeda, 2010).



Figura 2 – Âmbitos de complexidade da prática do assistente social



As problemáticas sociais enquanto objetos 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 atividades 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: 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.

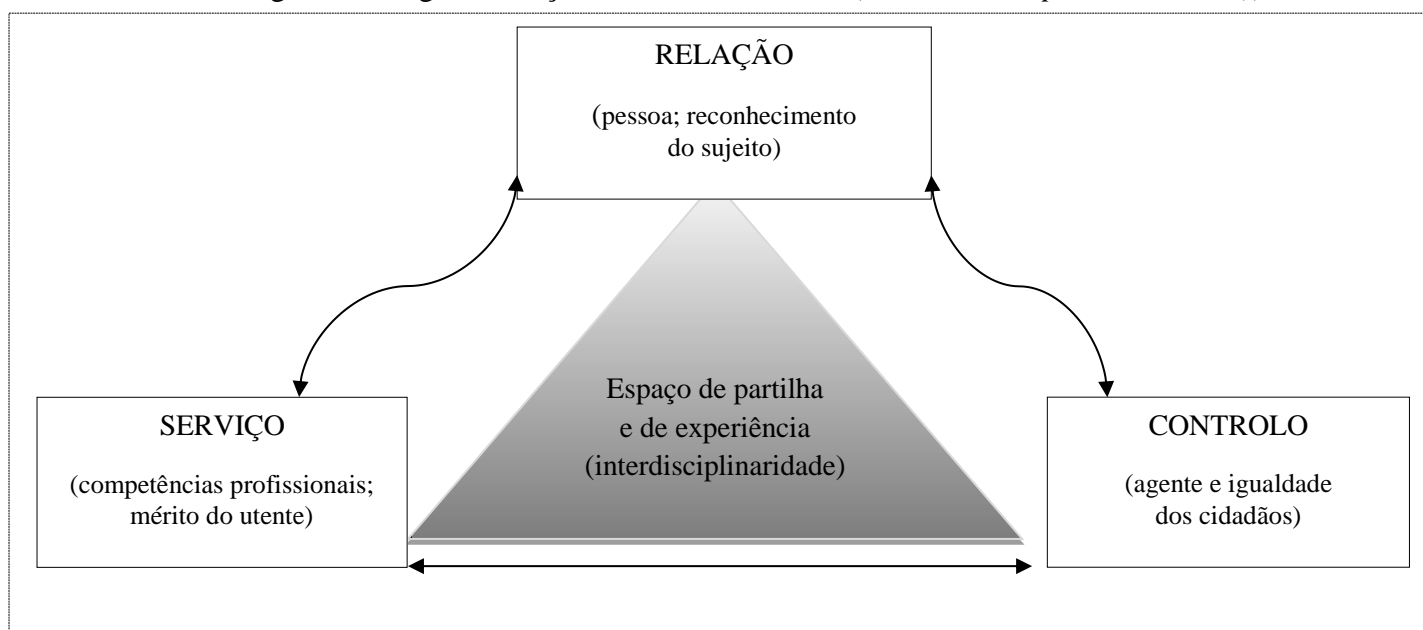
Estas surgem na tensão entre as necessidades e direitos, na diversidade de expectativas sociais e um conjunto de diferentes dificuldades para alcançá-las num cenário de incerteza, desigualdade e possibilidades concretas de desfiliação (Carballeda, 2010: 2).

Assim, perante as problemáticas sociais que afetam 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 em que está inserido através de uma abordagem transversal a partir das respostas sociais existentes.

Como já observámos, o campo do Serviço Social encara realidades complexas, exigindo aos profissionais atitudes resilientes face à complexidade 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 perspetivas de ação diversificadas e de forma sistematizada. De acordo, com a Figura 3, “a combinação destas lógicas de ação desenha e promove respostas que os Assistentes Sociais podem elaborar perante as complexidades das problemáticas sociais” (Dubet, 2006 *apud* Úcar, 2010: 6).

Figura 3 – Lógicas de ação do assistente social (Dubet, 2006 *apud* Úcar, 2010))



Nesta perspetiva, a complexidade da ação 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 perspetivas de ação supracitadas. Sendo esta relação um espaço privilegiado de escuta, confidencialidade e empatia, a complexidade do Serviço Social não é um processo linear. Por isso, há que 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 preciso saber lidar com o imprevisto, usando iniciativa, decisão e consciência para responder às transformações (Morin, 2005), de forma a alcançar com maior plenitude o objetivo de intervenção. Sob este aspeto, o Serviço Social precisa de, crescentemente, ampliar as suas potencialidades interativas 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 da de outros grupos. No entanto, a família é hoje considerada um sistema mutável e dinâmico que tem vindo a sofrer alterações. 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 interativa, 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 interações 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).

Como 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: 101).

Tendo em conta estas transmutações, assim como o envelhecimento demográfico e o aumento da esperança de vida, que estão na origem de 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: 45-46).

Intrínseco a todas as mudanças no(s) agregado(s) familiar(es) é, no entanto de 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/afetada, conforme o grau de dependência que a doença poderá acarretar. Uma situação de doença não afeta 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 atividades 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 à 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 afeta toda a função da família e, por sua vez, a função da família afeta a saúde de cada indivíduo” (Gomes; 2009: 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 refletirmos 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.

[O papel da família] 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: 434).

## **2.1. Relacionamento e funções familiares**

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

Neste sentido, Duvall e Miller (*apud* Stanhope 1999) identificaram as seguintes funções familiares: “Geradora de afeto 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 atividades 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 correto”, relacionado com a aprendizagem das regras e normas, direitos e obrigações características das sociedades humanas. Para além destas funções, um outro autor (Stanhope, 1999) 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) (Stanhope, 1999: 503).

