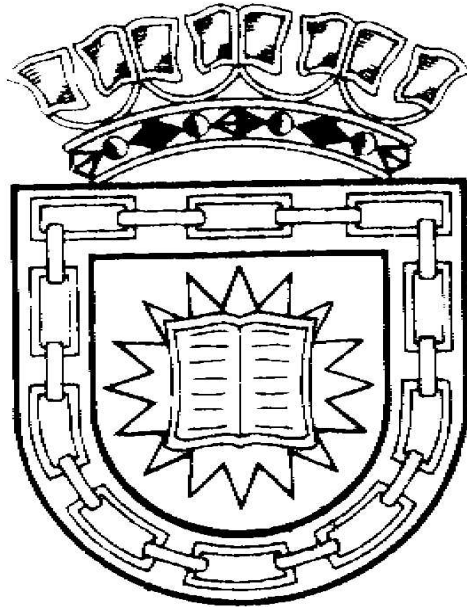


**INSTITUTO SUPERIOR DE SERVIÇO SOCIAL DE LISBOA**



O Lugar da Intervenção no

**Regresso da criança à Família Biológica**

**Ana Filipa Ceia  
Ana Rita Rosa  
Diana Gautier  
M<sup>a</sup> Teresa Silva**

**Trabalho Final de Curso de Investigação em Serviço Social**

Setembro 2006



**INSTITUTO SUPERIOR DE SERVIÇO SOCIAL DE LISBOA**

**O Lugar da Intervenção no**

## **Regresso da criança à Família Biológica**

*"Posso ter defeitos, viver ansioso e ficar irritado algumas vezes, mas não esqueço de que minha vida é a maior empresa do mundo. E que posso evitar que ela vá à falência. Ser feliz é reconhecer que vale a pena viver, apesar de todos os desafios, incompreensões e períodos de crise. Ser feliz é deixar de ser vítima dos problemas e se tornar um autor da própria história. É atravessar desertos fora de si, mas ser capaz de encontrar um oásis no recôndito da sua alma. É agradecer a Deus a cada manhã pelo milagre da vida. Ser feliz é não ter medo dos próprios sentimentos. É saber falar de si mesmo. É ter coragem para ouvir um "não". É ter segurança para receber uma crítica, mesmo que injusta. Pedras no caminho? Guardo todas, um dia vou construir um castelo..."*

**Ser Feliz**  
**Fernando Pessoa**

**Ana Filipa Ceia, nº 6183**  
**Ana Rita Rosa, nº 6104**  
**Diana Gautier, nº 6172**  
**M<sup>a</sup> Teresa Silva, nº 6122**

Trabalho Final de Curso

**Professora Orientadora:**  
**Prof. Dra. Maria Emília Ferreira**

Setembro 2006



## INTRODUÇÃO

O presente trabalho de investigação que tem como tema o Projecto de Vida de retorno à família biológica insere-se no âmbito do Seminário de Investigação em Serviço Social I, do Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa no ano lectivo 2005/2006.

O interesse pelas problemáticas inerentes à família e às crianças em situação de risco começou no passado ano lectivo (4ª ano) aquando da realização do estágio pré-profissional na A.P.D.M.F., nomeadamente nos CAT Casa da Encosta, Casa do Infantado, Casa do Parque e na Comissão de Protecção de Crianças e Jovens de Odivelas (CPCJ-O).

Desta forma, as motivações pessoais para investigar o tema supracitado advêm da experiência do estágio realizado. O acompanhamento dos casos efectuados ao longo do processo de estágio suscitou curiosidade para aprofundar as temáticas subjacentes às dinâmicas familiares, à relação entre o CAT e a família, bem como a intervenção do CAT com as mesmas. Ainda a nível pessoal esta pesquisa contribui para a nossa própria reflexão enquanto estudantes e futuras profissionais de Serviço Social.

Por sua vez, a nível profissional, um dos aspectos que nos motivou para este estudo foi o facto de o trabalho com as famílias estar intrínseco ao Serviço Social enquanto profissão, isto é, faz parte da sua história. Simultaneamente, outra das motivações a este nível prende-se com o facto do trabalho com as famílias ser fundamental, visto que, a consideramos a célula base das sociedades. Desta forma, julgamos essencial cooperar, apoiar, e estimular a promoção da instituição familiar.

Relativamente às motivações organizacionais, consideramos ser de extrema importância a sistematização e a avaliação dos Projectos de Vida de regresso à família biológica já concretizados, constituindo esta investigação um contributo para reflexão interna da APDMF.

A construção de um Projecto de Vida para a criança, tem lugar, quando *a priori* existe uma medida de promoção e protecção accionada pelas Comissões de Protecção de Crianças e Jovens ou pelos Tribunais. Segundo o artigo nº3 da Lei de Protecção de

Crianças e Jovens *"a intervenção para a promoção dos direitos e protecção da criança e do jovem em perigo tem lugar quando os pais, o representante legal ou quem tenha a sua guarda de facto, ponham em perigo a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento, ou quando esse perigo resulte de acção ou omissão de terceiros ou da própria criança ou do jovem a que aqueles não se oponham de modo adequado a remove-lo."* (Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo – Anotada e Comentada, 2003: 22).

As medidas de promoção e protecção da Lei de Protecção de Crianças e Jovens têm como finalidade *"afastar o perigo em que estes se encontram"* (Lei 147/99, artigo 34º nº1 alínea a).

Neste sentido, uma das medidas previstas na Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo é a colocação da criança ou jovem em instituição de curta duração. Segundo o artigo 50º da referida lei, *"o acolhimento de curta duração tem lugar em casa de acolhimento temporário por prazo não superior a seis meses."* (Lei 147/99, artigo 50º nº2).

Para a definição do Projecto de Vida compete à equipa técnica do CAT a elaboração do diagnóstico da situação da criança com vista à sua definição e execução, tendo sempre em conta o superior interesse da criança. Deste modo, Projecto de Vida **pode contemplar distintas estratégias:**

- **O regresso à família biológica nuclear ou alargada**, directamente ou com a mediação de uma família de acolhimento;
- **Adopção nacional ou internacional**, quando não é possível a integração na família biológica;
- **Colocação numa instituição** de carácter permanente que assegure um acompanhamento dinâmico e individualizado, quando esgotadas todas as possibilidades de integração familiar.

O tema desta investigação, contemplando a primeira das estratégias anteriormente expostas, está profundamente relacionado com o Serviço Social, uma vez que o regresso à família biológica (da qual foi retirada a criança) pressupõe e requer mudanças que

satisfaçam as condições definidas no projecto de acção elaborado. O Serviço Social é uma profissão que tem como objectivo promover mudanças, bem como o bem-estar da sociedade no geral, e dos indivíduos em particular. A intervenção social apoia-se nas teorias do comportamento humano, na teoria dos sistemas sociais e assenta em princípios de justiça social, assim como de direitos humanos. Subjacentes a estes princípios estão ideais de democracia e de humanismo que se traduzem, naturalmente, em valores de respeito pela igualdade, valor e dignidade de todos os seres humanos.

O Serviço Social, no âmbito das crianças acolhidas em centros de acolhimento temporários, intervém com o intuito de estabelecer e mediar as ligações entre a família da criança e o CAT, fomentando a responsabilidade parental. Simultaneamente, deve promover o projecto de vida da criança. Neste sentido, é importante realizar e manter actualizado o diagnóstico/relatório individual de cada criança.

Consideramos que relativamente à família, o Assistente Social actua numa perspectiva sistémica, intervindo como agente facilitador de mudança. Em primeiro lugar deve fazer um diagnóstico eficaz da situação da família, sendo capaz de identificar problemas e necessidades, assim como realçar as suas capacidades/potencialidades. Posteriormente, no decorrer do trabalho com a família, compete ao Assistente Social dinamizar a rede social de envolvimento institucional de apoio à família visando a reorganização sócio-familiar. O Serviço Social assume um papel preponderante no acompanhamento sócio-familiar. Todavia, considera-se pertinente referir que o trabalho realizado com as famílias deve ser efectuado em conjunto com as mesmas. Isto significa que o Assistente Social deve ajudar a fomentar a participação das famílias como parceira activa nas decisões que envolvam a criança e a própria família. Nesta perspectiva, é fundamental encarar a família como companheira, colaboradora em todo o processo de intervenção, respeitando sempre o seu ritmo, enfatizando as suas capacidades e realçar as mudanças ocorridas. Neste sentido, é importante desdramatizar as situações problemáticas, enfatizando as soluções, intervindo com empatia e adoptando sempre uma postura de optimismo e positivismo.

Considerando que o mundo em que vivemos se caracteriza pelas rápidas mudanças que afectam e se manifestam em todos domínios das nossas vidas, constata-se que a família enfrenta novos desafios, sobretudo no que concerne à educação dos filhos. É neste

domínio que o saber do Serviço Social contribui para o desenvolvimento das sociedades. O Assistente Social enquanto agente de mudança visa ajudar os indivíduos a resolverem por si mesmos os seus próprios problemas, bem como estimular o desenvolvimento das suas potencialidades e o enriquecimento das suas vidas. Paralelamente, o Serviço Social assume um papel de extrema importância ao intervir na óptica da prevenção dos mais diversos problemas que atingem as sociedades. Actualmente, considera-se essencial que o Serviço Social para além de intervir numa perspectiva reactiva, actue sobretudo numa perspectiva pró-activa e preventiva.

No que concerne ao problema desta investigação, este prende-se com a intervenção profissional que é realizada com as famílias das crianças acolhidas no Centro de Acolhimento Temporário Casa da Encosta, com vista à implementação do projecto de vida de retorno à família biológica nuclear ou alargada. Neste sentido formula-se a seguinte pergunta de partida:

- **Como se desenvolve a intervenção profissional do CAT na implementação do projecto de vida de retorno à família biológica?**

Assim, com base no tema acima enunciado e na pergunta de partida define-se como **objectivos gerais** para esta investigação:

- Estudar a metodologia de intervenção utilizada no CAT em função do retorno da criança à família biológica nuclear ou alargada.
- Identificar e sistematizar as mudanças ocorridas nas famílias biológicas que permitiram o retorno da criança às mesmas;

Neste sentido, os **objectivos específicos** são:

- Caracterizar as famílias biológicas, antes e depois, da intervenção com vista a sistematizar as mudanças ocorridas nas mesmas;
- Identificar métodos, técnicas e estratégias de intervenção utilizados pela equipa técnica do CAT.
- Identificar os modelos utilizados pelos técnicos do CAT;

- Identificar os elementos facilitadores da intervenção dos técnicos com as famílias;
- Identificar os obstáculos que se colocam na intervenção com as famílias.

Este trabalho de investigação é composto por quatro grandes capítulos. O primeiro capítulo designa-se por Família e Intervenção Social, desdobrando-se em quatro pontos, que por sua vez se dividem em sub-pontos. O primeiro destes pontos trata do tema família, integrando este a evolução e definição do conceito de família, da família como sistema, e aborda o tema famílias multiproblemáticas. O segundo ponto deste capítulo diz respeito à evolução da criança e os seus direitos, tendo em conta as tipologias dos maus-tratos e as suas repercussões nas crianças. Relativamente ao terceiro, são expostas as políticas sociais relativas à família, enquanto que no quarto ponto apresentamos a intervenção social tendo em conta a metodologia global de intervenção em Serviço Social de Cristina de Robertis e a metodologia de intervenção do CAT, bem como o modelo interaccional-sistémico e em rede na intervenção com a família.

No segundo capítulo expomos o modelo de análise construído com base na problemática desta investigação, constituindo este uma etapa fundamental para a operacionalização dos conceitos inerentes a este trabalho.

No capítulo seguinte contemplamos a metodologia por nós utilizada para a construção deste trabalho, seguindo-se a apresentação e a análise dos dados no capítulo quatro. Este capítulo está dividido em duas partes, uma relativa à intervenção profissional do CAT com as famílias, analisada em termos gerais, quanto ao processo, dificuldades e factores facilitadores da intervenção com famílias, e modelos de intervenção profissional com as famílias do CAT; e outra parte que se intitula “Uma Intervenção direccionada ao regresso das Crianças à Família Biológica”, e que se divide em dois sub-pontos, um que diz respeito à identificação e caracterização da criança e da família e sua análise correspondente, outro que diz respeito à análise mais individualizada de cada família, “Regresso à família biológica: o lugar da intervenção” e no decorrer do sub-ponto anterior surge a análise global da intervenção que foi efectivamente realizada com as famílias em estudo.

Por fim, apresentamos as conclusões desta investigação.



# CAPÍTULO I



## Família e Intervenção Social

## 1. Família

### 1.1. Evolução e definição do conceito de Família

*“Todo o presente é todo o passado e todo o futuro”*

Fernando Pessoa

A família define-se como um grupo social básico, unido por vínculos de consanguinidade, de filiação (biológica ou adoptiva), de aliança, incluindo as uniões de facto quando estas são estáveis.

Segundo Maria José Caparrós *“a família é um grupo social primário, com funções precisas intra e extra familiares na sociedade com uma importância fundamental no processo de mudança e desenvolvimento de uma comunidade”* (Caparrós, 1998: 97).

Trata-se de um núcleo primário, onde não só se proporciona os vínculos necessários para que se realize o processo de individualização com a suficiente autonomia e intimidade, mas também de um sistema relacional que articula entre si os diferentes componentes individuais. Desta forma, *“a família é uma rede complexa de relações e emoções (...) e a simples descrição de uma família não serve para transmitir a riqueza e complexidade relacional desta estrutura”* (Gameiro cit in Relvas, 1996: 11).

Quando se fala de família *“todos sabemos o que é a família (...) No entanto, sentimento e conhecimento (pessoal e científico) fazem-nos encarar a família como um emaranhado de noções, questões e, mesmo de contradições e paradoxos. Talvez porque demasiado próxima de todos e de cada um, a família, como entidade, apresenta-se como realidade pouco palpável, quase invisualizável”* (Relvas, 1996: 9).

A família é uma instituição natural que nasceu com o homem. É considerada o primeiro e mais marcante espaço de realização, consolidação e desenvolvimento da personalidade humana, no qual o indivíduo se torna pessoa.

Ao longo da história, ocorreram muitas mudanças a nível social que marcaram notoriamente a evolução da família. Assim, uma das mudanças mais importantes que ocorreram na família foi a nível dos sentimentos. Segundo Shorter, *“a intrusão do sentimento na família fez-se sentir particularmente no domínio da escolha do cônjuge,*

*na relação entre mães e filhos e no da demarcação entre a família e a comunidade envolvente.*” (Shorter cit in Dias, 2004: 32).

Nas sociedades ditas tradicionais a família tinha um carácter meramente económico, ou seja, funcionava como uma unidade de produção. Logo, o casamento caracterizava-se por ser desprovido de amor entre todos os seus membros. *“Na sociedade tradicional, o casamento e o parentesco constituíam os pilares da instituição familiar. (...) Implicava todo a família e, por isso, cabia ao chefe de família o direito de escolher os cônjuges dos seus filhos. (...) Negócio ou união conveniente, o casamento constituía um acto demasiado sério para resultar de escolha pessoal.”* (Dias, 2004: 32).

Através do casamento, a mulher passava da tutela do pai para a do marido, ficando assim, sem qualquer possibilidade de autonomia. A desigualdade era uma realidade que ninguém contestava – os homens eram os proprietários das mulheres e dos filhos.

Estas sociedades eram caracterizadas pelo forte controlo que exerciam sobre a vida íntima do casal, isto é, das práticas de namoro, de noivado e até dos comportamentos sexuais. A sexualidade na mulher, estava reservada para o casamento e com o objectivo de procriação, enquanto nos homens, a vida sexual iniciava antes do casamento.

Deste modo, *“embora as necessidades de sobrevivência e de transmissão do património se sobrepusessem a qualquer outra lógica, na sociedade tradicional a ausência de sentimentalidade da família parece ter sido mais imposta pelo exterior, designadamente por modelos culturais e religiosos que condenavam o amor natural ou humano.”* (Dias, 2004: 42).

Os crescentes sentimentalização, fundamentalmente a partir do século XVIII, que teve como expressão a progressiva afeição na escolha do cônjuge e as relações sexuais pré-conjugais, são indicadores da diminuição do controlo dos comportamentos familiares e sexuais.

A Revolução Industrial originou transformações a todos os níveis: económico, político, tecnológico, social e cultural. Desta forma, a industrialização acelerada, a urbanização desregrada e as novas formas de organização do trabalho (incluindo a inserção da mulher no mercado de trabalho), provocaram mudanças nas estruturas e relações familiares. É nesta época que se verifica a passagem da família alargada para a família nuclear.

Deste modo, a família foi alvo de profundas transformações. O casamento passou a ser motivado pelo amor romântico, por valores de respeito e igualdade entre os seus membros. Assim, na família moderna “(...) *o amor e a felicidade tornaram-se centrais. O amor romântico constitui a base e o fundamento do casamento e é a dimensão sentimental que, em princípio conduz as escolhas matrimoniais.*” (Teixeira Fernandes cit in Dias, 2004: 45). Os filhos não são mais vistos como um meio para assegurar a permanência do ciclo, mas uma expressão da união amorosa entre os pais.

No entanto, nesta sociedade neo-liberal, capitalista, caracterizada pela lógica da competitividade, bem como pela comunicação e consumo de massas, em permanente e acelerada mutação, os padrões cívicos e códigos de conduta enfrentam também rápidas mudanças e, como tal, a família é directamente afectada. Assim, o foco no amor romântico, conduz a tensões ou contradições no seio do casamento e da família moderna. Esta tensão pode levar ao conflito entre os interesses da família e os interesses individuais dos seus membros.

Neste sentido, a família moderna constitui “*um exemplo paradigmático do que é um espaço privado, onde também o individualismo encontra um domínio preferencial de expressão. Deste modo, na família moderna manifesta-se uma tensão entre a sua natureza privada, a sua vocação orgânica e o individualismo crescente.*” (Teixeira Fernandes cit in Dias, 2004: 48).

Em pleno século XX as mudanças societárias faziam-se sentir um pouco por todo mundo, sobretudo no ocidente. Efervescia uma revolução cultural terminados os regimes autoritários e fascistas. Era tempo de mudanças. Nasciam novos direitos, associados à democracia, tais como a liberdade, igualdade, fraternidade, acesso à educação, saúde, à sexualidade livre, entre outros. Como é evidente, todas estas alterações romperam com as formas mais rígidas de tradição e inauguraram novas formas de vida que se estendem até aos dias de hoje.