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 conseqüente 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 afetar todos os outros, e considerar tanto a doença específica como o sujeito afetado. 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, que 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. Fator 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 transações interpessoais que poderão ser estabelecidas com as diferentes pessoas significativas, como seja a família, amigos, vizinhos, colegas de trabalho, prestadores de cuidados ou outros profissionais” (Nunes, 1999 *apud* Pereira e outros, 2009: 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 fatores 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 e outros, 2003 *apud* Pereira e outros, 2009: 153), são fatores que poderão agravar o processo de intervenção social e por conseguinte o quadro de planeamento de alta hospitalar. Todavia, na ausência da família, este apoio pode ainda ser

efetivado pela rede de amigos ou de vizinhança, mas que, “geralmente é limitada e raramente ultrapassa as tarefas práticas, pontuais e precisas, como as compras, transporte e /ou visitas” (Bris, 1994 *apud* Pereira e outros, 2009: 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, quer 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 afetivo, numa grande variedade de circunstâncias” (*apud* Pereira e outros, 2009: 156). Esta resposta permite a continuidade e a manutenção das necessidades de saúde no após alta e na prestação de apoio nas atividades de vida diárias.

### **3. RESULTADOS**

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

Para a exploração dos resultados foi realizada análise estatística descritiva, procedeu-se à análise de consistência interna das escalas e ainda ao cálculo de correlações (correlação linear de Pearson). Foi usado o *software* de estatística SPSS (versão 17.0).

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. Prevalecem os utentes viúvos (34%), existindo, contudo, uma percentagem igualmente elevada de utentes casados (33%). A maior parte dos utentes possui o 1.º ciclo básico (64%), contrapondo com os que possuíam o ensino superior, que apenas representam 3%.

Quadro 1 – Dados sociodemográficos dos doentes

	AMBULATÓRIO	INTERNAMENTO	URGÊNCIA	TOTAL
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
<b>SEXO</b>				
Feminino	13 (5,6)	100 (43,0)	19 (8,2)	<b>132 (57,0)</b>
Masculino	12 (5,2)	80 (34,3)	9 (3,9)	101 (43,3)
<b>IDADE (anos)</b>				
Escala etária				
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)	<b>135 (58,0)</b>
>91	0(0)	3(1,3)	2(0,9)	5 (2,2)
<b>ESTADO CIVIL</b>				
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)	<b>79 (34,0)</b>
<b>NIVEL ESCOLARIEDADE</b>				
Nunca frequentou	4 (1,7)	17 (7,3)	1 (0,4)	22 (9,4)
1.º ciclo básico	9 (3,9)	120 (52,0)	20 (8,6)	<b>149 (64,0)</b>
2.º ciclo básico	6 (2,6)	24 (10,3)	4 (1,7)	34 (14,6)
3.º 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

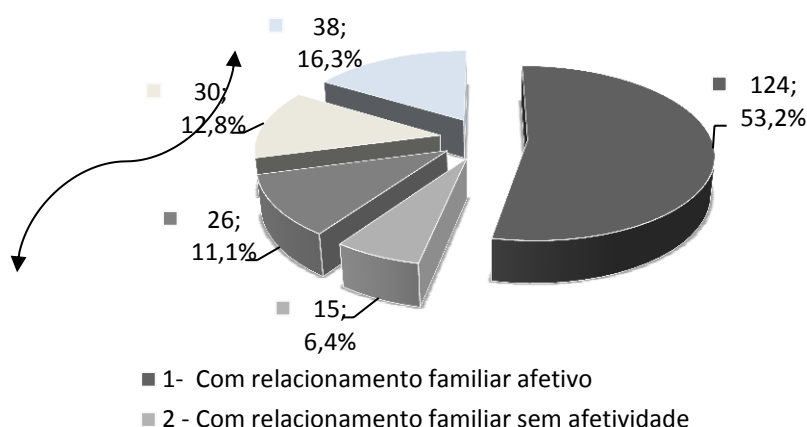
### 3.1. Resultado da análise descritiva para as pontuações da escala

#### *Dimensão A – Contexto sociofamiliar*

Relativamente ao item do relacionamento familiar (Gráfico 1) verificou-se uma tendência do relacionamento familiar afetivo (53,2%). Contudo, é de referir a existência de um número elevado de utentes sem relacionamento familiar ou isolados 38 (16,3%).



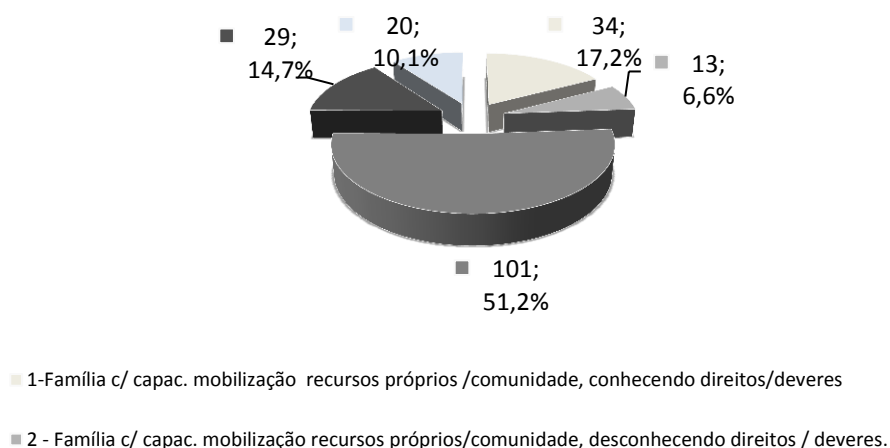
Gráfico 1 – Relacionamento familiar



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

No caso do utente com família (Gráfico 2), 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 (51,2%). Seguido do utente com capacidade de mobilização de recursos próprios e da comunidade, conhecendo os direitos e deveres (17,2%).

Gráfico 2 – Capacidade de mobilização de recursos – utente com família

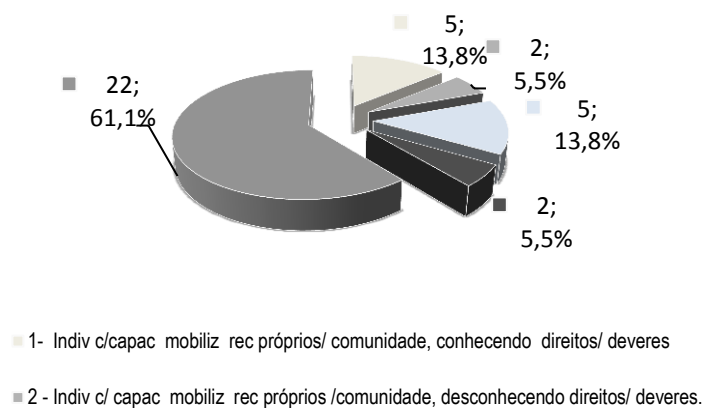


Fonte: amostra (n=233) dos utentes do Serviço Social

Na situação de utentes sem família, o indivíduo com incapacidade total de mobilização de recursos próprios e da comunidade (Gráfico 3) desconhece os direitos e deveres (61,1%). Contudo, é de referir a existência igual do peso de utentes com capacidade de mobilização de recursos próprios e da comunidade, conhecendo os direitos e deveres (13,8%) e, por outro lado, de utentes com capacidade de mobilização de recursos próprios mas sem

capacidade de mobilização de recursos da comunidade, desconhecendo os direitos e deveres (13,8%).

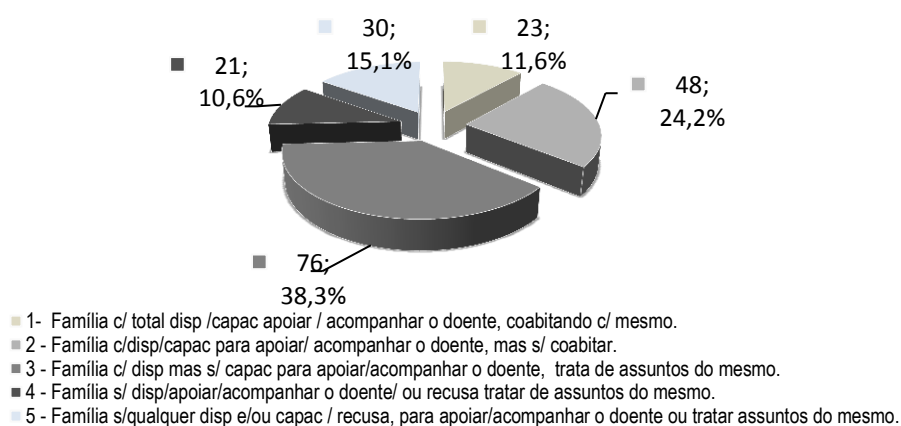
Gráfico 3 – Capacidade de mobilização de recursos – utente sem família



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

No item da disponibilidade de apoio no utente com família (Gráfico 4), 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 (38,3%), seguido do utente com família com disponibilidade e capacidade para apoiar e acompanhar o doente, mas sem coabitar com o mesmo (24,2%).

Gráfico 4 – Disponibilidade de apoio – utente com família

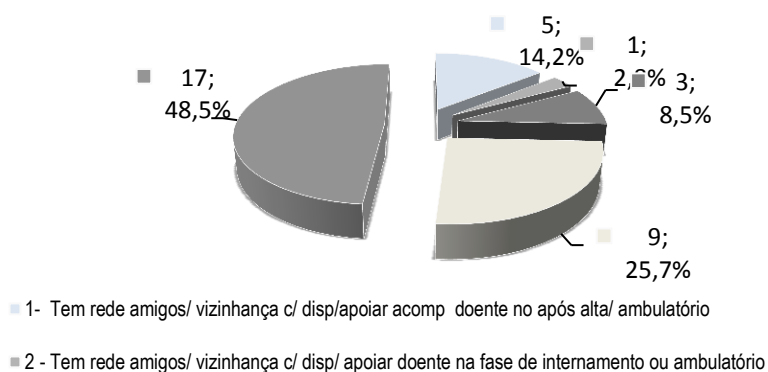


Fonte: amostra (n=233) dos utentes do Serviço Social

Relativamente ao utente sem família (Gráfico 5), a propensão foi para inexistência da rede de amigos/vizinhança, ou se tem recusam tratar de assuntos de interesse do mesmo

(48,5%). Em segundo lugar, destaca-se o utente com rede de amigos e vizinhança, mas sem disponibilidade para apoiar e acompanhar o mesmo (25,7%).

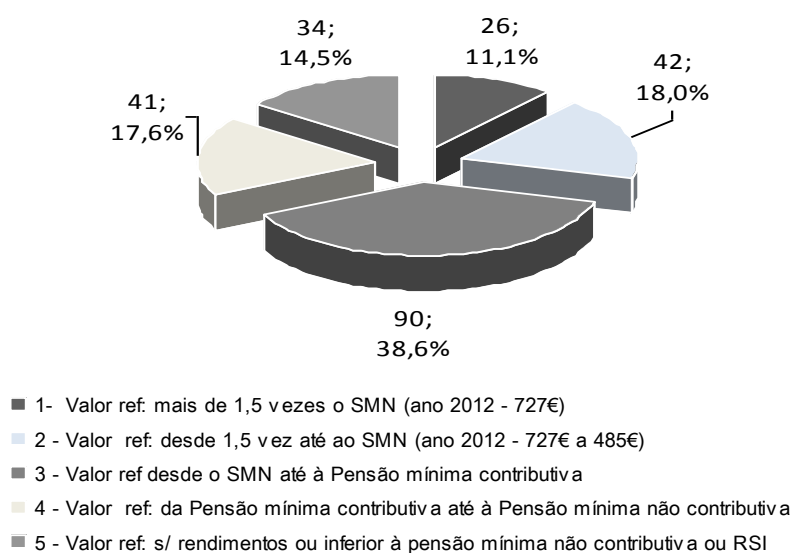
Gráfico 5 – Disponibilidade de apoio – utente sem família