O ambiente familiar influencia todos os componentes dessa família na formação do seu ser, sendo assim um importante instrumento educativo.

A família é uma unidade integrada por membros com identidades próprias, que desempenham funções e papéis distintos.

De facto, a família é a única unidade social vinculada com todos os outros sistemas da sociedade humana. Cada família tem um estilo próprio de cumprir as suas funções, sendo a nota definidora comum o facto das relações na família se moldarem por sentimentos.

A família é um grupo que funciona como sistema, com regras definidas pela própria história familiar que lhe confere uma identidade particular, específica, diferente da identidade de outros grupos. Como sistema vivo a família está em processo de mudança constante, influenciando permanentemente e de forma recíproca os seus membros.

No entanto, a família é, hoje em dia, um sistema em crise, e que tem vindo a sofrer alterações, cada vez mais, profundas.

Segundo Giddens (1997), a família é uma instituição incrustada, isto é, permanece com o mesmo nome mas os seus fundamentos alteraram-se. Actualmente, a família continua sendo a célula básica das sociedades, porém a sua estrutura e funções se modificaram.

M<sup>a</sup> José Caparrós (1998), define algumas funções básicas da família. Estas funções podem ser de nível intrínseco (entre os membros da família) ou extrínseco (relação da família com o meio). A nível intrínseco a autora apresenta as seguintes funções:

- Função de vinculação entre os membros da família;
- Criação e desenvolvimento biológico e psicológico das crianças;
- Socialização dos filhos segundo os padrões culturais da família e da sociedade;
- Inculcar e transmitir valores;
- Produção e consumo como mini-unidade económica;
- Preparação dos filhos para a vida futura.

Por sua vez, a nível extrínseco, a autora salienta as seguintes funções:

- Colaboração na construção de uma vida com qualidade, própria e alheia;
- Relação de ajuda entre famílias pertencentes à mesma comunidade.

Maria Teresa Ribeiro (1994), assistente da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, afirma que existem duas funções fundamentais inerentes ao ser humano que são preferencialmente realizadas pela família:

- *“A primeira reside em assegurar a continuidade do ser humano no sentido de a família ser uma comunidade que nasce, cresce, procria, decresce e morre, continuando-se ao longo das gerações”* (Ribeiro, 1994: 58);

- *“A segunda função que, de certa forma decorre da primeira, consiste na articulação entre o indivíduo e a sociedade, conseguindo com equilíbrio o estar bem consigo próprio e o estar bem com os outros, ou seja, adequar individuação (nas dimensões afectiva, cognitiva e comportamental) e socialização”* (Ribeiro, 1994: 58).

Actualmente, assistimos à multiplicação de novos tipos de família: nuclear, monoparentais (masculinas ou femininas), reconstituídas ou recompostas e ainda o viver só, que começa a ser muito comum nas sociedades complexas.

## **1.2. A Família como Sistema**

*“Uma família é um tipo especial de sistema, com estrutura, padrões e propriedades que organizam a estabilidade e a mudança. É também uma pequena sociedade humana, cujos membros têm contacto directo, laços emocionais e uma história compartilhada.”* (Minuchin, Colapinto & Minuchin, 1998: 22).

Segundo a Escola de Chicago, entende-se por sistema *“uma entidade com fronteiras dentro das quais é trocada energia física e mental numa proporção maior do que através das suas fronteiras.”* (Payne, 2002: 195).

A família é vista como um sistema dinâmico, sendo dividido em subsistemas que estão em constante interacção. Existe uma relação simbólica entre a família e o sistema social onde se mantém uma troca de informação que permite um equilíbrio constante entre ambos.

A família é um grupo natural com uma história própria, ou seja, com um passado e com um futuro. Para alcançar este futuro, o sistema vai criando novas regras que se adaptem à trocas e produções originadas pela interacção sistémica.

Os membros de cada sistema estabelecem diferentes relações, tais como as transacções internas, a estrutura do sistema, a identidade do sistema (regras, normas, crenças), o tipo de comunicação (externa e interna) e as possíveis trocas que podem ser produzidas ou não.

Desta forma, existe uma relação entre estes aspectos e cada elemento do sistema, tanto como sistema familiar como sistema social. É desta relação que se pode determinar se o sistema é aberto ou fechado.

- Sistema aberto – a família transforma-se numa unidade funcional para os seus membros, que permite desenvolvimento e bem estar para estes através do intercambio entre sistema familiar e exterior, permitindo que cada membro tenha as suas formas de se movimentar realizar tarefas e funções que levam ao seu desenvolvimento. Pretende-se que cada membro seja independente e respeite as condições de formação do sistema familiar. Assim quando há uma tentativa de relacionamento entre os membros e os outros sistemas existe uma maior probabilidade de êxito.

- Sistema fechado – neste tipo de sistema, não é favorecido o contacto dos membros com o exterior, direccionando-se para a protecção do mesmo. Nestas famílias o medo de contacto com o exterior levam-nos a fechar os seus limites. Ao surgirem novas informações, o sistema não modifica a sua forma inicial. O sistema não funciona e existe um membro que salvaguarda a vida do sistema com vista ao seu funcionamento, sendo nesta pessoa que se centra a atenção sem haver uma preocupação pelo problema do sistema total.

A família como sistema interage com outros sistemas: os supra-sistemas, como por exemplo, a família alargada, a escola o trabalho, os amigos e os vizinhos, que existem numa relação circular que afecta a sua organização e não deve ser nem muito aberta nem muito fechada. Os problemas de abertura e fecho do sistema existem também na organização interna, ou seja, entre os vários subsistemas, por exemplo, subsistemas conjugal, parental e filial. Neste sentido, os limites têm como objectivo proteger a diferenciação dos subsistemas e dos sistemas relativamente ao exterior, mantendo a sua autonomia e competência. Os limites devem ser bem definidos para que seja permitida aos membros dos subsistemas e dos sistemas desempenharem as suas funções sem interferências, embora permitindo o contacto entre estes.

Por exemplo, as funções de um casal são diferentes, bem como as suas responsabilidades, embora os elementos que compõem os subsistemas conjugal e parental sejam os mesmos.

A família como sistema varia entre estados de estabilidade e de crise. O sistema tende a quebrar as normas e regras iniciais originando novas formas estruturais mais flexíveis, permitindo ao sistema crescer e desenvolver-se. Se a família estiver numa situação de

crise este processo não acontece fechando-se e mantendo a distância do exterior para se defender.

A evolução de uma família origina-se a partir das trocas de papéis e funções entre os membros e com os outros sistemas, formando uma rede interactiva. Dentro do sistema, cada indivíduo é considerado 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 distintos, por exemplo, a esposa é mãe, filha, irmã, e assume esses papéis conforme a situação, aumentando assim os níveis de complexidade. A rede de interacções que se forma permite ao sistema família satisfazer as suas necessidades de troca da sua estrutura e regras e uma abertura dos seus limites de forma a ter um bom relacionamento com o exterior (Caparrós, 1998).

No que diz respeito à estrutura familiar define-se como o conjunto de acções funcionais que tem como finalidade de organizar a interacção entre os membros do sistema através de normas, regras, etc. É através desta estrutura que a família possui identidade e se consegue distinguir das outras. Esta estrutura pode ser o suporte da família mas também é onde se pode encontrar a situação problema. Ao trocar as posições dos membros na estrutura, produz-se uma troca em todo o sistema e a possibilidade de desaparecerem os sintomas patológicos.

Os subsistemas familiares que definem a estrutura sistémica da família são influenciados pelas regras, mitos e crenças familiares que as distinguem de outros sistemas familiares. Estas crenças vêm muitas vezes da família de origem e que os indivíduos transportam para a nova família. (Caparrós, 1998).

Tanto a estrutura familiar como os limites são definidos pelos padrões de comportamentos sendo estes, repetitivos, estáveis e fruto de interacções entre todos os sistemas e de estes com o meio. Os padrões de comportamento permitem uma visão estável da realidade um sentimento confortável de pertença a uma família.



### 1.3. Famílias Multiproblemáticas

O conceito de famílias multiproblemáticas surgiu por volta de 1950 através de investigadores e profissionais inseridos na área da acção social e da saúde.

Inicialmente este conceito remetia para famílias de baixo estatuto socioeconómico que viviam no limiar da pobreza. Todavia com o decorrer do tempo houve necessidade aprofundar este conceito, o que permitiu abordar outras dimensões subjacentes a estas famílias, como por exemplo a estrutura do grupo familiar ou as modalidades relacionais.

Actualmente, verifica-se que estas famílias não têm que ser necessariamente pobres, pelo contrário, encontram-se em todos os grupos sociais, culturais e económicos existentes na sociedade. Contudo, é natural que as famílias multiproblemáticas pobres sejam as mais expostas perante a comunidade, devido à sua forte ligação aos serviços sociais.

Segundo Liliana Sousa, *“a informação exposta sobre as famílias multiproblemáticas mostra sistemas a viver num emaranhado espectacular de problemas”* (Sousa, 2005: 13).

A especificidade destas famílias prende-se com um estilo relacional caracterizado pela comunicação e interacção desorganizada/caótica. São pessoas que têm uma fraca inteligência emocional, ou seja, mostram-se incapazes de reflectir sobre os seus actos deixando-se apoderar pelas emoções; Simultaneamente, apresentam também uma certa incapacidade para tolerar as frustrações, bem como a incapacidade de negociar.

Relativamente à estrutura, estas famílias definem-se como instáveis e indefinidas. Neste sentido, verifica-se nas famílias multiproblemáticas a *“predominância física e relacional das figuras femininas, por oposição à perifericidade dos elementos masculinos”* (Sousa, 2005: 14).

Segundo Weizman *“as famílias multiproblemáticas (ou severamente disfuncionais) distinguem-se pela presença de um ou mais sintomas sérios e graves de longa duração e forte intensidade “* (Weizman cit in Sousa, 2005: 16). Para Liliana Sousa, *“(…) não são famílias que vivem num stress meramente situacional, apesar de uma ocorrência as poder trazer à intervenção, apresentam uma história mórbida, repleta de exemplos de tratamentos falhados, desenvolvimento de sintomas nos seus membros, crises familiares*

*múltiplas, instabilidade profissional e funcionamento interpessoal seriamente afectado”*

(Sousa, 2005: 16).

Atributos das famílias multiproblemáticas<sup>1</sup>

Presença simultânea, em dois ou mais membros da mesma família, de comportamentos problemáticos estruturados, estáveis no tempo e suficientemente graves para requererm intervenção externa.

Insuficiência grave, sobretudo por parte dos pais, nas actividades funcionais e relacionais necessárias à vida familiar e seu desenvolvimento.

Reforço entre os dois aspectos anteriores.

Fragilidade dos limites, própria de um sistema em que a presença de técnicos e outras figuras externas é forte e, dessa forma, substituem, parcialmente, os membros.

Estruturação de uma relação crónica de dependência da família com os serviços sociais, constituindo um equilíbrio sistémico.

Desenvolvimento de modalidades pouco usuais de comportamentos sintomáticos nos indivíduos.

1- Quadro baseado em Cancrini, Gregório e Nocerino, 1997: 52/53 retira do livro Família Multiproblemáticas, de Liliana Sousa

Por sua vez, Linares considera as famílias multiproblemáticas “(...) *um dos emblemas da pós-modernidade e isso não apenas pela sua estreita ligação às toxicodependências* (Linares, 1997: 26 cit in Alarcão, 2006: 320).

*Outro dos aspectos que caracteriza estas famílias é a sua forte ligação aos serviços sociais. Segundo Linares estas famílias (...) consomem desenfreadamente serviços sociais, até ao ponto de existir uma relação privilegiada entre ambas as instâncias o que faz com que, frequentemente, seja muito difícil desligá-las uma da outra”* (Linares cit in Alarcão, 2006: 320).

*Para Alarcão, “(...) a miséria e a precariedade em que vivem a maioria destas famílias é um espelho fiel da desorganização relacional e da amálgama emocional em que vivem os seus elementos. O estado de abandono e a precariedade das habitações são constantes. As casas onde vivem parecem despidas de valor relacional, privados de intimidade (...) A realidade física converte-se numa metáfora da realidade afectiva e cognitiva destas famílias: os diferentes elementos não têm um espaço seu, um domínio de maior intimidade onde possam construir uma identidade diferenciada”* (Alarcão, 2006: 321).

A nível económico, as famílias multiproblemáticas, caracterizam-se pela atribuição de subsídios, bem como pelas ajudas institucionais; muitas vezes, estão também ligadas a actividades de cariz ilegal. Apresentam dificuldades em gerir o dinheiro, gastando o mesmo muitas vezes em bens supérfluos, deixando por suprir bens de necessidade básica.

Por outro lado, estas famílias distanciam-se um pouco da cultura e valores dominantes, nomeadamente no que diz respeito à lei e normas sociais (Alarcão, 2006). Exemplos concretos são as manifestações de indiferença face à legalização dos filhos, ao reconhecimento legal das uniões e das separações, entre outros.

Por sua vez, no que concerne aos filhos constata-se uma interacção muito particular. São eles que, muitas vezes, constituem o motivo dos pedidos de acolhimento, habitualmente feito por terceiros. Isto demonstra que estas famílias não se dirigem aos serviços por iniciativa própria. Neste sentido, a parentalidade, quer a nível da função vinculativa, quer da função socializadora dos pais estão afectadas. Segundo Liliana Sousa, os filhos (...) *apresentam falhas na segurança básica e interiorizam modelos*

*inseguros de vinculação, que lhes dificultam a verdadeira autonomização e a tranquila exploração do meio* (Sousa, 2005: 24).

Por seu turno, na conjugalidade verifica-se muita desarmonia, notando-se uma dificuldade no casal de estabelecer relações igualitárias e de complementaridade.

No que respeita ao sub-sistema fraternal, muitas vezes, é formado por vários filhos, fruto de relações diferentes e esporádicas. Liliana Sousa, afirma que “*mais uma vez a inconsistência dá tom às relações, pois igualmente entre irmãos as relações pendem entre extremos de grande proximidade, agressividade ou total afastamento. Todavia, verifica-se que em momentos difíceis os irmãos tendem a agrupar-se para se defenderem contra terceiros, porém, ultrapassado o apuro, a relação volta a girar em torno de extremos*” (Sousa, 2005: 25).

Relativamente, à estrutura das famílias multiproblemáticas, Cancrini, Gregorio e Nocerino (1997) identificam quatro estruturas típicas destas famílias: pai periférico, casal instável, mulher só e família petrificada (Cancrini, Gregorio e Nocerino cit in Sousa, 2005: 20).

A primeira estrutura típica, designada por pai periférico (...) *caracteriza-se pela presença de uma figura parental desocupada ou subocupada (em termos de emprego), com nível de instrução e de competências modesto, ocupando um papel secundário a nível económico e emocional*” (Sousa, 2006: 21). Este é um pai considerado ausente, difícil de localizar, descrito como violento, alcoólico e infiel.

A segunda estrutura descrita é a de casal instável. Esta espelha (...) “*casos de casamentos ou relações esporádicas entre pessoas (muito) jovens, que não conseguem constituir uma família autónoma (...). A relação, é normalmente, fugaz, dela permanecem como único testemunho os filhos* (Sousa, 2006: 22).

Por sua vez, surge a estrutura denominada por mulher só. Esta refere-se a “*famílias constituídas por uma mulher de estatuto social e cultural modesto que decide criar sozinha filhos de vários pares, após várias relações que não se mostraram estáveis. Invariavelmente, trata-se de mulheres que viveram em instituições ou com a vida estruturada em torno da prostituição, outras actividades marginais ou subalternas.*

*Raramente o vínculo pelos filhos consegue mudar a desorganização e, tipicamente o tribunal de menores toma conta das crianças” (Sousa, 2005: 23).*

Por último, a estrutura família petrificada remete para o acontecimento traumático e imprevisto, o qual origina uma alteração brusca dos níveis de funcionamento do sistema. Segundo Liliana Sousa, um acontecimento como por exemplo, a morte de um filho, interfere no desempenho dos papéis dos diferentes membros dos sistemas, petrificando-os. *“Em consequência, desenrola-se um ciclo vicioso em que a incapacidade funcional se unem a desorganização e a intervenção descoordenada dos serviços” (Sousa, 2006: 23).*

Face ao exposto, estas famílias constituem um desafio à intervenção dos assistentes sociais. Para autoras como Alarcão e Sousa, é possível intervir com sucesso com estas famílias, actuando numa perspectiva optimista. Para Madalena Alarcão *“ (...) o sucesso da intervenção radica num novo «ovo do colombo», ou seja, a complexidade da intervenção não está tanto no aparato das técnicas a utilizar ou das estratégias a montar mas antes na dificuldade de descobrirmos como as podemos ajudar a tirar outras fotografias e a criar outros álbuns de família, sem ter que deitar fora ou queimar os velhos” (Alarcão, 2006: 336).*

## 2. A Criança

### 2.1. Evolução da condição de criança e seus direitos

Historicamente, a condição de criança foi marcada por episódios chocantes. Exemplo disto, é a Antiguidade, em que era comum o sacrifício de bebés em favor dos Deuses, ou mesmo, o abandono das crianças portadoras de deficiências.

Na sociedade medieval, as particularidades de se ser criança era negligenciada por todos, na medida em que, a criança era vista como um adulto em miniatura – homúnculo. Esta participava nos mesmos jogos e trabalhos que os adultos, era encarada como uma mercadoria, que poderia ser trocada ou vendida.

Nesta altura, uma prática muito comum, era a colocação do recém-nascido nas amas de leite, ficando entregues a elas até aos dois anos de idade. Outra prática muito comum, era a colocação dos filhos já crescidos, em casa de outras famílias, para aí aprenderem um ofício. Para além destas práticas, o abandono, o aborto e o infanticídio traduzem e caracterizam o distanciamento afectivo entre pais e filhos, existente nesta altura. “*A família era uma realidade moral e social, mais do que sentimental.*” (Ariès cit in Dias, 2004: 39).

Entre o século XII e o século XVII, a criança era vista como um ser desprovido de natureza humana, considerada perversa e carregada de pecado (Afonso, 1998).