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

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

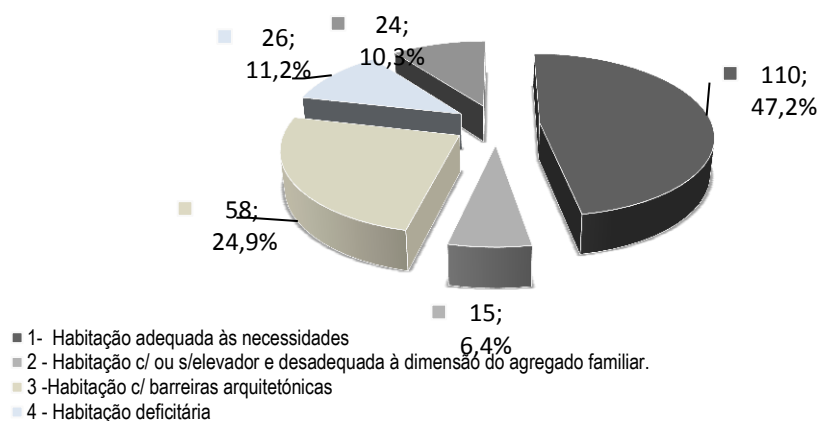
Gráfico 6 – Rendimentos



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

Quanto ao item habitacional (Gráfico 7), a tendência foi para ser adequada às necessidades dos utentes (47,2%). Contudo, existe ainda um peso elevado (24,9%) de barreiras arquitetónicas (degraus no interior, portas estreitas, WC desadequado, sem elevador).

Gráfico 7 – Habitação

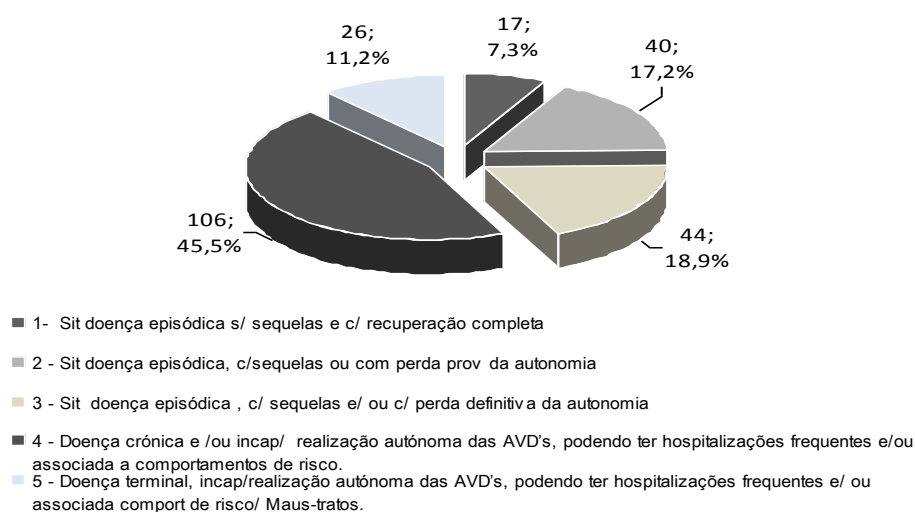


Fonte: amostra (n=233) dos utentes do Serviço Social

### *Dimensão B – Situação clínica*

Relativamente à dimensão saúde-doença (Gráfico 8), teve propensão para classificar os utentes que sofrem de doença crónica (física/psíquica/deficiência) e/ou incapacitante para a realização autónoma nas atividades da vida diárias (AVDs), podendo ter hospitalizações frequentes e/ou associadas a comportamentos de risco (45,5%). É ainda importante destacar o peso de utentes que tiveram uma situação de doença episódica (física/psíquica), com sequelas e/ou com perda definitiva da autonomia (18,9%).

Gráfico 8 – Saúde/Doença

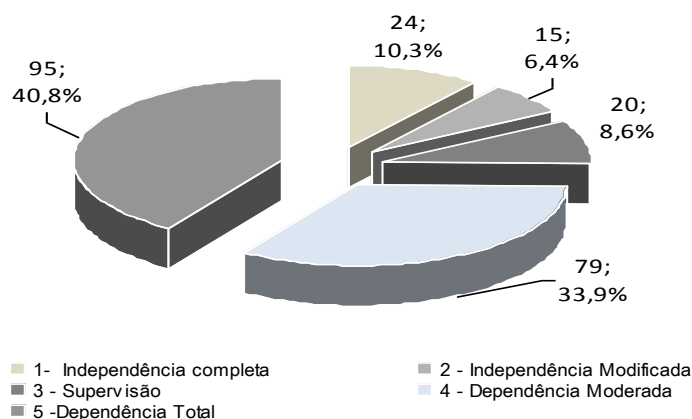


Fonte: amostra (n=233) dos utentes do Serviço Social

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 atual ou, já ser dependente de AVDs (atividades de vida diárias) à data do episódio de internamento, sendo este um fator predominante no plano de intervenção do assistente social.

Em relação ao item autonomia (Gráfico 9), 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, (40,8%). Mas existe uma percentagem elevada de utentes (33,9%) com dependência moderada (necessitam de apoio na realização de algumas AVDs, e os que não necessitam de auxílio total).

Gráfico 9 – Autonomia



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

### *Dimensão C – Intervenção Social*

Entendemos por intervenção social o conjunto de ações incluídas na prática profissional dos assistentes sociais, que vão desde o estudo diagnóstico até à respetiva 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 conseqüentes necessidades que daí advêm, bem como dos fatores que obstam, 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 assunções ou incompletas informações, não resultará eficaz e levantará, posteriormente, dificuldades que terão conseqüências negativas na evolução clínica do doente e sobrecarga dos serviços de saúde (DGS, 2006: 12).