Segundo Philippe Ariès, “*o século XVII é marcado por um novo valor que é dado à infância, com a emergência de um sentimento familiar organizado em torno das crianças, tornando estes seres frágeis objecto de deleito. Contudo, a fragilidade e a imbecilidade infantil continuavam a ser defendidas.*” (Ariès cit in Afonso, 1998: 56).

Todavia, com a Revolução Industrial as crianças tornaram-se alvo de exploração. Assim, trabalhavam muitas horas por dia, vivendo em condições miseráveis; era frequente serem espancados e castigados por não trabalharem o suficiente.

Nas sociedades europeias, assistiu-se a um abrandamento dos costumes e a uma humanização dos comportamentos por volta do século XVIII. É a partir da influência de Jean Jacques Rousseau, que a criança passa a ser vista como uma pessoa, dotada de valor próprio, com potencialidades. Deste modo, torna-se necessário conhecer a sua

natureza e as suas necessidades. Rousseau compara a criança a um «bom selvagem» (Afonso, 1998).

Contudo, é só no século XIX, com a emergência de algumas ciências – Pedagogia, Psicologia, Medicina Social e Infantil – que surge a visão da criança separada do adulto, logo um ser vulnerável e carente de protecção.

No entanto, é no século XX, que os Direitos das crianças aparecem consagrados em legislação específica.

## 2.2. Tipologias do Mau – Trato infantil

De forma abrangente, entende-se por maus-tratos toda “ *a acção ou omissão não accidental que ameace ou impeça a segurança, a satisfação das necessidades físicas e psicológicas básicas de menores de 18 anos.*” (Gabadinho, 2000: 6).

No entanto, é importante, desde já, fazer a diferenciação entre criança maltratada e criança em risco. Segundo Luís Villas-Boas: “*(...) qualquer criança maltratada esteve sempre em risco antes dos maus-tratos, mas nem toda a criança em risco será maltratada, ou seja, os maus-tratos são uma inerência do risco, mas não uma inevitabilidade do risco.*” (Villas-Boas, 2000: 98)

Os maus-tratos são um enorme problema que existe na sociedade. Não existe apenas um tipo de maus-tratos, mas sim uma vasta variedade, sendo um fenómeno universal e transversal que não escolhe sexo, raça e ideologias.

Para os autores acima referidos, os maus-tratos passam pelo maus-tratos físicos, psicológicos, o abuso sexual, o abandono ou negligência, entre outros dos quais será feita uma breve incursão.

Os **maus-tratos físicos** são a forma mais visível de abuso e pode ser identificada pela presença de marcas no corpo da criança, queimaduras, escoriações, ou outras.

Para Teresa Ribeiro (1994), esta forma de maus-tratos é uma acção voluntária e não accidental, é praticada por adultos (pelos pais ou por alguém responsável pela criança) que apresentam desequilíbrios emocionais ou que queiram exercer o poder físico sobre a criança.

Alguns dos indicadores utilizados na descrição do diagnóstico passam por mudanças e atitudes por parte dos agressores e das vítimas. Essas alterações emocionais são visíveis na demora da procura de ajuda médica, a descrição do incidente é pouco esclarecedora e não é compatível com o ferimento observado, a reacção dos pais face ao problema não reflecte a grau de preocupação que seria de esperar e a relação entre as crianças e os pais é de indiferença.

Estas lesões físicas podem traduzir-se em queimaduras (por cigarro, água a ferver, produtos químicos, entre outros), escoriações e equimoses (no rosto, lábios, boca, entre outros), fracturas, hemorragias internas, danos cerebrais e, muitas das vezes, pode levar mesmo à morte da criança.

Entende-se por **abandono** a “*situação em que a criança ou o jovem foi abandonado à sua sorte, está completamente desamparado, desprotegido, não revelando os pais, o seu representante legal ou quem detiver a sua guarda de facto, qualquer interesse pelo seu destino. Por outro lado, o abandono pressupõe uma atitude voluntária e consciente por parte do abandonante e tem de ser manifesto*”. (Bifulco & Moran, 1998 cit in Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo – Anotada e Comentada, 2003: 25).

A **negligência infantil** é a forma menos evidente de violência doméstica, sendo definida como uma situação de comportamento regular de omissão relativamente aos cuidados básicos que se deve ter com um menor. Este tipo de violência é identificado através de uma alimentação inadequada, falta de interesse em relação ao vestuário e higiene da criança, falta de afecto, falta de interesse pelo menor enquanto pessoa. Deste comportamento resulta problemas de saúde e/ou no desenvolvimento físico, que podem resultar na má nutrição, baixa auto-estima, bem como no desenvolvimento psicossocial da criança. Também a negligência educacional pode conduzir ao abandono escolar, a comportamentos delinquentes e a dificuldades na aprendizagem, isto é, absentismo e insucesso escolar. A negligência infantil pode ocorrer de duas formas: ou voluntariamente, quando existe intenção de causar dano na criança, ou involuntariamente, quando resulta da incapacidade dos pais para assegurar as necessidades básicas dos menores. Muitas vezes, esta negligência é confundida com a falta de recursos económicos, no entanto este problema está presente em todas as estratos sociais.



O **abuso psicológico** é uma das formas de violência mais difícil de detectar. Os maus-tratos psicológicos constitui um acto intencional caracterizado pela ausência de um meio familiar afectivo que reconheçam as necessidades emocionais da criança, mas também pode estar presente em espaços de convivência da criança, como por exemplo na escola.

Deste comportamento familiar ou social resultam consequências no desenvolvimento físico e psicossocial do menor, bem como na estabilidade emocional e social, o que pode resultar de uma baixa auto-estima. Por norma, este tipo de mau-trato não marca fisicamente, mas deixa cicatrizes, difíceis de sarar, no comportamento e que podem durar anos a serem esquecidas. Este tipo de abuso pode apresentar-se sob diferentes formas:

- Rejeição: *“os pais transmitem à criança que esta não é desejada. Pode implicar actos verbais ou não verbais dos pais e inclui a desvalorização, humilhação pública e a ridicularização da criança.”* (Gabadinho, 2000: 2)

- Isolamento: é recusado à criança o envolvimento e comunicação com outras crianças ou adultos. O progenitor proíbe que a criança desenvolva actividades com outros.

- Agressão verbal: esta pode ser tão prejudicial como a agressão física. É cometida através de insultos, críticas, ameaças, entre outras agressões verbais. Como consequência, esta agressão pode resultar na rebeldia da criança que se vai reflectir-se no seu comportamento diário para com outras pessoas e noutros locais que costuma frequentar.

- Aterrorização: pode ser feita, também, através de agressões verbais com o intuito de criar um clima de medo intenso, fazendo-a acreditar que ela não é importante, interferir negativamente sobre a criança, induzindo a uma auto-imagem negativa e ao fraco desempenho, ou estimulando na criança a um padrão de comportamento auto-destrutivo.

Normalmente, este tipo de maus-tratos está implícito em todas as outras situações de violência, mas deve ser separado quando se verifica que é a única forma de abuso. Algumas das consequências deste tipo de maus-tratos passam pela insegurança, baixa

auto-estima, comportamentos desviantes, suicídio, dificuldades em estabelecer relações, entre muitos outros.

Teresa Magalhães (2002) defende que um diagnóstico, neste caso, deve ser feito através de um exame médico e psicológico da vítima, mas não esquecendo uma avaliação do contexto familiar em que está inserido e também do seu comportamento social.

*“O abuso sexual traduz-se pelo envolvimento do menor em práticas que visam a gratificação e satisfação sexual do adulto ou jovem mais velho, numa posição de poder ou de autoridade sobre aquele.”* (Magalhães, 2002: 34).

### **2.3. Repercussões dos maus-tratos na criança**

As repercussões que os maus-tratos tem para a criança dependem da gravidade de alguns factores, como por exemplo o tipo e a duração da agressão, o grau de relacionamento que ela tem com o agressor, a idade em que foi vítima, a personalidade da criança, assim como o nível e gravidade das ameaças que o menor sofreu. As crianças vítimas de maus-tratos sentem-se afectadas no seu desenvolvimento psicológico, moral, cognitivo e também no desenvolvimento da sua personalidade. No entanto, existe uma grande variabilidade na forma como cada criança responde à vitimização.

Desta forma, prossegue-se a uma pequena abordagem sobre as repercussões que alguns dos maus-tratos têm para a criança:

- Negligência: segundo vários autores, os sintomas podem manifestar-se sob a forma de atrasos na linguagem, motricidade e socialização; condutas para chamar a atenção do adulto; perturbações do sono, sonolência; tendência à fantasia.

- Abusos sexuais: em relação a este, as simatologias são perturbações funcionais (como a anorexia, bulimia); dificuldade em estabelecer um relacionamento afectivo com os seus pares. Em relação aos níveis das condutas sexualizadas estes sintomas podem manifestar-se através de masturbação compulsiva, desenhos ou brincadeiras sexuais explícitas.

- Abuso psicológico e maus-tratos físicos: este pode-se manifestar em cinco perturbações diferentes: perturbações funcionais (gaguez, tonturas, dores de cabeça,

dores musculares); perturbação cognitiva (baixa auto-estima, dificuldade de concentração, memória e aprendizagem, entre outros); perturbações afectivas (choro incontrolado, sentimentos de vergonha e culpa, timidez e medos, entre outros); perturbações comportamentais (ansiedade, comportamento desviante – ex.: delinquência, abuso de álcool, drogas e prostituição – desinteresse total pela sua pessoa, entre outros); perturbação do foro psiquiátrico (hiper-actividade, mudanças súbitas do comportamento e humor, neuroses graves, psicoses, falta de articulação entre o pensamento e a linguagem, regressões no comportamento, entre outros). Muitas das crianças abusadas chegam à morte, seja por lesões físicas graves, assassínios e/ou suicídio, já para não falar das sequelas físicas e emocionais que poderão permanecer para toda a vida da vítima.

### **3. Políticas Sociais inerentes à Família**

Entende-se por política social um conjunto de medidas decretadas pelo Estado que visam a correcção das disfunções e a promoção do bem-estar na sociedade. Paralelamente, as políticas sociais são um instrumento fundamental subjacente à intervenção do Serviço Social.

De seguida, procede-se à apresentação das políticas sociais relativas ao âmbito da família.

Primeiramente, é essencial referir que a própria Casa da Encosta é uma medida das Políticas de Protecção à Família e Acção Social. A base legal que enquadra esta medida é a Lei nº 147/99, de 1 de Setembro, mais concretamente, no Capítulo III, artigo 35º. Existe um Guião Técnico “Centro de Acolhimento para crianças em risco”, o qual constitui um instrumento de apoio técnico para o acompanhamento da acção desenvolvida pelos Centros de Acolhimento e à exigência de qualidade e eficácia (Desp. do SEIS, de 29/11/96). O Despacho Normativo nº 75/92, de 20/05, permitiu a celebração de um acordo atípico com Centro Regional de Lisboa e vale do Tejo, serviço Sub-Regional de Cascais, passando este a custear 80% das despesas da “Casa da Encosta”.

O CAT Casa da Encosta, na sua intervenção profissional, pode recorrer a medidas direccionadas para o trabalho com as famílias.

As “Comissões de Protecção de Crianças e Jovens”, reguladas pelo Dec-Lei nº 98/98, de 18/04, pela Lei nº 147/99, de 1/9 e pela Lei nº 166/99, de 14/9, estão sempre presentes no quotidiano desta instituição, sendo muitas das vezes estas comissões a fazerem pedidos de acolhimento à Casa da Encosta.

Neste sentido, contemplamos quatro grandes áreas, como a Segurança Social, a Educação, a Inserção Profissional e a Saúde, nas quais se desenvolvem medidas de Políticas Sociais direccionadas para a família, onde é possível observar uma grande preocupação com a protecção social da família, principalmente com famílias disfuncionais.

### **Segurança Social:**

O “Subsidio de Inserção Social”, ou seja, o antigo Rendimento Mínimo Garantido, previsto na Lei nº 19-A/96, de 29/06 e no Dec-Lei nº 196/97, de 31/07 é uma medida muito aplicada no trabalho com as famílias das crianças acolhidas.

No caso de haver uma criança que frequente um regime de educação especial, pode ser pedido um “Subsídio por Frequência de Estabelecimento de Educação Especial”, descrito no Dec-Regulamentar nº 14/81, de 7/04.

A Casa da Encosta pode também pedir uma “Bonificação por Deficiência no Subsídio Familiar a Crianças”, no caso de ter uma criança com deficiência acolhida. Esta Bonificação encontra-se prevista no Dec-Lei nº 133-B/97, de 31/05 e no Dec-Regulamentar nº24-A/97, de 30/05. Pode ainda aplicar a medida de “Creche”, cuja base legal está no Dec-Lei nº 133-A/97, de 30/05, Despacho Normativo nº 99/89, de 27/10, no Guião Técnico (Desp. do SEIS de 29.11.96) e no Desp. Normativo nº 75/92, de 20/05, pode aplicar a medida de “Jardim-de-infância”, descrita na Lei nº 5/97, de 10/02, no Dec-Lei nº 147/97, de 11/06, no Despacho Nº 4734/97, de 30/06 e no Desp. Conj. Nº 291/97, de 26/06, ou aplicar a medida de “Amas”, que se encontra no Dec-Lei nº 158/74, de 17/05, no Desp. Normativo nº 5/85, de 18/01 e no Despacho 6650/98 (2ªSérie) (DR de 22-04-98).

As “Unidades de Emergência” (Base legal: Dec-Lei nº 98/98), foram criadas pelo IDS, procurando intervir em casos de extrema de emergência. Para isso trabalham directamente com o tribunal e com as C.P.C.J. A intervenção consiste em assegurar, durante um período não superior a 48 horas, uma cama e a satisfação das necessidades básicas da criança ou do jovem que se encontrem em risco e com idades compreendidas entre os 0 e os 18 anos.

O encaminhamento seguinte e imediato, pode e encaminhamento cabe à equipa técnica responsável pela gestão da unidade de emergência (Equipa de Emergência), em articulação com a equipa da instituição acolhedora, salvaguardada que seja a possibilidade e a oportunidade de, face à especificidade de determinado caso.

Existe também a medida de “Lar de Crianças e Jovens” com enquadramento legal no Dec-Lei nº 2/86, de 2/01, no Guião Técnico (Despacho do SEIS, de 29.10.96) e no Despacho Normativo nº 75/72, de 20/06.

Para a ocupação dos tempos livres das crianças, existem as “Colónias de Férias”, descritas no Despacho Normativo nº 75/92, de 20/05, e no Guião Técnico (Desp. do SEIS, de 29.11.96), existem as “Actividades de Tempos Livres”, baseadas legalmente no Dec-Lei nº 133-A/97, de 30/05, no Despacho Normativo nº 75/92, de 20/05, no Despacho Normativo nº 96/89, de 21/10 e no Guião Técnico (Despacho do SEIS, de 23.03.98), e o “Programa ser criança”, descrito no Despacho Normativo nº 26/MSSS/95, de 28/12 (DR nº 298 – 2ªSérie).

Outra medida de política social que legitima a intervenção da Casa da Encosta é o Apoio à Família. Para que uma criança seja reinserida na sua família, é crucial que esta esteja preparada para recebê-la. É nesse trabalho de preparação que se recorre a medidas como o “Projecto de Apoio à Família e à Criança”, cuja base legal se encontra na Resolução do Conselho de Ministros nº 30/92, de 18/08 (DR nº 189). Neste processo, a Casa da Encosta pode também auxiliar-se de Gabinetes de Mediação Familiar, criados segundo um Protocolo celebrado entre a Alta Comissária para a Igualdade e Família e as Câmaras Municipais. Deste modo, o CAT pode também recorrer à “Mediação Familiar em Situações de Divórcio e de Separação”, presente no Despacho nº 12368/97, de 25/09, do Ministério da Justiça (DR, 2ªSérie, nº 283, de 9.12.97).

### **Educação:**

De seguida, apresentam-se algumas das medidas a que o CAT pode recorrer a nível da educação. Assim, o Programa de Expansão e Desenvolvimento da Educação Pré-Escolar, é uma destas medidas, enquadrando-se legalmente na Lei nº 5/97, de 10/02, no Dec-Lei nº 147/97, de 11/06, na Portaria nº 583/97, de 1/08, e no Desp. Conjunto nº 300/97, de 4/09\*.

A Casa da Encosta pode ainda apoiar-se na “Gestão Flexível do Currículo”, prevista no Desp. nº 4848/97, de 30/07\*, uma vez que as crianças lá acolhidas, nem sempre iniciam o seu ano escolar, no início do ano lectivo, ou podem necessitar de uma transferência a meio do ano, ou uma quantidade de outras situações cuja “Gestão Flexível do Currículo” pode facilitar.

A medida de “Ocupação de Tempos Livres Mercado Social de Emprego”, legalmente enquadrada no Desp. Conj. nº 132-A/ME/MQE/96, de 27/06\*, pode ser utilizada no

caso de ter acolhidas crianças de idades mais avançadas que necessitem de actividades extra escolares, embora este caso seja de pouca probabilidade.

No caso de ter acolhido crianças estrangeiras, a Casa da Encosta pode utilizar a medida de “Ensino de Língua Portuguesa como a 2ª Língua”, que se encontra no Despacho Conjunto nº 105/97, de 1/07\*, de modo a que estas crianças possam aprender a língua portuguesa, de acordo com as suas capacidades.

Os “Serviços de Psicologia e Orientação Escolar” são outra medida, presente na Lei de Bases do Sistema Educativo, nº 46/8, de 14/10 artº26º, no Dec-Lei nº 190/91, de 17/05, no Desp. Conj. nº 290/97, de 4/09, e no Dec-Lei nº 300/97, de 31/10. Esta medida será aplicada na escola, no caso de se verificar que a criança carece deste apoio.

As crianças acolhidas neste centro de acolhimento, e que frequentam a escola, podem também usufruir do “Apoio Social Escolar”, que irá reduzir alguns dos muitos custos relacionados com a escola, que a instituição tem de suportar.

Esta medida baseia-se legalmente nos Despachos Conjuntos nº 507/98 e 508/98, de 3/07, nos Despachos Conjuntos nº 115/97, de 6/06 e 417/98, de 29/05, no Despacho Conjunto nº 718/98, de 29/09 e no Despacho Conjunto nº424/98, de 2/06.