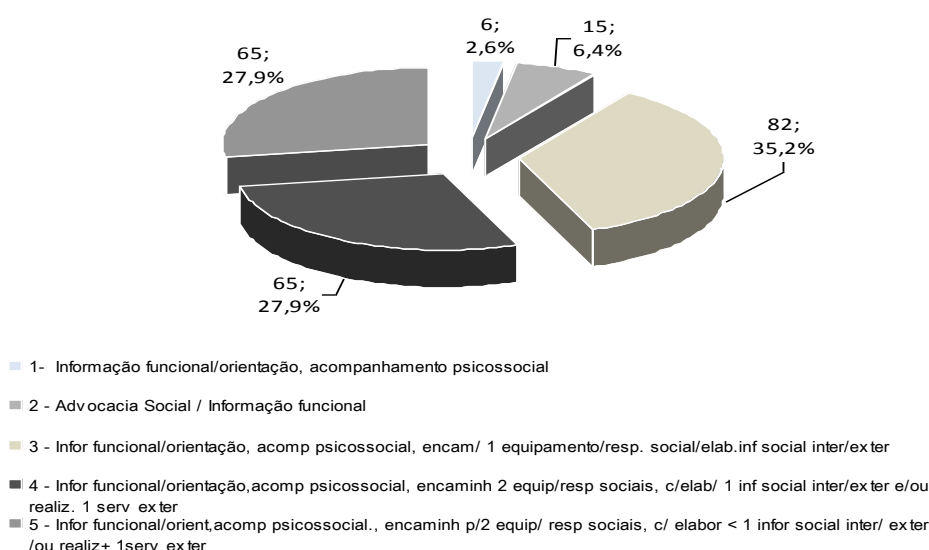
Este manual inscreve as cinco etapas metodológicas indispensáveis na intervenção do assistente social, que consistem no acolhimento, atendimento, elaboração do plano individual de cuidados, acompanhamento psicossocial e preparação da continuidade dos cuidados. Tendo sempre em conta a natureza da doença, o estágio da sua evolução, o grau

de autonomia do doente e o suporte formal e informal na prestação de cuidados e auxílio da realização das AVDs.

Relativamente ao item da intervenção social (Gráfico 10), verificamos a tendência da ação profissional assente na informação funcional/orientação, acompanhamento psicossocial, encaminhamento para um equipamento/resposta social ou com elaboração de informação social interna ou externa (35,2%).

Contudo é de referir a existência de um peso equivalente (27,9%) de ações quer ao nível da informação funcional/orientação, no acompanhamento psicossocial assim como no encaminhamento até dois equipamentos/ respostas sociais. Acompanhado da elaboração de uma informação social interna ou externa e/ou realização de um serviço externo (visitas domiciliárias/diligenciar quartos, tratar de documentos/reuniões exteriores).

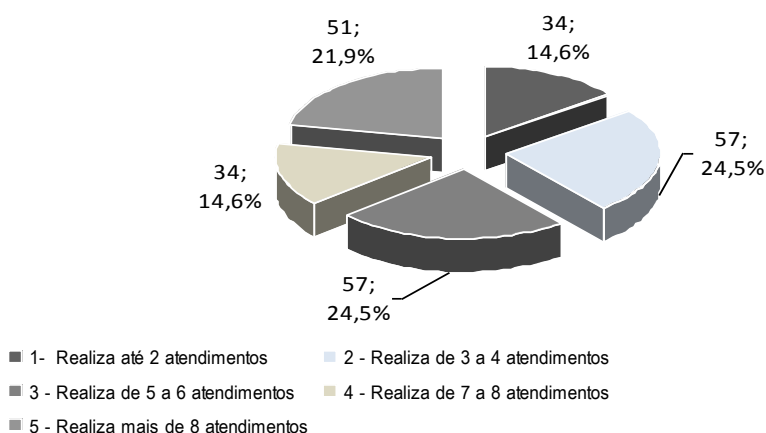
Gráfico 10 – Intervenção social



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

Quanto ao item número de atendimentos (Gráfico 11), aferimos a existência de relevância e peso iguais para as três a quatro entrevistas estruturadas e presenciais ao doente, com a sua rede de suporte pessoal e profissional, dentro da instituição (24,5%). Assim como, apresentando o mesmo significado numérico, cinco a seis atendimentos (24,5%).

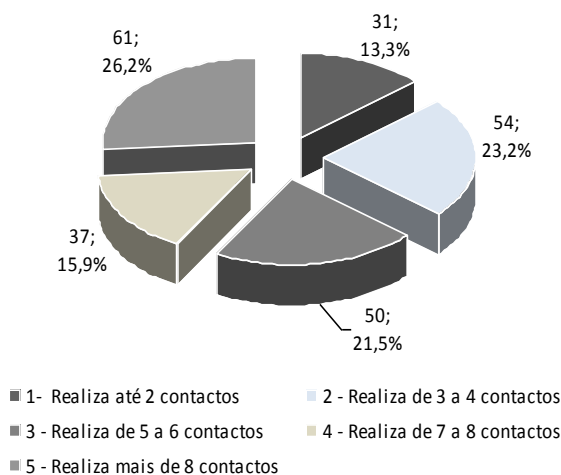
Gráfico 11 – Número de atendimentos



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

No item número de contactos (Gráfico 12), destaca-se a categoria, realização de mais de oito contactos efetuados via *e-mail*, telefone, CTT, correio interno, fax (26,2%); logo seguido da categoria, realização de três a quatro contactos com 23,2%.

Gráfico 12 – Número de contactos intrainstitucionais



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

A disponibilidade do Serviço Social refere-se à mobilização e promoção de articulação com os serviços da comunidade, de modo a acionar 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,

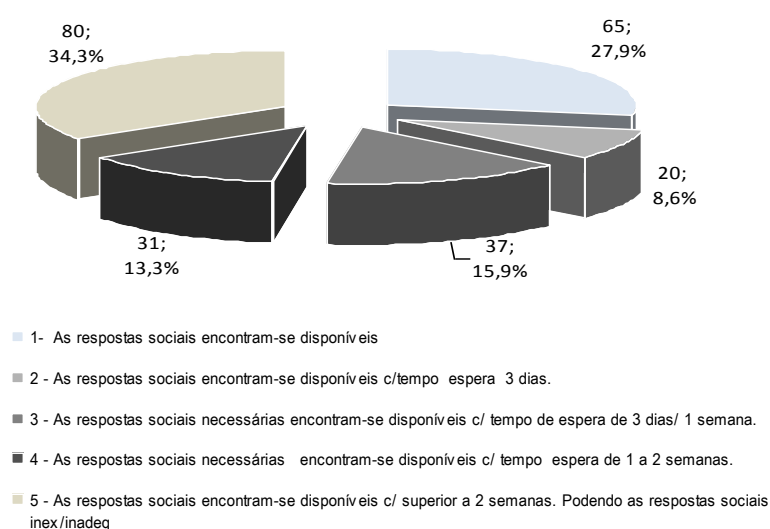


satisfazendo as necessidades sociais, promovendo e completando os recursos pessoais dos utentes para enfrentarem as novas exigências da sua condição de doente.