Ainda no âmbito da escola, a Casa da Encosta pode valer-se de “Apoios Educativos”, prestados às crianças com dificuldades de aprendizagem, em qualquer disciplina. Esta medida está prevista no Despacho Conjunto nº 105/97, de 30/05, no Dec-Lei nº 319/91, de 23/08. e no Desp. nº 7520/98, de 6/05.

### **Inserção Profissional:**

A formação profissional, é outra política social, na qual a Casa da Encosta se pode apoiar, para uma intervenção ao nível das famílias, sobretudo dos pais das crianças que acolhe. Existem diversas medidas que podem ser aplicadas no âmbito desta política, mas existem três que se destacam, sendo dirigidas a ex-toxicodependentes.

O “Programa Vida Emprego”, procura uma inserção ao nível do trabalho para ex-toxicodependentes, e pode ser aplicado a pais de crianças acolhidas, que se encontrem nestas condições. Este programa surgiu da Resolução do Conselho de Ministros nº 136/98.

Igualmente no âmbito da inserção, mas a um nível mais global, dirigindo-se para o mesmo tipo de problema, existe o “Programa Quadro Inserir”, encontrando-se previsto no Art.8, nº5, alínea c) do Dec-Lei nº 193/96, de 15/10.

Outro destes programas é o “Programa Pessoa Sistema de Aprendizagem”, cuja base legal se encontra no Decreto -Lei 205/96, de 25/10, que revoga no Despacho MQE nº 760/97 (DR nº 117, 2ªSérie, de 21.05.97, no Decreto Regulamentar nº 15/96, de 23/11, e no Despacho Normativo nº 53-A/96, de 17/12.

### **Saúde:**

Para o acompanhamento do crescimento e evolução da saúde das crianças, tal como para a protecção contra certas doenças, existem medidas como a “Saúde Infantil”, que se resume ao acompanhamento do crescimento/ evolução da saúde das crianças, e a “Vacinação”, enquadrada no programa da Vacinação de Saúde Pública.

Quando se trata do acompanhamento, após o nascimento da criança, através de um apoio pluridisciplinar integrando as situações que careçam de cuidados específicos, recorre-se a medidas como as “Unidades de Intervenção Precoce”. A sua base legal encontra-se na Portaria nº 532/91, de 20.06.91.

No trabalho com pais toxicodependentes, de modo a prevenir, tratar, reinserir socialmente e conseqüentemente, capacitá-los enquanto pais, existem medidas como os “Centros de Atendimento a Toxicodependentes”, previstos no Dec-Lei nº 43/94, de 17/02 e no Dec-Lei nº 67/95, de 8/04, as “Unidades de Reabilitação” que se encontram no Dec-Lei nº43/94, de 17/02 e no Dec-Lei nº 67/95, de 8/04, as “Comunidades Terapêuticas”, com os termos legais no Dec-Lei nº43/94, de 17/02 e no Dec-Lei nº 67/95, de 8/04, e os “Centros de Acolhimento e Prevenção”, cuja base legal está no Dec-Lei nº43/94, de 17/02 e no Dec-Lei nº 67/95, de 8/04.



## **4. INTERVENÇÃO SOCIAL**

*“A origem da palavra intervenção encontra-se no latim *intervenire*, que significa vir entre, e tem surgido na literatura fundamentalmente com dois significados: acção do profissional dirigido a objectivos concretos (por exemplo activar recursos da comunidade, informar...); processo que, num tempo e num contexto, desenvolve um novo sistema constituído pelos profissionais e pelas pessoas que motivam o seu trabalho. Em geral, com uma intervenção pretende-se ajudar a resolver um problema e, mais importante descobrir e activar as competências de quem o sente.”* (Sousa, 2005: 85).

Segundo Liliana Sousa (2005), a intervenção é composta por duas dimensões fulcrais: a relação e a criatividade. Quanto à relação é essencial mencionar a importância da participação de todos os elementos envolvidos na relação (sistema). Por sua vez a criatividade traduz-se na capacidade de transformar a linguagem dos objectivos perceptível aos intervenientes, bem como organizar planos de intervenção que possibilitem a resolução de um problema, envolvendo todos os intervenientes, adequando-se às necessidades de todos e de cada um.

### **4.1. Relação entre a Metodologia Global de Intervenção de Cristina de Robertis e a Metodologia de Intervenção do CAT**

Neste ponto, expomos a metodologia global de intervenção em serviço social proposta por Cristina de Robertis. No entanto, nas diferentes fases da metodologia de Cristina de Robertis fazemos uma articulação com as diferentes etapas da metodologia de intervenção do CAT, na medida em que consideramos que esta se ajusta às fases da metodologia de Cristina de Robertis, possibilitando uma melhor compreensão da metodologia de intervenção do CAT.

É ainda importante realçar, que neste ponto, abordamos o conceito de mudança na perspectiva de Cristina de Robertis, visto que, este conceito é fulcral na intervenção com as famílias.

É necessário para a legitimidade do Serviço Social enquanto profissão, uma especialização do saber. Isto significa que o Serviço Social deve ter um corpo sistematizado de conhecimentos (que inclua a produção de teoria) que possa ser

transmitido e ensinado às futuras gerações. É nesta perspectiva que Cristina de Robertis elabora uma metodologia global de intervenção em serviço social. Esta surgiu a partir da acumulação e da sistematização de experiências práticas, e a partir dos suportes das diversas ciências humanas. (Robertis, 1986).

Segundo, a autora metodologia significa “*la parte de una ciência que estudia los métodos a los cuales ella recurre*” (Robertis, 1996: 6). Assim sendo, inclui um método, isto é, uma maneira de fazer algo, pressupondo uma determinada ordem lógica e seguindo certos princípios. É também um meio para alcançar objectivos, e que por sua vez, expressa como actua o assistente social desde o primeiro contacto com o assistido até que finaliza a acção com o mesmo.

Verifica-se que, subjacente ao conceito de metodologia está uma noção de processo, um modo de intervir, que para facilitar a sua percepção divide-se em diversas fases ordenadas logicamente.

Antes de prosseguir com a explicação do presente modelo, é fundamental referir que o mesmo coloca um grande ênfase nos aspectos dinâmicos e na mudança, na definição dos fins que se querem alcançar e, na análise dos diferentes elementos que compõem a situação. É, igualmente, importante mencionar a perspectiva de Robertis do Trabalho Social como uma arte. Neste sentido, utiliza o conceito de estratégia “*(...) arte de fazer concorrer um conjunto de meios a um fim*” (Robertis, 1996: 68). Logo, são possíveis diversas estratégias para atingir um fim, dependendo de cada “artista” conceber e seleccionar as estratégias mais adequadas a cada situação e com mais possibilidade de êxito.

Inerentes à metodologia global de intervenção estão quatro conceitos fundamentais, que é imperativo ter em consideração. São eles o conceito de mudança, contradição, interdependência e equilíbrio dinâmico (a utilização destes conceitos sublinha a existência de uma orientação sistémica, por parte da autora).

Começando pela mudança, Cristiana de Robertis, define-a como uma modificação contínua no tempo, que pode ocorrer de forma brusca e/ou inesperada, bem como de um modo lento, designando-se por desenvolvimento.

É, assim, sinónimo de processo. Paralelamente, o termo mudança reflecte um grau de transformação. Assim sendo, na intervenção é preciso definir previamente as variáveis susceptíveis de serem modificadas. Porém, existe uma dificuldade em medir e avaliar as variáveis subjectivas, como por exemplo os factores endógenos do indivíduo. Por sua vez, as variáveis objectivas são mais fáceis de medir e avaliar.

Este, é de facto, um conceito fulcral no estudo da metodologia de intervenção com as famílias das crianças acolhidas nos CAT's, na medida em que, a intervenção com as mesmas visa produzir mudanças, possibilitando assim a reintegração da criança no seu seio. Para isto é importante perceber a motivação que cada família tem para mudar. Este modelo tem como base a concepção do assistente social como agente de mudança (pessoal, familiar, social). A autora refere também que a mudança implica sentimentos ambíguos, conflitos, tensão, ou seja, mudar provoca muitas resistências ao ser humano.

De seguida, surge outro conceito chave inerente à prática social, isto é, o conceito de contradição. Este termo permite-nos apreender as situações em toda a sua complexidade e dinamismo, visto que, possibilita perceber a realidade que nos rodeia como indissolúvelmente ligado ao seu contrário; a vida é recheada de binómios, ou seja, só há vida porque há morte, só existe o dia porque existe a noite, só existe o bom porque existe o mau, entre outros. Isto permite a compreensão de cada situação na sua relação contraditória. A utilização deste conceito de contradição em mudança, facilita a percepção das situações em toda a sua complexidade e o jogo de força contraditórias que se enfrentam, quer no plano psicoafectivo, quer no plano social.

Por seu turno, entende-se por interdependência "*relaciones e influencias reciprocas entre las diversas partes de un conjunto*" (Robertis, 1996: 73). Esta perspectiva encara os indivíduos como unidades de relação de interdependência com outros indivíduos no seio de múltiplos grupos de pertença.

Este é um conceito extremamente útil para analisar os grupos sociais. Deste modo, está subjacente a noção de campo social. Esta noção permite considerar a problemática individual ou colectiva inserida num conjunto dinâmico de forças coexistentes (Robertis, 1996).

O último conceito é o de equilíbrio dinâmico. Segundo Cristina de Robertis, os três conceitos acima referidos quando aplicados ao trabalho social, possibilitam um melhor

entendimento sobre a situação do cliente em termos do equilíbrio dinâmico (Robertis, 1996). Neste sentido, equaciona-se a seguinte questão: o que se entende pelo conceito de equilíbrio dinâmico? *“Una situación en equilibrio es aquella en que las fuerzas contradictórias enfrentadas se anulan reciprocamente, no hay variación ni movimiento”* (Robertis, 1996: 73).

Muitos dos pedidos recebidos pelos assistentes sociais devem-se a uma situação de ruptura do equilíbrio na situação do utente. Tais rupturas podem ter diversas causas, tais como o acontecimento de factos inesperados (morte, doença, por exemplo); factos esperados que podem alterar a estrutura de uma família (nascimento de um filho, separação de um casal, entre outros); modificação das relações de força no seio de uma família (por exemplo, aliança pai/filho contra a mãe).

Após uma ruptura, cria-se a necessidade de procurar um novo equilíbrio. Este, uma vez alcançado, irá dar origem a novas situações de rupturas do equilíbrio que vão provocar mudanças, e conseqüentemente a busca de um novo equilíbrio, e assim infinitamente. Esta é uma dinâmica inerente ao ser humano.

Neste sentido, é importante reforçar a ideia de que o assistente social, na sua prática profissional, enfrenta uma realidade bastante complexa, contraditória, dinâmica e em constante movimento. É neste contexto, que o assistente social intervém com o objectivo de produzir mudanças. Para isto, é necessário definir muito bem objectivos que permitam alcançar as mudanças pretendidas.

No entanto, a sua acção está condicionada por uma série de variáveis como a população implicada, a dimensão do problema, o tempo disponível, a competência do organismo empregador, a formação do profissional, os objectivos específicos que se querem alcançar, entre outros. A mobilidade destas variáveis, de facto, podem condicionar a acção, o que conduz o profissional a seguir uma sequência metódica, cujas diferentes fases confundem-se, misturam-se e aparecem simultaneamente.

Cristina de Robertis, procede a uma separação das diversas fases com o intuito de poder estudar a metodologia de intervenção, sistematizando a prática

Na perspectiva da autora, esta sistematização a partir de experiências práticas específicas, possibilita encontrar o geral, partindo do particular. Paralelamente, permite

conceber o trabalho social como uma sucessão lógica e coerente de acções relacionadas e tendentes a um fim, estando aqui implícita uma perspectiva da totalidade (dialéctica).

De seguida apresentamos o quadro onde relacionamos as fases da metodologia proposta por Robertis e as fases da metodologia usada no CAT.

**Quadro 1**  
**Articulação entre a Metodologia de Intevenção de Cristina de Robertis**  
**e a Metodologia de Intervenção o CAT**

<b>Metodologia de Intervenção de Cristina de Robertis</b>	<b>Metodologia de Intervenção do CAT</b>
Localização do problema inicial ou pedido	Pedido
Análise da Situação	Pré- Acolhimento
Avaliação preliminar e operativa Elaboração de um projecto de intervenção social e estabelecimento de um contracto Colocação em pratica do projecto comum e das estratégia de intervenção escolhidas	Acolhimento
Avaliação dos resultados	Encaminhamento
Fim da intervenção	Pós- Encaminhamento

A **localização do problema inicial ou pedido** é o ponto de partida que desencadeia a intervenção. Nesta primeira fase acontece o primeiro encontro entre o profissional e o assistido. Porém, este pedido pode ser directo (formulado pelo cliente); indirecto; institucional (solicitação pelo serviço empregador, ou outro serviço, como por exemplo da ordem legal); associação local (individual ou colectivo); resultado de um processo de intervenção realizado anteriormente; observação do trabalho social. Neste primeiro momento, é crucial que o assistente social se interrogue sobre: quem solicita o quê? Para quem? A quem é dirigido este pedido?

Deste modo, esta etapa corresponde ao **Pedido** da metodologia global de intervenção do CAT.

Este é efectuado pelos Tribunais, pelas CPCJ, pelas equipas de emergência social, pelos hospitais, pela polícia ou por outras entidades.

Esta é a fase da recepção e avaliação do pedido efectuado. Logo, é necessário recolher todo o tipo de informação disponível referente a cada criança e à sua situação – identificação da criança, os motivos do pedido, a sua história de vida, informação clínica, jurídica, social, psicológica e a sua situação escolar. Por outro lado, é importante ter em conta os factores subjacentes ao CAT, isto é, se há vaga para receber a criança, se há pessoal suficiente, o quadro clínico da criança e analisar a lista de espera. Assim sendo, é imperativo que a equipa técnica reflecta sobre a possibilidade do acolhimento.

Nesta segunda etapa, designada por **análise da situação**, procede-se à recolha de informação sobre o assistido, a sua situação, o contexto global, as instituições e organismos sociais. Tendo a informação pertinente em seu poder, o profissional deve utilizar os conhecimentos extraídos das ciências sociais e humanas, com o intuito de compreender e delimitar a realidade sobre a qual vai actuar.

Para Cristina de Robertis (1996), a análise da situação realiza-se a partir de dois eixos interdependentes. Por um lado, a partir da análise global do sector de intervenção (delimitação geográfica ou territorial; organismo empregador; instituições), e por outro, o pedido ou problema em questão.

Assim, esta etapa corresponde à fase de **pré-acolhimento** na metodologia global do CAT. Nesta fase, após a aceitação do pedido procede-se à recolha de informação e documentação necessária.

Assim sendo, a informação necessária é a seguinte: relatório social; informação jurídica; relatório clínico e psicológico; relatório escolar; informação inerente ao abono de família; informação sobre a família e amigos da criança.

Por sua vez, é necessário recolher a seguinte documentação pessoal da criança e da respectiva família.

Depois de recolher toda a informação subjacente à criança que vai entrar no CAT, quer a Directora Técnica, quer a equipa auxiliar, têm que executar algumas tarefas com o objectivo de preparar a casa para a receber. Deste modo, a primeira tem que reunir com a equipa técnica para preparar o acolhimento, informar a equipa auxiliar da casa sobre as características da nova criança e, preparar o processo individual com toda a informação recolhida. Por seu turno, a equipa auxiliar tem que preparar a cama, a roupa, o calçado e os objectos de higiene pessoal para a criança (com o apoio das educadoras).

A terceira fase corresponde à **avaliação preliminar e operativa**. A partir dos elementos recolhidos na fase anterior, procede-se à elaboração de uma síntese e interpretação dos dados, e conseqüentemente, à formulação hipótese de trabalho. Assim, o trabalhador social deve relacionar os diferentes elementos encontrados e compreendê-los em sua dinâmica. Deste modo, consegue identificar as forças internas e externas sobre as quais poderá basear a intervenção; paralelamente, identifica também os pontos menos dinâmicos.

Para Robertis a **elaboração de um projecto de intervenção social e estabelecimento de um contrato** é uma etapa que dificilmente se pode separar da avaliação operativa, ou seja, é ela que conduz à definição de objectivos concretos da mudança. Deriva e é parte dela. A elaboração do projecto de intervenção pressupõe três operações. Na primeira, estipulam-se os objectivos específicos da intervenção, centrados num pedido delimitado; em segundo lugar, é imperativo delimitar o nível de intervenção, isto é, definir o assistido (individuo, família, grupo, comunidade, entre outros). Uma vez efectuada essa delimitação, estão reunidas as condições para seleccionar os meios a utilizar.

Este é o projecto inerente ao trabalho social. Contudo, pode não corresponder ao do assistido ou ao projecto do organismo empregador. Apesar de poder acontecer esta divergência de projectos, é fundamental que se trabalhe em conjunto para elaborar um projecto de comum interesse a todas as partes, desembocando assim, no estabelecimento de um contrato.

A fase que se segue é a **colocação em prática do projecto comum e das estratégias de intervenção escolhidas**. Na sua prática, o trabalhador social utiliza diferentes formas de intervenção em função dos objectivos de mudança perseguidos, bem como do tipo de estratégias de intervenção escolhidas. As intervenções podem ser de dois tipos: directas (na presença do assistido) ou indirectas (na ausência do assistido).

Estas três etapas consideradas por Robertis: avaliação preliminar e operativa, elaboração de um projecto de intervenção social e estabelecimento de um contrato e colocação em prática do projecto comum e das estratégias de intervenção escolhidas, corresponde à fase do **acolhimento** da metodologia global do CAT.

Nesta fase a criança já se encontra acolhida na casa. Logo, a sua integração no contexto da casa é uma prioridade para todos que nela vivem e trabalham; o objectivo é receber o novo residente da melhor maneira possível.

No que consta à organização burocrática do processo da criança acolhida, é nesta fase que se procede ao complemento da informação e documentação enviada inicialmente.

Nesta terceira fase todos os intervenientes no processo da criança acolhida têm que desempenhar uma série de tarefas, com vista a definir um projecto de vida adequado à criança em questão.

A **avaliação dos resultados** é sem dúvida, uma fase muito importante porque consiste em avaliar o caminho percorrido e em avaliar as mudanças que ocorreram entre o início e o fim da intervenção. A avaliação dos resultados pode ser feita de forma parcial, durante o processo de intervenção, com o fim de fazer um balanço caso seja necessário, reajustar os objectivos. Ou pode ser feita no final aquando da finalização da intervenção.