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 (Gráfico 13), a tendência foi que as respostas sociais necessárias para a situação problema, encontram-se disponíveis com um tempo superior a duas semanas. Podendo as respostas sociais ser inexistentes/inadequadas (34,3%) ou disponíveis (27,9%).

Gráfico 13 – Disponibilidade das respostas institucionais



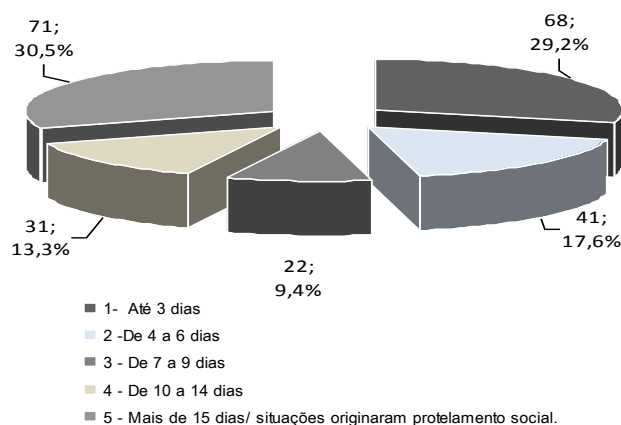
Fonte: amostra (n=233) dos utentes do Serviço Social

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

O planeamento de alta é um processo dinâmico que deve iniciar-se de forma atempada e realizado numa perspetiva biopsicossocial, quer do doente quer do cuidador, no pós alta hospitalar.

Assim 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: 1-2). No que respeita ao tempo de resolução social (Gráfico 14), destacam-se duas ocorrências: de 15 dias/situações que originaram protelamento social (30,5%) e resolução no período de até três dias (29,2%).

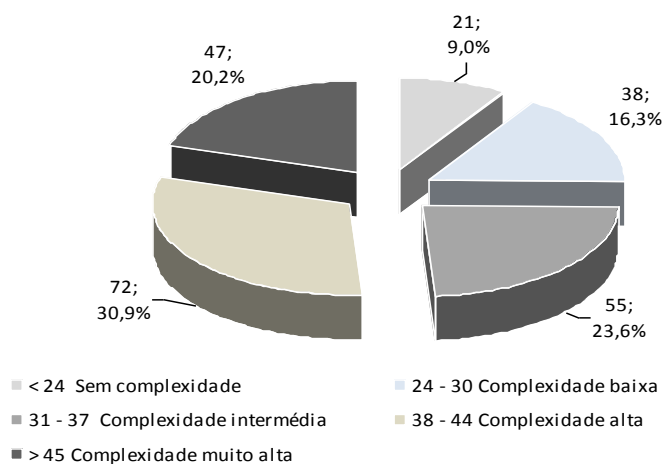
Gráfico 14 – Tempo de resolução social



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

Relativamente ao grau de complexidade (Gráfico 15) e de forma análoga à pontuação total, aferimos que os processos sociais analisados são predominantemente de complexidade alta (30,9%), seguido da complexidade intermédia (23,6%).

Gráfico 15 – Grau de complexidade



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

## 3.2. Fiabilidade da escala e a correlação entre as variáveis

### 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: 72).

Obteve-se uma boa consistência interna da escala no grupo de: *doentes com família* ( $\alpha=0,762$ ) e *doentes sem família* ( $\alpha=0,840$ ).

Quadro 2 – A consistência interna – de *Alfa de Cronbach* entre as subescalas

Subescalas	Grupos	
	Doente com família	Doente sem família
Relacionamento familiar	$\alpha=0,753$	$\alpha=0,834$
Saúde/Doença	$\alpha=0,775$	$\alpha=0,843$
Serviço Social hospitalar	$\alpha=0,723$	$\alpha=0,812$

A consistência interna das três subescalas nos dois grupos de doentes é boa, como comprovam os índices de *Alfa de Cronbach*.

### 3.2.2. Testes de correlação de Pearson

Foi ainda calculada a correlação entre as três subescalas: 1) enquadramento sociofamiliar; 2) situação clínica; 3) Serviço Social hospitalar e a variável complexidade (dependente).

*Grupo de doentes com família*

Quadro 3 – Correlação R de Pearson entre as subescalas – enquadramento sociofamiliar e situação clínica da escala ECISACH do grupo de doentes com família

	Saúde/Doença R	Autonomia R
Relacionamento Familiar (RF)	-0,044	-0,100
Disponibilidade de Apoio (DA)	-0,097	-0,048
Capacidade de Mobilização (CM)	-0,072	-0,068
Rendimentos (R)	-0,171**	-0,194**
Habitação (H)	-0,140*	-0,102

\*  $p < 0,05$  \*\*  $p < 0,01$

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, a sua autonomia ( $R = -0,194$ ,  $p < 0,01$ ) e a saúde/doença ( $R = -0,171$ ,  $p < 0,01$ ).

Quadro 4 – Correlação R de Pearson entre as subescalas – enquadramento familiar e Serviço Social hospitalar da escala ECISACH do grupo de doentes com família

	IS R	N.º Atend. R	N.º Cont. R	Dispon. R	Resol. R
Relacionamento Familiar (RF)	0,066	0,131	0,225**	0,150*	0,193**
Disponibilidade de Apoio (DA)	0,222**	0,180**	0,262***	0,216**	0,263***
Capacidade de Mobilização (CM)	0,211**	0,211**	0,179**	0,187**	0,166**
Rendimento (R)	-0,006	-0,006	0,025	0,085	0,030
Habitação (H)	0,130*	0,130*	0,233***	-0,241***	0,184**

\*  $p < 0,05$  \*\*  $p < 0,01$  \*\*\*  $p < 0,001$

O relacionamento familiar (RF) do doente influencia positiva e significativamente a intervenção social quanto ao número de contactos efetuados via *e-mail*, telefone, CTT, correio interno e fax ( $R = 0,225$ ,  $p = 0,01$ ) e também quanto ao tempo de resolução social ( $R = 0,193$ ,  $p < 0,01$ ).

A disponibilidade de apoio influencia positiva e significativamente a intervenção social ( $R=0,222$ ,  $p<0,01$ ), o número de atendimentos efetuados presencialmente pelo assistente social ao doente, assim como à rede de suporte pessoal e profissionais dentro da instituição ( $R=0,180$ ,  $p<0,01$ ).

São igualmente positivas e significativas as correlações entre a disponibilidade de apoio da família e a disponibilidade das respostas institucionais ( $R=0,216$ ,  $p <0,01$ ), bem como o tempo de resolução social ( $R=0,263$ ,  $p<0,001$ ).

A habitação relaciona-se positivamente e de forma também significativa com o número de contactos para a comunidade ( $R=0,233$ ,  $p<0,001$ ) e com o tempo de resolução social ( $R=0,184$ ,  $p<0,01$ ); e relaciona-se negativamente com a disponibilidade das respostas institucionais ( $R= -0,241$ ,  $p<0,001$ ).

Quadro 5 – Correlação R de Pearson entre as subescalas – Serviço Social hospitalar e situação clínica da ECISACH do grupo de doentes com família

	Saúde/Doença R	Autonomia R
Intervenção Social (IS)	0,031	0,082
N.º Atendimentos (N.º Atend.)	0,1030	0,111
N.º de Contactos (N.º Cont.)	-0,026	0,008
Disponibilidade das respostas (Dispon.)	0,0470	0,159*
Resolução (Resol.)	0,113	0,261***

\*  $p<0,05$  \*\*\*  $p<0,001$

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

#### *Grupo de doentes sem família*

A análise da 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 e significativa com a autonomia do doente ( $R=0,621$ ,  $p<0,001$ ), uma correlação elevada.

Quadro 6 – Correlação R de Pearson entre as subescalas – enquadramento sociofamiliar e situação clínica da escala ECISACH do grupo de doentes sem família

	Saúde/Doença R	Autonomia R
Relacionamento Familiar (RF)	-0,211	0,186
Disponibilidade de Apoio (DA)	0,285*	0,621***
Capacidade de Mobilização (CM)	-0,222	-0,210
Rendimentos (R)	0,147	-0,186
Habitação (H)	0,130	-0,177

\*  $p < 0,05$  \*\*\*  $p < 0,001$

Quadro 7 – Correlação R de Pearson entre as subescalas – enquadramento familiar e Serviço Social hospitalar da escala ECISACH do grupo de doentes sem família

	IS	N.º Atend.	N.º Cont.	Dispon.	Resol.
Relacionamento Familiar (RF)	-0,057	0,067	0,307*	0,236	0,225
Disponibilidade de Apoio (DA)	0,500**	,548***	,577***	0,667***	0,492**
Capacidade de Mobilização (CM)	-0,099	0,163	0,256	0,375*	0,185
Rendimento (R)	0,228	0,152	0,337*	0,275	0,272
Habitação (H)	0,117	0,290*	0,439*	0,343*	0,284*

\*  $p < 0,05$  \*\*  $p < 0,01$  \*\*\*  $p < 0,001$

Do mesmo modo, a disponibilidade de apoio da rede informal, influencia positiva e significativamente o processo de intervenção social IS ( $R=0,500$ ,  $p < 0,01$ ). O número de atendimentos efetuados ( $R=0,548$ ,  $p < 0,001$ ) presencialmente ao doente e a sua rede de suporte pessoal e profissional, dentro da instituição, influencia 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 ( $R=0,492$ ,  $p < 0,01$ ). Importa acrescentar que estas correlações são de intensidade moderada.

Quadro 8 – Correlação R de Pearson entre as subescalas – Serviço Social hospitalar e situação clínica da ECISACH do grupo de doentes sem família

	Saúde/Doença R	Autonomia R
Intervenção Social (IS)	0,263	0,433**
N.º Atendimentos (N.º Atend.)	0,188	0,453**
N.º de Contactos (N.º Cont.)	0,225	0,353*
Disponibilidade das respostas (Dispon.)	0,248	0,477**
Resolução (Resol.)	0,329*	0,436**

\*  $p < 0,05$  \*\*  $p < 0,01$

Verificam-se correlações significativas na intervenção social ( $R=0,433$ ,  $p < 0,01$ ), quer no número de atendimentos ao doente na sua rede de suporte ( $R=0,453$ ,  $p < 0,01$ ), na disponibilidade das respostas institucionais ( $R=0,477$ ,  $p < 0,01$ ) quer quanto ao tempo de resolução social ( $R=0,436$ ,  $p < 0,01$ ). Como se pode verificar, são correlações positivas e moderadas.

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 doentes com família, tal como ocorre no grupo de doentes sem família ( $R=0,810$ ,  $p < 0,001$ ).

## CONCLUSÕES

Acredita-se que a principal contribuição deste estudo é a construção e validação de uma escala original para avaliar a complexidade da intervenção social em contexto hospitalar em 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 nas dimensões da complexidade na 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 boa consistência interna, tanto no grupo dos doentes com família como 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.