Esta etapa, corresponde à fase de **encaminhamento**. Nesta fase, isto é, no momento da saída da criança, existem certos procedimentos que se tornam fulcrais: informar o Tribunal competente sobre a data e circunstâncias do encaminhamento; preenchimento, no processo individual da criança, das informações respeitantes ao encaminhamento; fotocópias de todas as informações e documentos constante no processo clínico da criança; fotocópia do processo individual de apenas o que for estritamente necessário (existem relatórios técnicos que não devem ser reproduzidos sob pena de não serem correctamente interpretados por quem vai ficar com a criança); dar baixa da inscrição no Centro de Saúde; dar baixa do abono, caso não tenha sido combinado nada que contrarie esta medida; avisar, via fax, a APDMF sobre as características da criança encaminhada. Deverão ser organizados todos os objectos pessoais da criança para que ela os leve consigo (roupa, calçado, brinquedos, entre outros).

Assim, consoante o tipo de saída, variam os procedimentos a adoptar. Independentemente do tipo de encaminhamento deve evitar-se na casa, um clima de consternação face à saída da criança, criando condições para que esta decorra de uma forma saudável e objectiva, sempre no superior interesse da criança.



Qualquer intervenção deve ser limitada no tempo, assim esta fase é designada por **fim da intervenção**. Como tudo na vida, tem um começo, um desenvolvimento e um fim. Aquando do estabelecimento do contrato deve ser previsto o tempo de duração da intervenção.

Esta última etapa da metodologia global de intervenção de Robertis, corresponde à última fase da metodologia global do CAT – **pós-encaminhamento**.

Nesta fase, a postura do centro de acolhimento vai depender do tipo de projecto de vida que for concretizado.

Cristina de Robertis, afirma que *“el proceso metodológico puede describirse gráficamente como un movimiento en espiral con un punto de partida (el pedido ou el problema social) y un punto de llegada (la clausura), en donde las diferentes fases del método se atraviesan sin confundirse ni excluirse. En tanto que la gestión en orden lógico puede representarse en forma lineal, con fases que se suceden unas a otras”* (Robertis, 1996: 79).

#### **4.2. Modelo Interaccional-sistémico e em Rede na Intervenção com a Família**

O trabalho com as famílias é uma grande preocupação para os profissionais que trabalham nesta área, devido tanto á sua complexidade como ao mediatismo do tema. A sua discussão envolve vários aspectos nomeadamente as diferentes configurações familiares, as relações construídas entre as famílias e outros pilares da sociedade, tais como o Estado, Sociedade Civil e o Mercado, e também os processos familiares e outros aspectos como a história e o desenvolvimento das profissões deste campo.

Segundo Neder (1996) *“os Assistentes Sociais são os únicos profissionais que têm a família como objecto privilegiado de intervenção durante toda a sua trajectória histórica (...)”* (Neder cit in Mioto, s/d: s/p).

Assim, tendo em consideração a família como sistema, o Modelo Interaccional-Sistémico é o que mais se adequa, na medida em que, é necessário compreender os problemas da família na sua globalidade. É fundamental encarar a situação da família de um ponto de vista sistémico, isto é, compreender o sistema família e as interacções que se estabelecem dentro desse sistema e deste com o meio envolvente. Este modelo tem

como fundamentos teóricos a Teoria Geral dos Sistemas e a Teoria do Interaccionismo-simbólico.

A Teoria Geral dos Sistemas foi elaborada para resolver problemas de estratégia militar e, posteriormente, para ajudar na resolução de problemas de gestão empresarial. Surge no âmbito da intersecção entre o funcionalismo, a sociologia das organizações e a linguagem da cibernética. Deste modo, esta teoria pode ser aplicada aos sistemas biológicos como aos sistemas sociais (grupos, famílias e sociedades). Von Bertalanffy (1971) considera esta teoria como uma teoria biológica, propondo que todos os organismos são sistemas que, por sua vez, são compostos por subsistemas, os quais são, por seu turno, parte de super-sistemas.

Segundo esta teoria, *“um sistema é orientado por objectivos e é do meio ambiente que adquire «inputs» que são, de seguida, transformados em «outputs». Cada sistema é delimitado por uma fronteira que o separa do meio. O reconhecimento desta delimitação é essencial porque define as relações e os acontecimentos que ocorrem no âmbito do sistema como sendo diferentes dos que se processam fora dele. Esta fronteira também pode servir de filtro, permitindo ou inibindo a informação de entrar ou de sair do sistema.”* (Dias, 2004: 191).

O sistema pode ser «aberto», quando há troca de informação, energia ou materiais com o meio, ou pode ser considerado «fechado», quando não há trocas com o meio.

O conceito de feedback é fundamental para a compreensão do funcionamento do sistema. *“O feedback permite ao sistema a sua auto-regulação, aumentando a sua probabilidade de sobrevivência.”* (Bersani e Chen cit in Dias, 2004: 192). Neste sentido, é através do feedback que o sistema mantém o estado de homeostasia, isto é, o seu estado de equilíbrio.

Este modelo assenta em três princípios sistémicos: principio da totalidade, principio de interdependência e principio de equilíbrio.

O sistema social define-se como uma totalidade definida pelas suas finalidades, que são determinadas pela satisfação das necessidades dos seus membros. A sua coesão pressupõe uma estabilidade normativa garantida por mecanismos de integração e de adaptação, visando a homeostase de todo o sistema.

Os elementos do sistema são interdependentes estando sempre em interacção. Devido à relação de interdependência e interacção, quando um elemento do sistema sofre uma alteração todo o sistema é afectado.

Desta forma, baseámo-nos no modelo sistémico porque este encara o problema como fruto de uma disfunção e/ou dissociação relacional, que foi vivida no seio da família em relação aos subsistemas que formam o sistema social.

Segundo a Teoria do Interaccionismo Simbólico, “*os indivíduos (inter)agem com base no sentido que atribuem às coisas e às situações e que essa interacção se desenvolve no universo simbólico.*” (Dias, 2004:174). Neste sentido, a violência e/ou negligência na família, é vista pela forma como os seus membros a definem e pelo significado que lhe atribuem.

Nesta perspectiva teórica, existem dois conceitos base, que são o de «self» e «papel». Assim, o «eu» é dividido em duas partes – o «eu social» e o «eu pessoal». Segundo Azevedo (1995), “*o eu social é o eu como é visto pelos outros. O eu pessoal é aquela parte do eu que se contempla a si mesmo. Em geral, o eu pessoal e o eu social, que compõem o “eu”, proporcionam uma ligação constante entre o indivíduo e a sociedade.*” (Azevedo cit in Dias, 2004:175).

Nesta lógica, o indivíduo como ser social, desempenha vários papéis, criando expectativas em relação a si próprio e em relação aos outros. Quando estes papéis e expectativas, não são atingidos e/ou entram em conflito, isto pode causar tensão e ansiedade, levando a situações de violência.

Esta teoria dá um grande contributo, relativamente às dinâmicas familiares, neste caso particular, na violência e/ou negligência exercida no seio familiar. Neste sentido, enfatiza os significados que cada sujeito atribui a essa violência e/ou negligência. O interaccionismo simbólico foca também, a dimensão dos papéis e das expectativas, que podem ser fonte de tensões quando geridos de forma deficiente, podendo conduzir à violência.

A intervenção nos CAT's pressupõe este conceito de família como sistema. Assim, tem em consideração a família como um todo, em que a disfunção de um elemento do grupo familiar vai afectar os restantes membros do sistema, tem ainda em conta, a relação que o sistema familiar estabelece com o meio envolvente. Neste sentido, a construção do

diagnóstico da situação da criança tem por base o sistema familiar, com vista a definição do seu Projecto de Vida, tendo sempre em conta o interesse superior da criança.

No trabalho com as famílias é fundamental realçar as suas competências, as suas capacidades, o que eles sabem fazer, mais do que apontar as suas falhas, as suas dificuldades.

A intervenção dos CAT's com as famílias tem em consideração a complexidade e a diversidade dos modelos familiares existentes, sem querer impor um modelo que se considera ideal e ter sempre em conta o seu contexto e as relações familiares.

Outro modelo de intervenção pertinente no trabalho do CAT com as famílias é o modelo de intervenção em rede.

A intervenção em rede diz respeito a todo o sistema social, o qual é composto por redes sociais em constante interacção entre si. Estas redes situam-se a um nível primário e secundário, existindo uma forte intervenção do Serviço Social na mudança ou formação das estruturas sociais, com enfoque, em primeiro lugar nas redes primárias.

Este modelo considera que o indivíduo é um ser social estando sempre em permanente interacção com o meio físico e social envolvente, não podendo ser encarado isoladamente.

Desta forma, para uma intervenção adequada e eficaz, é imperativo ter em conta as redes sociais das quais o indivíduo faz parte. Segundo Garbarino (1983), a análise das redes nos sistemas de apoio social centra-se “(...)tanto em grupos formais de apoio planificado, como na capacitação de assistentes «informais» ou «naturais» para que ajudem amigos, vizinhos e membros da família que precisam de ser ajudados.” (Payne, 2002: 211).

Este modelo é complementar aos restantes modelos inerentes ao Serviço Social, não podendo ser utilizado isoladamente. Actualmente, privilegia-se a utilização do modelo de intervenção em rede e das parcerias, na medida em que, proporciona uma articulação e congregação de esforços, o que viabiliza uma intervenção social bastante mais eficaz. Paralelamente, a sua utilização é também vantajosa para os próprios profissionais, visto que, possibilita ampliar e aprofundar na prática o seu conhecimento.

O trabalho em rede exige ao profissional de Serviço Social algumas competências/qualificações:

- **“Competência social:** isto significa a capacidade de comunicação, trabalho de equipa, gestão de conflitos e uma sensibilidade reflectiva;
- **Competência própria:** isto significa a capacidade de auto-gestão como por exemplo na gestão do tempo e em lidar com o stress;
- **Competência de método:** isto significa capacidade científica, analítica, ética e de avaliação.” (Nowak, 2001: 175).

Este modelo visa o trabalho em parceria com outras instituições que estejam envolvidas no processo, socorrendo-se dos recursos existentes na comunidade. Pretende-se assim, recolher informações para que sejam analisadas, e que podem servir para definir tarefas relacionadas com as necessidades quer da família quer do menor e assim, intervir nos subsistemas que se encontram afectados.

A equipa técnica do CAT mantém contacto com os serviços da comunidade, de forma a resolver da melhor forma possível os casos apresentados. Esta equipa não actua apenas a nível interno, visto que para haver uma intervenção completa, ela tem de procurar os recursos existentes na comunidade, e o apoio que outras instituições possam dar no decorrer de cada processo.

No quotidiano do CAT podemos identificar procedimentos metodológicos subjacentes a este modelo, tais como as reuniões de equipa de carácter multidisciplinar e o trabalho realizado em parceria com diversas instituições.

É importante mencionar que empowerment é uma estratégia que está subjacente aos modelos de intervenção do CAT com as famílias. Entende-se por empowerment *“um processo de reconhecimento, criação e utilização de recursos e de instrumentos pelos indivíduos, grupos e comunidades, em si mesmo e no meio envolvente, que se traduz num acréscimo de poder – psicológico, sócio-cultural, político e económico – que permite a estes sujeitos aumentar a eficácia do exercício da sua cidadania.”* (Barata, 1998: 247). Neste sentido, na intervenção com as famílias é imperativo reconhecer e fomentar as capacidades e competências da família com o objectivo de capacita-la e responsabiliza-la sobre a sua situação, visando a mudança. Segundo o psiquiatra Guy Ausloos *“todas as famílias têm competências mas em certas situações, ou não as sabem*

*utilizar actualmente, ou não sabem que as têm, ou estão impedidas de as utilizar, ou impedem-se elas próprias de as utilizar por diferentes razões.” (Ausloos, 1996: 158).*

# CAPÍTULO II

## Modelo de Análise



A construção do modelo de análise, surge no seguimento da problemática. Esta é uma etapa muito importante do processo de investigação porque é o momento em que se procede à operacionalização dos conceitos. Segundo, Raymond Quivy “ (...) *é necessário portanto, traduzi-las numa linguagem e em formas que as habilitem a conduzir o trabalho sistemático de recolha e análise de dados observados ou experimentação, que deve seguir-se. É este o objecto desta fase de construção do modelo de análise. Constitui a charneira entre a problemática fixada pelo investigador, por um lado, e o seu trabalho de elucidação sobre um campo de análise forçosamente restrito e preciso, por outro*” (Quivy, 1992: 109).

Na presente investigação, são definidos e operacionalizados dois conceitos, através dos quais extraímos as respectivas dimensões, componentes e indicadores. São eles:

- Situação da família
- Intervenção

Relativamente ao primeiro conceito, pretendemos fazer uma caracterização profunda e a mais abrangente possível de cada família das crianças acolhidas no CAT Casa da Encosta. Deste modo, a caracterização da família, possibilita entender o que levou ao acolhimento da criança e compreender a intervenção que foi realizada com cada família, e conseqüentemente as mudanças que ocorreram. A caracterização de cada família é feita através de dados pessoais e a nível social. Ainda neste ponto é essencial sublinhar o facto de na dimensão dos problemas sociais apenas mencionamos três problemas, que são a violência doméstica, criminalidade e legalização, visto que são muito específicos de cada família. Quanto aos restantes problemas sociais que afectam as famílias tais como o desemprego, a habitação precária, as condições de saúde e/ou dependências entre outros estão implícitos nas outras dimensões.

No que se refere ao segundo conceito, fazemos a articulação entre a Metodologia Global de Intervenção de Cristina de Robertis (componentes), ou seja, as várias etapas que constituem a sua metodologia de intervenção e a metodologia de intervenção do CAT (indicadores). Assim, fazemos a correspondência entre cada etapa da metodologia de Robertis com os vários indicadores que constituem a metodologia do CAT. Para além desta dimensão, apresentamos outra dimensão que faz parte do conceito de intervenção,



que é o modelo. Deste modo, pretendemos identificar qual ou quais os modelos de intervenção que estão subjacentes à metodologia de intervenção do CAT.

<b>Componentes</b>	<b>Dimensões</b>	<b>Componente</b>	<b>Indicadores</b>
<b>1. Situação da Família</b>	Características individuais dos progenitores e/ou familiar responsável		Idade
			Nacionalidade
			Estado civil
	Estrutura familiar		Composição do agregado familiar
			Tipo de família
	Condições sócio-económicas		Habilitações literárias
			Situação face ao trabalho
			Profissão
			Condições habitacionais
	Saúde		Dependências
			Perturbações psíquicas
			Doença física
	Problemas sociais		Violência doméstica
			Legalidade
			Criminalidade
Responsabilidade social		Normas/regras	
		Hábitos de higiene	
		Alimentação	
		Cuidados de saúde	
		Educação	
<b>2. Intervenção</b>	Etapas	Localização do problema inicial e pedido	- Origem do pedido; - Motivos do pedido; - Recepção e avaliação do pedido.
		Análise da situação	- Recolha de informação referente á criança e á família; - Recolha de documentação pessoal da criança
		Avaliação preliminar e operativa  Elaboração de um projecto de intervenção social e estabelecimento de um contracto.	- Informar o Tribunal sobre o acolhimento; - Reuniões com a família; - Reuniões de equipa técnica e parceiros; - Registo e análise dos contactos e visitas da família;

<b>Conceito</b>	<b>Dimensões</b>	<b>Componentes</b>	<b>Indicadores</b>
<b>2. Intervenção (cont.)</b>	Etapas (cont.)	Colocação em prática do projecto comum e das estratégias de intervenção escolhidas	- Analisar a reacção da criança perante os familiares; - Avaliar interesse por parte da família em assumir a criança; - Elaboração de relatórios sociais; - Avaliação psicológica; - Avaliação clínica; - Visitas domiciliárias.
		Avaliação dos resultados	- Informar Tribunal sobre o encaminhamento; - Reunião com a família; - Visita Domiciliária.
		Fim da intervenção	- Contactos com CPCJ; - Contactos com rede de apoio.
	Modelo		- Dimensão individual ou colectiva - Unidades de intervenção - Intervenção directa ou indirecta - Papel do Assistente Social

# CAPÍTULO III

## Metodologia



A presente investigação visa compreender e descrever a metodologia de intervenção do CAT Casa da Encosta com as famílias biológicas das crianças acolhidas. Para tal é necessário analisar as características das famílias, os seus problemas e necessidades para assim, constatar se ocorreram mudanças que permitiram o regresso das crianças ao seio familiar.

Para melhor compreender a problemática em questão, realizámos três entrevistas exploratórias a três Assistentes Sociais com experiência profissional no campo de intervenção subjacente às crianças em risco. Isto com o objectivo de elaborar a pergunta de partida e consequentemente os objectivos da investigação

O objecto de estudo desta investigação, é a intervenção profissional dos técnicos do CAT Casa da Encosta com as famílias das crianças, cujo Projecto de Vida foi o regresso à família biológica (nuclear ou alargada) entre 2000 e 2005.

Os objecto empírico desta investigação são os processos das crianças acolhidas na Casa da Encosta entre os anos 2000 a 2005 cujo o projecto de vida foi de regresso à família biológica (nuclear ou alargada) e os técnicos de Serviço Social da Casa da Encosta que acompanharam os referidos processos. Desta forma, o universo da presente investigação são vinte e três processos e as duas assistentes sociais do CAT Casa da Encosta.

Para concretizar uma investigação em ciências sociais, concretamente em Serviço Social, é imperativo delinear uma estratégia de investigação, bem como eleger um método e as técnicas a utilizar.

A estratégia de investigação indutiva pretende, através da recolha e análise de dados, produzir generalizações – “leis universais”. Assim, devido à natureza desta investigação, a estratégia indutiva é a que mais se adequa, visto que, esta parte do conhecimento do objecto de estudo adquirido ao longo do processo de estágio. Deste modo, este conhecimento advém da recolha e análise dos processos das crianças acolhidas no referido CAT. Por sua vez, esta investigação parte de um fenómeno particular, isto é, da realidade das crianças e das suas famílias, para a teoria, ou seja, para a metodologia de intervenção. A análise de dados é de forma indutiva, isto é, não se recolhem dados com o fim de confirmar hipóteses previamente construídas, as abstracções são construídas à medida que os dados particulares que foram recolhidos se forem agrupando.