## **AGRADECIMENTOS**

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



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, H. N. (2004), “Elogio da prática como fonte de teoria”. Consultado a 12 de outubro de 2011, em <http://www.cpihts.com/PDF02/Helena%20Almeida01.pdf>.
- 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.
- Caparrós, M. J. (1998), *Manual de Trabajo Social: Modelos de Prática Profissional*, Alicante, Editorial Aguaclara.
- Carballeda, A. J. M. (2010), “Problemáticas sociales complejas y políticas públicas”, *Revista CS en Ciencias Sociales*, 1, Santiago de Cali, Universidad Icesi, pp. 261-272. Consultado a 10 de novembro de 2011, em <http://www.icesi.edu.co/revistas/index.php/index/about>.
- Chiavenato, I. (1985), *Administração: Teoria, Processo e Prática*, São Paulo, Editora McGraw-Hill.
- Correia, J. (1983), “O sistema de gestão do hospital: contributo para uma visão sistémica”, *Gestão Hospitalar*, 3, pp. 3-9.
- Curvello, J. J. A., e C. M. A. Scroferneker (2008), “A comunicação e as organizações como sistemas complexos: uma análise a partir das perspectivas de Niklas Luhmann e Edgar Morin”. Consultado a 23 de julho de 2011, em <http://www.e-compos.org.pt>.
- Estrada, A. A. (2009), “Os fundamentos da teoria da complexidade em Edgar Morin”, *Aknópolis*, 17 (12), Umuarama, pp. 85-90. Consultado a 11 de junho de 2011, em <http://revistas.unipar.br/akropolis/article/viewFile/2812/2092>.
- Giddens, A. (1997), *Sociologia*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gimeno, A. (2001), *A Família: O Desafio da Diversidade*, Lisboa, Divisão Editorial Instituto Piaget.
- Gomes, J. R. T (2009), “A família como ator promotor de saúde”, em M. E. Leandro, P. N. S. Nossa e V. T. Rodrigues, *Saúde e Sociedade: Os Contributos (in)visíveis da Família*, Viseu, Psicosoma, pp. 97-106.
- 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 atividade do hospital empresa”, *ERA – eletrónica*, 1 (2), São Paulo, pp. 1-20. Consultado a 25 de maio de 2011, em <http://www.scielo.br/pdf/raeel/v1n2/v1n2a02.pdf>.
- Luhmann, Niklas, (1990), “Sistema y función”, em Ignacio Izuzquiza (org.), *Sociedad y sistema: la ambición de la teoría*, Barcelona, Ediciones Piados, pp. 41-143.

- Maroco, J., e T. Garcia-Marques (2006), “Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?”, *Laboratório de Psicologia*, 4 (1), pp. 65-90.
- Monteiro P. I. (1999), “Hospital: uma organização de profissionais”, *Análise Psicológica*, XVII (2), pp. 317-325.
- Monteiro, R. B (2009), “A desospitalização e a gestão familiar dos cuidados”, em M. E. Leandro, P. N. S. Nossa e V. T. Rodrigues, *Saúde e Sociedade: Os Contributos (in)visíveis da Família*, Viseu, 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.
- Morin, E. (2000). *Os Sete Saberes necessários à educação do futuro*, 6<sup>a</sup> ed. São Paulo Editora Cortez.
- Morin, E. (2005), *Educação e Complexidade: Os Sete Saberes e Outros Ensaio*, 3.<sup>a</sup> ed., São Paulo, Editora Cortez.
- Morin, E. (2006). *Introdução ao pensamento complexo*, tradução de Eliane Lisboa. Porto Alegre, Sulina.
- Neves, C. E. B., e F. M. Neves (2006), “O que há de complexo no mundo complexo? Niklas Luhmann e a Teoria dos Sistemas Sociais”, *Sociologias*, 2 (15), pp.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, J. Roncom e H. Carvalho (2009), “Envelhecimento e saúde: uma perspectiva psicológica sobre idosos e cuidadores”, em M. E. Leandro, P. N. S. Nossa e V. T. Rodrigues, *Saúde e Sociedade: Os Contributos (in)visíveis da Família*, Viseu, Psicosoma, pp. 131-174.
- Ramos, N. (2004), *Psicologia Clínica e da Saúde*, Lisboa, Universidade Aberta.
- São José, J., K. Wall e S. V. Correia (2002), “Trabalhar e cuidar de um idoso dependente: problemas e soluções”, Lisboa, Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Lisboa. Consultado a 14 de julho de 2011, em [http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/\\_artigos/80.pdf](http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/80.pdf).
- Stanhope, M. (1999), “Teorias e desenvolvimento familiar”, em M. Stanhope e J. Lancaster, *Enfermagem Comunitária: Promoção de Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*, 1.<sup>a</sup> ed., Lisboa, Lusociência, pp. 492 – 514.
- Úcar, X. (2010), “El trabajador social entre la complejidad social y las profesiones de lo social”, em A. Rodriguez e E. E. A. Raya (orgs.), *Una Europa Social y Plural. Actas del VII Congreso Estatal de las Escuelas Universitarias de Trabajo Social*, pp. 145-

153.Consultado a 25 de setembro de 2011, em [http://uab.academia.edu/XavierUcar/Papers/464686/El\\_trabajador\\_social\\_entre\\_la\\_complexidad\\_social\\_y\\_las\\_profesiones\\_de\\_lo\\_social\\_2010](http://uab.academia.edu/XavierUcar/Papers/464686/El_trabajador_social_entre_la_complexidad_social_y_las_profesiones_de_lo_social_2010).

Wall, Karin (2005), *Famílias em Portugal*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais.

### **Outra bibliografia**

DGS (2004), *Planeamento da Alta do Doente com AVC – Intervenção dos Assistentes Sociais*. Consultado a 23 de março de 2011, em <http://servicosociaisauade.files.wordpress.com/2007/11/planeamento-alta-assitentes-sociais.pdf>.

DGS (2006), *Manual de Boas Práticas para Assistentes Sociais*. Consultado a 23 de março de 2011, em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008206.pdf>.

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"*, Genebra, World Health Organization. Consultado a 23 de março de 2011.