Para alcançar os objectivos da presente investigação, recorreremos tanto ao método qualitativo como ao método quantitativo.

Em primeiro lugar procedemos à análise dos processos das crianças acolhidas (análise documental) com o intuito de recolher toda a informação pertinente relativa às crianças e às suas respectivas famílias. Isto com o objectivo de caracterizar as famílias antes e depois do acolhimento da criança ao nível dos dados pessoais e sociais. Neste sentido, construímos grelhas de análise para sistematizar os dados recolhidos dos processos, visto que, a informação contida nestes estava bastante dispersa (ver anexo).

Já com os dados dos processos recolhidos e sistematizados partimos para a realização das entrevistas. Elegemos esta técnica porque acreditamos que seria uma ajuda preciosa para aprofundar e clarificar os dados extraídos dos processos e simultaneamente, compreender a visão das técnicas de Serviço Social da Casa da Encosta sobre como se desenrola o processo de intervenção com as famílias.

Deste modo, elaborámos um guião de entrevista semi-directivo (ver anexo), que se divide em duas partes: a primeira parte é de carácter geral, visto que, pretendíamos compreender, analisar e descrever a metodologia de intervenção realizada com as famílias, e as questões da segunda parte são carácter particular para que conseguíssemos aprofundar os dados relativos a cada processo.

É importante mencionar que as entrevistadas solicitaram a entrega prévia do guião de entrevista com o objectivo de se prepararem para a mesma. Isto porque são processos antigos e que estão quase todos arquivados. De seguida, já com todo o material empírico recolhido (informação contida nos processos e entrevistas) iniciámos a análise de conteúdo em função das categorias previamente definidas no modelo de análise.

# CAPÍTULO IV

## Apresentação e Análise dos Dados



Neste capítulo apresentamos a análise dos dados recolhidos ao longo do processo de investigação. Tais dados provêm de duas fontes de informação: processos das crianças acolhidas no CAT das entrevistas realizadas às duas Assistentes sociais da Casa da Encosta que acompanharam os casos. Toda a informação recolhida foi submetida a uma análise de conteúdo.

## **1. Intervenção Profissional Geral do CAT com as Famílias**

### **1.1. O Processo**

A intervenção no CAT tem sempre em consideração cinco vertentes:

a) Pedagógica/educacional que consiste em acompanhar a integração e adaptação das crianças, no seu novo espaço tentando inculcar algumas regras, hábitos e rotinas; apoio a nível escolar; as educadoras de infância elaboram registos e relatórios sobre os comportamentos e competências das crianças, de forma a manter toda a equipa técnica informada sobre o desenvolvimento pedagógico/educacional de cada criança.

b) Social que consiste em estabelecer e mediar as ligações entre a família da criança e o CAT, fomentando a responsabilidade parental/familiar; dinamizar a rede social e de envolvimento institucional de apoio à família visando a reabilitação sócio-familiar; realizar e manter actualizado o diagnóstico/relatório social de cada criança acolhida; acompanhamento sócio-familiar; elaboração e transmissão de todas as informações e relatórios sobre a situação do menor e da família, ao Tribunal de Família e Menores, CPCJ e outras entidades relevantes para o desenvolvimento e concretização para os Projectos de Vida;

c) Jurídica que remete para a elaboração de requerimentos e petições dirigidos ao Tribunal ou orientação da equipa técnica na sua elaboração; acompanhamento dos processos em Tribunal.

d) Psicológica que consiste na observação e avaliação das crianças acolhidas nos centros e suas respectivas famílias; apoio psicológico às crianças acolhidas nos centros, quando necessário; elaboração de relatórios psicológicos dirigidos aos tribunais com o objectivo de dar a conhecer o diagnóstico psicológico e o parecer relativo ao encaminhamento da criança.



- e) Clínica tem a ver com a organização dos processos de saúde de cada criança e acompanha as mesmas às consultas; dinamização dos apoios à vigilância de saúde física e mental das crianças, em colaboração com os técnicos e instituições de saúde.

É um trabalho multidisciplinar – a equipa técnica do CAT é constituída por assistentes sociais, psicólogos, juristas, educadoras de infância e educadoras sociais. O diagnóstico da situação da criança e sua respectiva família é realizado por esta equipa técnica, com vista a elaboração de um Plano Individual de Intervenção (PII) e posteriormente a definição e implementação do Projecto de Vida da criança. O PII tem por base os problemas e necessidades de cada família, sendo o ponto de partida para a definição dos objectivos que se pretende concretizar com vista à mudança; também necessário para a elaboração do PII, é conhecer ou tentar conhecer o melhor possível a família, tentando assim perceber as suas motivações para participar no processo de intervenção. Em suma, é imperativo conhecer todos os aspectos que caracterizam determinado sistema familiar, com vista à mudança e conseqüentemente o regresso da criança ao seu meio familiar.

O trabalho realizado no CAT tem como suporte a Lei de Promoção e Protecção de Crianças e Jovens – Lei nº 147/99, em particular, no que respeita aos princípios orientadores que os técnicos deverão nortear a sua actuação. Estes princípios são: o interesse superior da criança; a intervenção precoce; a proporcionalidade e actualidade; a responsabilidade parental; a obrigatoriedade da informação; a audição obrigatória e participação e a subsidiariedade.

*“A intervenção é feita em cinco vertentes; pedagógica/educacional, social, jurídica, psicológica e clínica. Não se trata apenas de entender o porquê da entrada da criança, mas o que se pode mudar, qual a motivação da família para receber novamente a criança. Para tal, é necessário fazer-se o estudo e diagnóstico de cada caso, de forma a, em conjunto com todos os elementos – criança, família, técnicos e serviços – delinear o projecto de vida mais apropriado para cada caso. Por outras palavras temos de conhecer ou pelo menos tentar conhecer a criança e a família que temos á nossa frente. O trabalho com estas problemáticas e num CAT, deve ser multidisciplinar devendo assim contar com os princípios orientadores da intervenção que constam na lei de promoção e protecção.” (E 2).*

*“ (...) devemos ter sempre em conta o princípio de proporcionalidade e actualidade na nossa metodologia de trabalho. A intervenção deve ser necessária e adequada à situação de risco em que a criança/jovem se encontra e os pais devem ser responsabilizados sempre para assumir os seus deveres para com os seus filhos; serem sempre informados dos seus direitos, têm direito a saber todas as informações referentes à educação, saúde, etc. Em suma, toda a intervenção assenta nos princípios orientadores da intervenção (...)” (E 1).*

Aquando da entrada da criança, é efectuada uma Entrevista com a família, possibilitando assim conhecer a família e as suas motivações. Este é um momento muito importante, na medida em que, é o primeiro contacto formal entre a assistente social do CAT com a família, sendo o ponto de partida para o estabelecimento da relação de empatia e confiança. Nesta entrevista é entregue um documento, denominado – Carta aos Pais – onde fica acordado os dias e horas das visitas dos pais à criança. As visitas dos familiares à criança é uma oportunidade para se perceber e compreender a relação entre família-criança, as dificuldades que esta família apresenta e as mudanças que vão ocorrendo nesta. As visitas domiciliárias são um instrumento de avaliação muito importante durante a intervenção do CAT com as famílias, na medida em que, permite conhecer o meio onde a família está inserida.

Da entrevista realizada, podemos verificar que a intervenção com as famílias no CAT pressupõe a articulação de todos os intervenientes envolvidos no processo, tentando fazer um trabalho conjunto com a família, criança, serviços que acompanham o processo e a comunidade envolvente onde a família está inserida. Deste modo, a intervenção do CAT, tem por base a família como sistema, ou seja, é fundamental compreender o sistema familiar, as interações que se estabelece dentro desse sistema e deste com o meio envolvente. Como afirma a autora Liliana Sousa *“(...) a intervenção, em geral, não tem/deve cingir-se obrigatoriamente ao individuo e aos que lhe estão mais próximos, muitas vezes, será eficiente alargar à rede de relações comunitárias. O essencial é descobrir competências nos intervenientes e capacitá-los da sua eficácia levando-os a agir”*.(Sousa, 2005: 122).

A intervenção do CAT está estritamente relacionada com os serviços que já acompanharam e/ou acompanham o processo da criança e com a comunidade onde a família se insere, isto é, é um trabalho em rede. Durante todo o processo de intervenção

a equipa técnica elabora relatórios e informações sociais, assim como relatórios psicológicos, informando da evolução da situação criança e da respectiva família e envia para as entidades parceiras. A equipa, técnica em conjunto com os parceiros fazem uma avaliação contínua ao longo de todo o processo.

*“(…), aquando do acolhimento de uma criança, o técnico de serviço social, estrutura o processo individual da criança e de imediato contacta com os serviços que trazem a criança e que conhecem esta situação (CPCJ’s, Segurança Social, Santa Casa da Misericórdia, emergência, escolas, centros de saúde, Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, Serviço Social, Hospitais, etc) e conseqüentemente a família, marcando com ela entrevista, onde é entregue um documento – Carta aos Pais – onde nos damos a conhecer e se marca as visitas consoante as necessidades da criança e as possibilidades da família. Durante as visitas, existe sempre um técnico que as observa e que posteriormente faz o registo. Muitas vezes, é durante a visita de aproximação/motivação/consciencialização, que se observa a dinâmica familiar e desenvolvimento das capacidades parentais.” (E 2).*

*“ (...) há que envolver a comunidade que vai receber esta família de novo, o que se traduz em reuniões com os serviços da comunidade para ajudar a família no seu dia-a-dia, integrando-a nas suas actividades. São também feitas visitas domiciliárias. Trata-se de um trabalho com a família e não só para a família, respeitando a criança e as suas expectativas.” (E 2)*

*“Para tal, o trabalho é realizado em rede/parceiros; tenta-se que haja um gestor de caso. – Dinamização da rede de suporte á família. Tudo isto resulta de contactos formais e informais com as CPCJ’s e com os tribunais, elaboração de informações sociais mais ou menos calendarizadas logo de início no plano intervenção da família e avaliações periódicas, de forma a se estabelecer etapas e obstáculos a superar.” (E 2)*

O conceito de empowerment está subjacente a toda a intervenção que é realizada com a família. É necessário consciencializá-la e responsabilizá-la sobre os motivos que levaram ao acolhimento da criança e como tal, os problemas que lhe estão associados. Desta forma, é necessário compreender qual a motivação desta família para mudar, para eliminar ou minimizar os seus problemas e necessidades com vista à reintegração da criança na família. É necessário respeitar as características individuais e particulares de

cada família; é importante que a família confie nos técnicos, e que estes confiem e respeitem o ritmo das capacidades de reorganização de cada família.

*“Trata-se, assim de muito trabalho, de grande proximidade e respeito com a família e criança, de reforço positivo/valorização de cada passo que é dado, de conhecer as capacidades e dificuldades parentais (o que se pode verificar durante as visitas). De certa forma ajudar a família a tomar consciência dos seus problemas/dificuldades para posteriormente a capacitar de que é possível a mudança e de que com ajuda é capaz. Empatia, consciencialização, motivação, capacitação – empowerment. Tudo isto tendo em conta o tempo útil da criança.” (E 2)*

## **1.2. Dificuldades**

Nas entrevistas feitas às técnicas do CAT Casa da Encosta são identificadas algumas dificuldades sentidas pelos técnicos na intervenção com as famílias.

Em primeiro lugar é importante reforçar a ideia, já atrás mencionada, que a família é um sistema, estando em constante interacção dentro do próprio sistema e deste com o meio, para além deste facto, cada sistema familiar tem uma história que tem influência no seu presente e no seu futuro. Os técnicos que trabalham com famílias deparam-se com dificuldades de várias ordens, sendo umas endógenas ao indivíduo e outras exógenas, exigindo aos profissionais uma postura criativa e uma atitude persistente para assim suprimir as tais dificuldades.

Neste caso concreto das famílias das crianças acolhidas no CAT Casa da Encosta, podemos verificar uma grande diversidade de problemas que caracterizam e determinam a dinâmica do sistema familiar.

Deste modo, as dificuldades na intervenção com as famílias no CAT começam logo com a entrada da criança, na medida em que, em alguns casos a informação sobre o processo da criança e da sua família é muito escassa, como refere a assistente social *“aquando da entrada da criança existe sempre pouca informação aos níveis da saúde, da psicologia, social, etc.” (E 1).*

Algumas famílias têm um historial de acompanhamento por vários serviços, devido aos vários problemas que apresentam, isto é, são famílias multiassistidas e multiproblemáticas, não havendo por vezes uma articulação entre os serviços que

acompanham essas famílias, sendo estas objecto de intervenção de diversos serviços, o que pode conduzir ao estigma e a baixa auto-estima, como refere a assistente social “*as famílias são multiassistidas, existem inúmeros serviços a apoiar e nenhuma articulação entre eles; são famílias multiproblemáticas (...) são famílias sem auto-estima muito estigmatizadas pelos serviços, com histórias de vida marcantes e muitas delas transgeracionais.*” (E 1).

Segundo as entrevistadas outra dificuldade na intervenção do CAT com as famílias reside no facto de “*(...) não colaboram nos planos individuais de intervenção; a pouca assiduidade nos contactos com os filhos*” (E 1).

“*(...) não vêm com a periodicidade necessária para a concretização do plano individual de intervenção, a falta de consciência do tempo útil da criança*” (E 2).

Este aspecto está intimamente relacionado com o ponto anterior, visto que, o estigma e a baixa auto-estima pode conduzir à desmotivação e ao desinteresse na participação da família no Plano Individual de Intervenção.

Também os problemas do foro psíquico e dependências (toxicodependência e/ou alcoolismo) constituem uma dificuldade, uma vez que, estes conduzem a sempre a outros problemas, o que leva a um aglomerado de problemas e necessidades a ter em conta pelos técnicos na intervenção. Neste aspecto é importante mencionar o facto que conseguir ganhar a confiança destas famílias é difícil, na medida em que, têm sempre uma postura de desconfiança e de instabilidade face à intervenção dos técnicos.

O estrato social elevado de algumas famílias pode também condicionar o sucesso da intervenção, visto que nestes casos os escassos contactos costumam ser feitos através de advogados, o que conduz a um distanciamento da família no processo de intervenção.

“*(...) problemas de saúde mental, mas não nos chegam qualquer diagnóstico ao nível dos serviços de saúde mental; e outras de estratos sociais elevados não permitindo o contacto, apenas este é feito através dos advogados; famílias toxicodependentes e as famílias alcoolizadas, que são em menor número neste CAT.*” (E 1).

Outra dificuldade apresentada pela assistente social ausência de recursos para responder adequadamente às necessidades da criança e da família, como refere a entrevistada “

*(...) a falta de continuidade do trabalhador do CAT; falta de recursos.” (E 2). Esta ausência de recursos vai condicionar toda a intervenção.*

As dificuldades presentes na intervenção do CAT com a família, como afirma a assistente social “ *(...) exigem por parte dos técnicos posturas e intervenções diferentes. O que podemos afirmar que num CAT o serviço social acaba por ter uma vertente muito criativa e exigente, na medida em que, o assistente social tem que estar sempre em formação contínua e saber partilhar essencialmente com a equipa multidisciplinar as suas preocupações e as dificuldades sentidas naquela família.*” (E1).

É fundamental que o técnico tenha uma postura flexível e criativa na sua actuação face às dificuldades que vão surgindo. A formação contínua possibilita ao técnico adquirir novos conhecimentos e competências que o vão ajudar na sua actuação.

### **1.3. Factores facilitadores**

Com base nas entrevistas realizadas às técnicas do CAT Casa da Encosta, para que seja concretizada uma intervenção com sucesso, é fundamental trabalhar no terreno, com base na empatia e aproximação das famílias, para que em conjunto seja definida a intervenção a concretizar ao longo do processo.

*“Há que realizar um trabalho no terreno, que tem de ser na base da empatia e aproximação. (...)”*

Assim, é fulcral o trabalho em rede com todos os serviços que acompanham os processos, de forma a partilhar informações. Pois, como afirma uma das entrevistadas, “*(...) este trabalho só faz sentido se for desenvolvido em rede, com os vários serviços da comunidade (...), pois (...) o princípio orientador da intervenção é a articulação, a cooperação e a parceria.*” (E 2).

Neste sentido, é também necessária a colaboração permanente das escolas, centros de saúde e serviços da comunidade, na área de residência da família, quando a criança retorna ao seio família, após a definição deste projecto de vida, de forma a manter o CAT informado do decorrer desta reintegração e prevenindo a reincidência na situação de risco da criança.

*“De referir também a importância de uma rede de serviços sociais de qualidade e com eficácia na sua acção ao nível das escolas, centros de saúde, serviços de acção social*

*que colaboram na intervenção, na prevenção e reajustamento da criança e da família ao seu meio normal (...).” (E 2).*

De extrema importância para estas técnicas é o facto de esta equipa técnica ser multidisciplinar, uma vez que proporciona a partilha de preocupações e dificuldades na relação e intervenção com estas famílias, já que esta trabalha numa óptica de cooperação.

É neste sentido que uma das técnicas afirma a importância de “(...) *partilhar com a equipa multidisciplinar as suas preocupações e as dificuldades sentidas naquela família.*” (E 2).

É também facilitador a existência de “(...) *um gestor de caso ou um mediador, de maneira a que a família não sinta que existe mais que um técnico a «intrrometer-se», na sua vida.*(...)” (E 1).

Segundo as entrevistadas outro factor facilitador são as visitas da família ao CAT, uma vez que estas permitem a proximidade necessária à intervenção com estas, permitindo estabelecer a empatia, perceber as capacidades e dificuldades de cada família, incentivando sempre a motivação, capacitação e consciencialização destas para os seus problemas, de modo a facilitar a sua superação, com vista à mudança.

*“Empatia, consciencialização, motivação, capacitação, o empowerment (...).” (E 2).*

*“Trata-se, assim de muito trabalho, de grande proximidade e respeito com a família e criança, de reforço positivo/valorização de cada passo que é dado, de conhecer as capacidades e dificuldades parentais, o que se pode verificar durante as visitas (...).” (E2)*

#### **1.4. Modelos de intervenção profissional com as famílias no CAT**

Ao analisar as entrevistas realizadas podemos constatar que as assistentes sociais identificam o modelo interaccional sistémico e o modelo de intervenção em rede como os dois modelos base na intervenção profissional do CAT com as famílias das crianças acolhidas.

*“No âmbito dos modelos de protecção deparamo-nos com a aplicação de um modelo de intervenção centrado numa abordagem sistémica em que o princípio da articulação inter-serviços e parceria inter-institucional é privilegiado. Um modelo de intervenção em rede, no qual o princípio orientador da intervenção é a articulação, a cooperação e a parceria.” (E1).*

*“ (...) o técnico recorre sempre ao modelo interaccional sistémico e em rede onde se situa como um agente de mudança que deve compreender os problemas na sua globalidade. Os casos são então encarados não de um ponto de vista isolado, mas sim como integrados num certo contexto que tem que ser entendido.” (E1).*

*“O modelo que se aplica no CAT e na nossa perspectiva de trabalho com as famílias é o sistémico e em rede. Tendo em conta que se tem de criar uma rede de suporte á família e que a mais pequena alteração em cada elemento vai causar mudança no sistema familiar de determinado caso. Julga-se a família com capacidades de mudança. A criança e o motivo de entrada no CAT, deve-se a um todo que tem de ser estudado e compreendido. Assim, este trabalho só faz sentido se for desenvolvido em rede, com os vários serviços da comunidade (...)” (E 2).*

Relativamente à unidade de intervenção não há dúvidas que é a família. Por sua vez, a dimensão é colectiva, visto que, a intervenção recai sobre o sistema familiar. Como refere uma das entrevistadas:

*“Para tal, é necessário fazer-se o estudo e diagnóstico de cada caso, de forma a, em conjunto com todos os elementos – criança, família, técnicos e serviços – delinear o projecto de vida (...)” (E2).*

*“ (...) tendo em conta que se tem de criar uma rede de suporte á família e que a mais pequena alteração em cada elemento vai causar mudança no sistema familiar de determinado caso.” (E2).*



*“A criança e o motivo de entrada no CAT, deve-se a um todo que tem de ser estudado e compreendido. Assim, este trabalho só faz sentido se for desenvolvido em rede, com os vários serviços da comunidade, tendo sempre em conta os princípios orientadores da intervenção.” (E2).*

Por sua vez, o papel do Assistente Social é mediar e intervir entre a família e a comunidade envolvente.

*“ (...) o assistente social actua na maioria destes casos como um mediador/interventor de todos os casos com os técnicos e entidades implicados em cada processo.(...) como um agente de mudança que deve compreender os problemas na sua globalidade.” (E1).*

## **2. Uma Intervenção direccionada ao regresso das Crianças à Família Biológica**

### **2.1. Identificação e Caracterização da Criança e da Família**

A informação contida nos quadros que se seguem remete para o momento em que a criança deu entrada no CAT.

Neste ponto, é importante explicar os códigos utilizados nos quadros. Deste modo, temos como ponto de partida a família, assim numeramos as 15 famílias com números de 1 a 15 inclusive. Em relação à criança, seguimos a mesma lógica, isto é, das 23 crianças analisadas, e que pertencem às 15 famílias, numeramos de 1 a 23 inclusive. Por exemplo, no código F1 C1, F1 corresponde à família número 1 e C1 diz respeito à criança 1 que pertence a este agregado familiar. Outro exemplo para compreender melhor os códigos utilizados é a família 8 (F8), neste caso as crianças C11, C12, C13 e C14 pertencem ao mesmo agregado familiar (F8).

**Quadro nº 2**

**Origem do pedido e motivo do pedido de acolhimento**

<b>Criança</b>	<b>Origem do Pedido</b>	<b>Motivo do Pedido</b>
<b>F1 C1</b>	Hospital	Toxicodependência dos pais
<b>F2 C2</b>	E.A.E.	Toxicodependência dos pais
<b>F3 C3</b>	C.P.C.J.	Doença Familiar – mãe (HIV e hepatite); alcoolismo da mãe
<b>F4 C4</b>	C.P.C.J.	Incapacidade da mãe
<b>F4 C5</b>	C.P.C.J.	Incapacidade da mãe
<b>F5 C6</b>	U.E.	Negligência
<b>F5 C7</b>	U. E.	Negligência
<b>F6 C8</b>	E.A.E. ISSS	Hospitalização do menor (sem alta social – ausência de suporte familiar)
<b>F7 C9</b>	Hospital	Doença Familiar – mãe (urologia)
<b>F7 C10</b>	U.E.	Doença Familiar – mãe (urologia)
<b>F8 C11</b>	T.F.M.	Negligência
<b>F8 C12</b>	T.F.M.	Negligência
<b>F8 C13</b>	T.F.M.	Negligência
<b>F8 C14</b>	T.F.M.	Negligência
<b>F9 C15</b>	C.P.C.J.	Negligência
<b>F10 C16</b>	E.A.E. ISSS	Abandono
<b>F10 C17</b>	E.A.E. ISSS	Abandono
<b>F11 C18</b>	C.P.C.J.	Negligência
<b>F11 C19</b>	C.P.C.J.	Negligência
<b>F12 C20</b>	ISSS	Fecho do lar onde a menor estava institucionalizada
<b>F13 C21</b>	Interpol	Prisão da mãe por razões políticas
<b>F14 C22</b>	C.P.C.J.	Desorganização Familiar e toxicodependência da mãe
<b>F15 C23</b>	E.A.E.	Desorganização familiar; toxicodependência E problemas do foro psíquico da mãe

**Legenda:**

E.AE. – Equipa de Acolhimento de Emergência

CPCJ – Comissão de Protecção de Crianças e Jovens

U.E. – Unidade de Emergência

T.F.M. – Tribunal de Família e Menores

ISSS – Instituto de Solidariedade da Segurança Social

Ressalta do quadro que dos 23 **pedidos de acolhimento**, 7 são feitos pelas Comissões de Protecção de Crianças e Jovens; seguido de 5 pedidos pelas Equipas de Acolhimento de Emergência; 4 pedidos do Tribunal de Família e Menores; 3 pedidos da Unidade de Emergência; 2 pedidos do Hospital; 1 pedido do Instituto de Solidariedade da Segurança Social e 1 pedido da Interpol. Podemos então constatar, que no âmbito dos centros de acolhimento temporário os pedidos são sempre efectuados por entidades formais.

Observando agora os **motivos que conduziram ao pedido de acolhimento**, constata-se que a negligência é o problema que sobressai nos processos analisados. Observam-se 9 casos de crianças que foram negligenciadas, ou seja, os progenitores revelavam incapacidade e/ou irresponsabilidade na prestação de cuidados básicos aos filhos (F5 C6, F5 C7, F8 C11, F8 C12, F8 C13, F8 C14, F9 C15, F11 C18 e F11 C19). Neste ponto, podemos observar que 5 casos cujo motivo de acolhimento é a negligência, pertencem a famílias monoparentais femininas (F5 C6, F5 C7, F9 C15, F11 C18, F11 C19). Em todos estes casos é notória a ausência da figura paterna no seio da família: na F5 o pai vive na Alemanha, tendo lá constituído família; na F9 o pai está preso e na F11 a mãe fez uma inseminação artificial, para além deste facto, nestas mesmas famílias, verificamos ausência de suporte familiar.

As **condições de saúde/dependências** dos progenitores, conduziram a 7 pedidos de acolhimento. Nos casos de dependências, verificamos 4 casos de toxicodependência e 1 caso de alcoolismo; 3 pedidos de acolhimento por motivo de doença familiar a nível físico e 1 caso que para além do problema de toxicodependência da mãe, esta ainda sofre de problemas do foro psíquico.

**Quadro nº 3**

**Características da Família e da sua habitação**

	Tipo de Família <sup>1</sup>	Natureza da relação Entre Progenitores	Tipo de Habitação	Condições de Habitação	
				Nº de Assoalhadas	Higiene
<b>F1</b>	Nuclear	União de Facto	Apartamento	2	Boas Condições
<b>F2</b>	Nuclear	União de Facto	Centro de Acolhimento	S/D	S/D
<b>F3</b>	Nuclear	União de Facto	Habitação Social	4	Boas Condições
<b>F4</b>	Monoparental Feminina	Separados	Sem Habitação	S/D	S/D
<b>F5</b>	Monoparental Feminina	Separados	Quarto	1	S/D
<b>F6</b>	Reconstruída	O pai do menor faleceu	S/D	S/D	Más Condições
<b>F7</b>	Monoparental Feminina	S/D	S/D	S/D	S/D
<b>F8</b>	Alargada	Separados	Apartamento	3 (sem WC)	Más Condições
<b>F9</b>	Monoparental Feminina	Separados	Sem habitação	S/D	S/D
<b>F10</b>	Monoparental Feminina	O pai do Menor faleceu	Habitação Social	4	Boas Condições
<b>F11</b>	Monoparental Feminina	A mãe fez inseminação Artificial	Apartamento	S/D	Más Condições
<b>F12</b>	Monoparental Feminina	Separados	Apartamento (Bairro Clandestino)	3	Boas Condições
<b>F13</b>	Monoparental Feminina	Divorciados	Apartamento	S/D	Boas condições
<b>F14</b>	Monoparental Feminina	Separados	Apartamento	S/D	S/D
<b>F15</b>	Monoparental Feminina	Separados	Apartamento	S/D	S/D

1 – Esta categoria diz respeito ao tipo de família da criança, isto é, com quem vivia a criança na altura do acolhimento.

Considerando o **tipo de família**, podemos verificar que das 15 famílias analisadas, 11 são famílias monoparentais femininas. Como afirma Liliana Sousa (2005), uma das estruturas das famílias multiproblemáticas é designada por mulher só, ou seja, são famílias caracterizadas por uma mulher de estatuto social e cultural modesto, que decide criar os filhos sozinha, que podem ser de vários parceiros, na medida em que as relações que manteve são de carácter instável. Atendendo ainda ao quadro observamos ainda que existem apenas 3 famílias do tipo nuclear e 1 reconstruída.

Relativamente à **natureza a relação entre os progenitores** e tendo em conta que das 15 famílias observadas 2 pais já faleceram e que numa família não existe a figura paterna (a mãe fez inseminação artificial num processo autónomo), restam 12 famílias a serem analisadas no que diz respeito à natureza da relação entre os progenitores. Deste modo, 7 casais estão separados; 3 vivem em união de facto; 1 casal divorciado e de 1 casal não temos dados relativos a este indicador. Segundo Liliana Sousa (2005), como já foi anteriormente referido, outra das estruturas das famílias multiproblemáticas é o casal instável, isto é, caracteriza-se por casos de casamentos ou relações esporádicas, não conseguindo construir uma família autónoma a vários níveis como habitacionais, económicos, afectivos.

Relativamente ao **tipo de habitação**, podemos verificar que das 15 famílias analisadas, 7 vivem num apartamento; 2 numa habitação social; 3 não têm habitação própria, ou seja, 1 vive num centro de acolhimento (F2), a F4 e a F9 não têm habitação certa; 1 vive num quarto alugado e 3 casos em que não há dados. Podemos também relacionar o indicador de ausência de habitação com o desemprego, na medida em que, as 3 famílias que não têm habitação estão em situação de desemprego ou de emprego instável e/ou precário (F2, F4 e F9).

Em relação à **higiene da habitação** os dados são bastante escassos, das 15 famílias analisadas, 7 não temos dados relativos a este indicador. Como se pode verificar no quadro, 5 das famílias têm boas condições de higiene na habitação e 3 famílias têm más condições de higiene na habitação.

**Quadro nº 4**

**Caracterização da mãe**

Família	Mãe						
	Idade	Estado Civil	Nacionalidade	Habilitações Literárias	Situação Profissional	Profissão	Condições de saúde/ Dependências
F1	21	Sol.	Portuguesa	9º Ano	D	Empregada de balcão	Toxicodependência
F2	34	Sol.	Portuguesa	S/D	D	Empregada de balcão	Toxicodependência
F3	36	Sol.	Angolana	S/D	D	S/D	Alcoolismo; HIV e hepatite aguda
F4	21	Sol.	Portuguesa	S/D	D	S/D	Saúde estável
F5	24	Sol.	Guineense	S/D	E I	Empregada de loja	Saúde estável
F6	42	Sol.	Portuguesa	Analfabeta	D	S/D	Problemas do foro psíquico
F7	22	S/D	Cabo-verdiana	S/D	S/D	S/D	Saúde debilitada (problemas de urologia)
F8	32	Cas.	Portuguesa	6º Ano	D	Empregada de limpezas	Saúde estável
F9	17	Sol.	Portuguesa	S/D	D	Estudante	Saúde estável
F10	38	Viu.	Angolana	S/D	E	Ajudante familiar	Saúde estável
F11	58	S/D	Portuguesa	S/D	D	S/D	Problemas do foro psíquico
F12	37	Cas.	Guineense	Sabe ler e escrever	E I	Empregada de limpezas	Saúde estável
F13	29	Div.	Peruana	3º Ano Psicologia	D	S/D	Saúde estável
F14	42	Div.	Portuguesa	12º Ano incompleto	D	S/D	Toxicodependência
F15	20	Sol.	Portuguesa	S/D	D	S/D	Toxicodependência e problemas do foro psíquico

**Legenda:**

Estado Civil

Sol. – Solteiro

Cas. – Casado

Div. – Divorciado

Viu – Viúvo

S/D – Sem Dados

Situação Profissional

E – Empregado

E I – Emprego Instável

D – Desempregado

S/D – Sem dados

Relativamente à **idade**, podemos observar que, no geral, as progenitoras são na sua maioria jovem e em idade fecunda o que justifica o elevado número de filhos.

Por sua vez, ao analisar o **estado civil** das progenitoras, constatamos que são, na sua maioria, solteiras (8); apenas 2 são casadas; 2 são divorciadas e 1 viúva, relacionando-se com o ponto **relação entre os progenitores** anteriormente analisado.

Em relação à **nacionalidade**, ressalta a portuguesa (9). As restantes mães são estrangeiras, sendo que 2 são de nacionalidade angolana; 2 são guineenses; 1 cabo-verdiana e 1 peruana.

Os dados referentes às **habilitações literárias** são muito escassos, na medida em que, dos 15 processos analisados, 9 não têm dados inerentes a este indicador. No entanto, podemos presumir que as mães que não têm dados referentes a este indicador, têm um baixo nível de escolaridade, tendo em conta a sua situação profissional e/ou profissão: das 9 mães em que não há dados sobre as habilitações literárias, 6 estão em situação de desemprego (F2, F3, F4, F9, F11 e F15) e as 2 mães que estão empregadas têm empregos precários e/ou esporádicos (F5 e F12). De referir também, que as 5 mães de origem africana não têm dados relativos às habilitações literárias.

Ao observar o quadro, concretamente a **situação profissional**, podemos verificar que 11 progenitoras estão em situação de desemprego. No entanto, no que concerne a este indicador, é importante referir que a F11 e a F13 apesar de estarem em situação de desemprego, este facto não constitui um problema para estas famílias, na medida em que, são de um estrato social elevado; 3 progenitoras estão empregadas, no entanto 2 têm empregos instáveis/precários. Assim, neste ponto é importante referir que estas duas progenitoras (F5 e F12) são de origem africana, estando em situação de ilegalidade, o que condiciona a sua situação face ao emprego, ambas estão empregadas, mas sem contrato de trabalho.

Por seu turno, os dados relativos às **profissões** são igualmente muito escassos nos processos. Porém, dos dados que conseguimos recolher, constatamos que de um modo geral são empregos de carácter instável e de baixo rendimento.

Por último, ao analisar as **condições de saúde/dependências**, observamos 8 mães com problemas a este nível: 5 mães com problemas de dependências, isto é, 4 são



toxicodependentes e 1 alcoólica. Há ainda que especificar que, 3 têm problemas do foro psíquico, e 2 mães que têm problemas de saúde ao nível físico, isto é, 1 mãe com problemas de urologia (rins) e outra que para além do seu problema de alcoolismo tem HIV e hepatite aguda. Neste ponto podemos fazer a relação entre as condições de saúde/dependências e a situação profissional, ou seja, podemos verificar que 7 mães que apresentam problemas de saúde estão em situação de desemprego (F1, F2, F3, F6, F11, F14 e F15).

**Quadro nº 5**

**Caracterização do pai**

Família	Pai						
	Idade	Estado Civil	Nacionalidade	Habilitações Literárias	Situação Profissional	Profissão	Condições de saúde Dependências
F1	30	Sol.	Português	9º Ano	D	S/D	Toxicodependência
F2	38	Cas.	Português	S/D	E I	Pedreiro	Toxicodependência
F3	48	Sol.	Guineense	S/D	D	Mecânico	S/D
F4 <sup>1</sup>	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D
F5 <sup>2</sup>	32	Cas.	Angolano	S/D	E	Mecânico	Saúde estável
F6 <sup>3</sup>	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
F7	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D
F8	24	S/D	Português	3º Ano ensino básico	D	Pedreiro	S/D
F9	22	S/D	Cabo-verdiano	S/D	D	Pedreiro	Saúde estável
F10 <sup>3</sup>	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
F11 <sup>4</sup>	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
F12 <sup>5</sup>	50	Cas.	Guineense	S/D	S/D	S/D	S/D
F13 <sup>6</sup>	35	Div.	Peruano	Licenciado	E	Dentista	S/D
F14	42	Sol.	Português	9º Ano	E.I	Restauração/ Marítimo	Saúde estável
F15	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D

**Legenda:**

Estado Civil

Sol. – Solteiro  
 Cas. – Casado  
 Div. – Divorciado  
 Viu – Viúvo  
 S/D – Sem Dados

Situação Profissional

E – Empregado  
 E I – Emprego Instável  
 D – Desempregado  
 S/D – Sem dados

- 1 – Não assumiu a paternidade  
 2 – Vive na Alemanha  
 3 – Falecido  
 4 – A mãe fez inseminação artificial  
 5 – Vive na Guiné  
 6 – Vive no Perú

Na família 6 (F6) é importante referir que a mãe do menor tem um copanheiro, sendo este o padrasto do menor. Este é bastante mais velho que a mãe, tem 71 anos, é empregado na construção civil e tem o 4º ano do ensino básico.

Neste ponto, é importante mencionar a escassez de dados relativos aos progenitores masculinos das crianças acolhidas. Este facto deve-se, como refere a psicóloga e terapeuta familiar Liliana Sousa “*as particularidades (...) das famílias multiproblemáticas têm sido traçadas tomando por referencia a biografia feminina, uma vez que os homens são periféricos, agressivos, inconsistentes e entram e saem da família em curtos espaços de tempos, sendo difícil seguir os seus rumos.*” (Sousa, 2005: 29). É importante referir que dos 15 pais, só recolhemos informação relativa a 11 pais, na medida em que, 2 pais faleceram, 1 pai não assumiu a paternidade e não se sabe o seu paradeiro e 1 mãe fez inseminação artificial.

Quanto às características dos progenitores masculinos das famílias analisadas, verifica-se que 5 pais tinham **idades** compreendidas entre os 22 e 35 anos.

Relativamente ao **estado civil** dos progenitores é notória a escassez de dados, uma vez que esta informação não constava na maioria dos processos analisados. Todavia, dos processos que têm dados contabilizam-se 3 pais casados, 3 pais solteiros e 1 divorciado.

No que diz respeito à **nacionalidade** dos progenitores masculinos, existem 5 estrangeiros, sendo que 4 são de origem africana e 1 de origem peruana; de nacionalidade portuguesa identificámos 4 pais.

No que se refere às **habilitações literárias**, existe uma grande escassez de dados, uma vez que dos 11 pais, verifica-se apenas 4 casos com informação a este nível.

Quanto à categoria **situação profissional** encontram-se 4 pais em situação de desemprego, 3 empregados e 1 em situação de emprego instável, ou seja, têm trabalhos esporádicos. Muitas vezes, estes pais não têm contratos e vão fazendo tarefas indiferenciadas com o intuito de colmatarem necessidades financeiras.

Ao nível da **profissão**, dos dados existentes, encontramos pais com profissões diversificadas (mecânicos, pedreiros, restauração/marítimo, dentista).

Analisando as **condições de saúde/dependências**, podemos identificar 3 casos de saúde estável e 2 casos de toxicodependência, sendo que nos restantes casos não existe informação que permita analisar melhor esta categoria.

É, ainda importante salientar, as dificuldades que surgiram ao longo da análise dos processos em relação aos progenitores das crianças acolhidas. Averiguando o estado civil, quer da mãe quer do pai, constatámos que é bastante difícil de categorizar, na medida em que, estabelecem entre si relações bastante complexas – como por exemplo a Família 2 (F2), em que o pai do menor é casado com outra senhora, mas vive em união de facto há 11 anos com a mãe do menor.

Relativamente à situação profissional e profissão, podemos afirmar que são também difíceis de categorizar, visto que, estes indivíduos têm trajectórias de vida muito instáveis, isto é, muitas vezes não conseguem manter o mesmo emprego por um longo período de tempo, mudam de emprego com frequência e/ou têm contratos de trabalho precários. Segundo Fulmer (1989), *“(...) um dos elementos das famílias multiproblemáticas é a raridade de uma carreira profissional. Os seus empregos não conferem um significado destacado à vida, trabalham para receberem o salário, pelos contactos sociais, para se manterem activos, ou para se sustentarem.”* (Fulmer cit in Sousa, 2005: 31)

**Quadro nº 6**

**Características da criança**

<b>Criança</b>	<b>Nacionalidade</b>	<b>Idade</b>	<b>Sexo</b>	<b>Situação de saúde</b>
<b>F1 C1</b>	Portuguesa	1 M	M	Síndrome Abstinencia
<b>F2 C2</b>	Portuguesa	5 M	M	Problemas Pulmonares
<b>F3 C3</b>	Portuguesa	5 M	F	Perda de Peso
<b>F4 C4</b>	Portuguesa	2 A	M	Saúde Estável
<b>F4 C5</b>	Portuguesa	17 M	F	Atraso Motor e Cognitivo
<b>F5 C6</b>	Portuguesa	8 A	M	Saúde Estável
<b>F5 C7</b>	Alemã	7 A	F	Saúde Estável
<b>F6 C8</b>	Portuguesa	11 A	M	Doença Cardíaca; Debilidade Mental
<b>F7 C9</b>	Cabo-Verdiana	2 A	M	Saúde Estável
<b>F7 C10</b>	Cabo-Verdiana	3 A	M	Saúde Estável
<b>F8 C11</b>	Portuguesa	8 A	F	Saúde Estável
<b>F8 C12</b>	Portuguesa	6 A	M	Saúde Estável
<b>F8 C13</b>	Portuguesa	5 A	M	Saúde Estável
<b>F8 C14</b>	Portuguesa	4 A	F	Saúde Estável
<b>F9 C15</b>	Portuguesa	4 M	F	Saúde Estável
<b>F10 C16</b>	Portuguesa	13 A	M	Saúde Estável
<b>F10 C17</b>	Portuguesa	4 A	M	Saúde Estável
<b>F11 C18</b>	Portuguesa	6 A	F	Saúde Estável
<b>F11 C19</b>	Portuguesa	6 A	M	Saúde Estável
<b>F12 C20</b>	Guineense	3 A	F	Saúde Estável
<b>F13 C21</b>	Peruana	9 A	F	Saúde Estável
<b>F14 C22</b>	Portuguesa	6 A	M	Saúde Estável
<b>F15 C23</b>	Portuguesa	17 M	M	Saúde Estável

**Legenda:**

Sexo

M – Masculino

F – Feminino

Ao analisar este quadro, podemos verificar que das 23 crianças acolhidas no CAT Casa da Encosta, 18 são de **nacionalidade** portuguesa. Nas 5 estrangeiras, em 3 dos casos estamos perante crianças originárias ou relacionadas com os PALOP. Das restantes duas, 1 é peruana e 1 é alemã.

No que concerne à **idade**, constatámos que a maioria das crianças (13) tinham idades compreendidas entre 1 mês e 5 anos, quando foram acolhidas. Logo de seguida, com idades compreendidas entre os 6 e os 11 anos foram acolhidas 9 crianças. E como excepção, foi acolhida uma criança de 13 anos de idade, isto porque, como já foi referido anteriormente, o CAT só acolhe crianças entre os 0 e os 12 anos de idade. Relativamente ao sexo, das 23 crianças, 14 são do sexo masculino e 9 do sexo feminino.

A **nível da saúde**, 17 das crianças apresentam saúde estável, sendo que apenas 5 crianças apresentam problemas de saúde. Assim, podemos fazer a relação entre a condição de saúde das crianças com a condição de saúde/dependências dos progenitores. Neste sentido, podemos verificar que das 4 crianças que têm problemas de saúde, os seus progenitores também têm problemas de saúde, tanto a nível físico como mental ou dependências (F1C1; F2C2; F3C3 e F6C8).

## **2.2. Regresso à Família Biológica: O Lugar da Intervenção**

De seguida, apresentamos o estudo detalhado e aprofundado das quinze famílias seleccionadas tendo por base a informação retirada dos processos, bem como as entrevistas realizadas às assistentes sociais da Casa da Encosta. Esta análise tem como objectivo compreender como se realizou a intervenção com estas famílias. Para isso começamos por averiguar as necessidades e/ou problemas de cada família aquando do acolhimento das crianças; depois passamos para a análise da intervenção propriamente dita; e logo de imediato procedemos à identificação das mudanças ocorridas em cada família, que facilitaram o retorno da criança ao seio familiar. Por último debruçamo-nos sobre os procedimentos inerentes ao pós-encaminhamento de cada caso.

### **FAMÍLIA 1 (F1)**

Os progenitores desta família viviam em união de facto e tinham uma relação estável e gratificante, apesar do problema de toxicoddependência de ambos. Este casal habitava num apartamento com duas assoalhadas e com boas condições de higiene e salubridade.

#### **a) Necessidades e/ou problemas identificados:**

Ao analisar esta família constata-se que as necessidades mais significativas eram integrar os progenitores num programa de metadona e trabalhar a aceitação por parte da família alargada do problema de toxicoddependência dos progenitores da criança. Havia também a necessidade de ajudar os dois progenitores na procura de emprego. Porém, o CAT não entrevistou directamente para colmatar esta necessidade, na medida em que, este era um casal que recebia subsídios e o progenitor recebia ainda uma mesada dada pela sua mãe.

#### **b) Intervenção:**

Aquando do acolhimento da criança, realizou-se uma entrevista com os progenitores, com o objectivo de conhecer essa família e compreender as motivações desta para alcançar a mudança.

Foi estabelecido pela equipa técnica um plano individual de intervenção, que consistia em: contactos com o Centro de Atendimento à Toxicoddependência; a frequência de ambos os progenitores num programa de metadona. Deu-se início ao trabalho de

maternage com a mãe da criança, o que levou a que esta começasse a passar os dias e as noites na Casa da Encosta, para acompanhar todas as rotinas do seu filho. Como afirma a assistente social *“posso vos afirmar que esta mãe dada a aproximação/vinculação que estabeleceu com o seu filho, acabamos por concordar em equipa e com a mãe que esta ficasse durante a noite, e cuidasse ela mesma das necessidades do filho. E o que vos posso dizer é que beneficiou e muito a criança em termos de desenvolvimento, e a mãe em termos de auto estima como mãe.”* (E 3).

Durante todo o processo de intervenção e enquanto a criança esteve integrada no CAT, a equipa técnica fazia uma avaliação do evoluir da situação, como afirma a entrevistada, *“era feita uma avaliação semanal do programa estabelecido com a mãe aos níveis dos cuidados a ter com o seu filho; e podemos afirmar que dessa avaliação resultava sempre por parte da mãe a necessidade de querer saber mais como responder às solicitações do seu filho; acompanhava-o sempre nas consultas de desenvolvimento, vacinas e percebia-se que havia uma grande motivação e empenho de ser mãe.”* (E 3).

Realizaram-se reuniões com a família alargada (avós paternos e avós maternos) com o objectivo de trabalhar a aceitação destes face ao problema de toxicodependência dos pais da criança. Realizaram-se também, visitas domiciliárias a casa dos progenitores, onde se pode verificar que a casa tinha boas condições de higiene e salubridade.

Em todo o processo, o trabalho do CAT foi articulado com as entidades que já acompanhavam este caso, ou seja, o IRS e Centro de Atendimento á Toxicodependência.

### **c) Mudanças ocorridas na família**

Assim, podemos identificar as seguintes mudanças no seio desta família: aceitação por parte da família alargada do problema de toxicodependência dos pais da criança, no sentido de lhes dar apoio no que se refere ao programa de metadona, assim como em apoiar a mãe a assumir o filho e reorganizar-se. Como refere a assistente social *“bem, nesta situação que posso considera-la sui generis, as mudanças mais significativas ou a mudança mais significativa, foi de facto conseguir-se que a família alargada, avós paternos e os avós maternos, aceitassem a situação dos progenitores no sentido de os apoiar no programa de metadona. E por sua vez, ajudar a mãe a assumir o filho e a reorganizar-se.”* (E 3).



No que se refere ao trabalho de maternage, foi evidente uma evolução positiva relativamente ao interesse em desenvolver mais competências e mais atenção às solicitações do seu filho. Esta mãe começou a acompanhar o seu filho a consultas de desenvolvimento, vacinas, e estava sempre presente no CAT para acompanhar o seu filho.

Nesta situação é fulcral salientar a grande motivação, empenho e participação dos pais para se recuperarem e se organizarem com o intuito de assumirem o seu filho. Paralelamente, o apoio dado pela família alargada materna e paterna ao casal foi fundamental para o sucesso deste caso.

#### **d) Pós-encaminhamento**

Relativamente ao pós-encaminhamento, o TFM nomeou o IRS para acompanhar este processo. O CAT, devido à ligação que se estabeleceu com esta família, ficou a acompanhá-la durante mais de um ano, ficando sempre a par do desenrolar da situação. Isto porque a mãe não abdicou do apoio que foi dado pela equipa técnica do CAT. Este foi um caso de sucesso, onde se conseguiu efectuar um trabalho para e com a família, estando na sua base uma excelente relação de empatia.

*“Os procedimentos do CAT inerentes ao pós-encaminhamento da criança para a sua família biológica, neste caso, ficou definido pelo TFM, após a audiência conjunta com os técnicos família alargada e progenitores, ficou decidido, que quem iria ficar a acompanhar a situação, era na altura o IRS. Chamo a atenção que no nosso centro, dada a ligação que foi estabelecida com esta mãe e com esta criança, ficamos ainda mais de um ano a acompanhar mãe e filho e portanto, sempre a par do desenrolar de toda a situação e posso afirmar que esta mãe não abdicou do apoio que foi dado por toda a equipa do CAT. E posso vos dizer também que, neste caso, a maior ajuda foi de facto a amizade e cumplicidade que ela estabeleceu com toda a equipa (educadores e auxiliares).” (E 3).*

## **FAMÍLIA 2 (F2)**

Nesta família ambos os progenitores eram toxicodependentes. Viviam em união de facto há mais de onze anos. Este casal teve outra filha que ficou a viver com os avós maternos. Esta família recebia apoio da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa – Emergência Social, no sentido de se organizarem ao nível de emprego e habitação.

### **a) Necessidades e/ou problemas identificados:**

No que concerne aos problemas/necessidades foram identificados a toxicodependência e ausência de habitação.

### **b) Intervenção:**

A equipa técnica elaborou um plano de intervenção individual. Foi acordado com os pais que frequentassem um programa de metadona, estando a equipa técnica sempre atenta ao cumprimento deste programa, já que mantinha contactos frequentes com os técnicos do Centro de Atendimento à Toxicodependência. Foi acordado também com os pais que procurassem emprego, que procurassem habitação e que mantivessem contactos assíduos com o seu filho. A equipa técnica mobilizou também os progenitores para que encontrassem uma creche no local de residência para o filho e que dessem continuidade ao trabalho desenvolvido no CAT, tal como, a intervenção precoce, programas de estimulação, terapia da fala e acompanhamento psicológico. Foi também proposto o acompanhamento a nível de terapia familiar a esta família na sede da APDMF. A equipa técnica da Casa da Encosta realizou também diversas visitas domiciliárias com o objectivo de acompanhar o desenvolvimento da situação.

Quando o projecto de vida foi definido como regresso à família biológica, foi necessário dar continuidade à intervenção iniciada no CAT e activar recursos na comunidade, onde a família se insere, para dar resposta às necessidades dessa família.

*“Nesta situação, foi proferida decisão pelo Tribunal, ficando o CAT designado para o acompanhamento da situação. Portanto, foi necessário acompanhar o tal programa de metadona, e perceber com os técnicos do Centro de Atendimento a Toxicodependência se os progenitores estavam de facto a cumpri-lo; foi também estabelecido que era necessário que ambos arranjassem trabalho; antes da criança sair do CAT, tentou-se que eles arranjassem, no local de residência, uma creche para o seu filho, uma creche*

*que fosse adequada ao horário de trabalho de um deles; foi também tentado que dessem continuidade a todo o trabalho que se deu início no centro: intervenção precoce, programas de estimulação, etc; e foram também sensibilizados para a continuidade da criança ao transitar, ter estes serviços a acompanhar a criança ou mantê-los aqui no CAT, mas dada a distancia foi impossível continuar esses apoios ao nível das terapias, mas tentaram na zona esse tipo de resposta, com a ajuda da Assistente Social do CAT. A criança só saiu após todos os recursos já enumerados atrás estarem assegurados. A própria creche, conseguiu encontrar resposta adequada ao programa de estimulação e à terapia da fala, aceitaram a ideia do filho ser acompanhado ao nível psicológico e ambos foram acompanhados em consultas de terapia familiar na sede da “nossa” Associação. Foi dos casos até há data que exigiu mais acompanhamento assíduo no terreno. Depois passou a ser acompanhado pelos serviços da SCM de Lisboa e pela CPCJ, isto porque dada a evolução positiva de ambos os progenitores, entendeu-se que o processo deveria sair do Tribunal e passar para a CPCJ com o acordo dos pais. (...).” (E 4).*

**c) Mudanças ocorridas na família:**

Como afirma a entrevistada, uma das principais mudanças neste caso, que teve influência directa no sucesso da intervenção foi ganhar a confiança desta família, “*as mudanças mais significativas, se é que se pode chamar mudança: a princípio, trabalhar com estes casais toxicodependentes, existe sempre uma falta de confiança nos técnicos, como vocês devem calcular; têm sempre o medo que lhes retirem os filhos; talvez a primeira mudança, e que demorou muito tempo, foi conseguir – se a confiança deste casal e conseguir que eles acreditassem em todos nós, não só técnicos mas toda a equipa de trabalho do CAT. Posso vos dizer que demorou, de facto, muito tempo a consegui-la.*” (E 4).

Paralelamente, é imperativo salientar o grande esforço na procura de trabalho, na concretização do programa de metadona e tudo aquilo que havia sido acordado no PII. Foi conseguido um resultado positivo no que se refere a competências parentais, à superação de ansiedades e medos relativamente ao filho e com eles próprios ao nível das competências pessoais. Esta família foi acompanhada a nível de terapia familiar e assegurou a continuidade de todo o trabalho feito com a criança no CAT.

*“Os contactos que ambos estabeleceram com o filho, se nos reportarmos aos contactos, quando falo de contactos são as tais visitas que ambos os progenitores estabeleceram com o seu filho durante estes dois anos, eram sempre avaliados pelas educadoras e pelos psicólogos. E foi de facto, muito importantes estes contactos, para depois se trabalhar os progenitores a responder adequadamente e assertivamente às necessidades do seu filho. Também, foi importante percebermos as ansiedades, os medos, quer do pai quer da mãe, até em relação ao futuro. Foram estes contactos que ajudaram a equipa a definir com eles um trabalho de inter- ajuda aos níveis das competências parentais e aos poucos a eles irem superando essas ansiedades, esses medos, e a construir um trabalho positivo com o filho e com eles próprios ao nível das competências pessoais.” (E 4).*

Este foi um caso recheado de avanços e recuos, mas a equipa técnica soube respeitar o ritmo desta família. Mais uma vez, o factor de sucesso neste caso foi a motivação e interesse desta família em cumprir o acordo estabelecido com o CAT com o objectivo de assumir a criança.

#### **d) Pós-encaminhamento:**

No que respeita ao pós-encaminhamento, o CAT programou visitas domiciliárias semanais, embora tenham sido mais espaçadas com a evolução da situação; o CAT manteve-se informado da assiduidade a nível do acompanhamento psicológico e terapêutico, infantário e necessidades da criança. Foram feitas também reuniões com os serviços implicados no processo, durante seis meses. Passado este período de tempo, o CAT informava o tribunal de toda a evolução do caso, de seis em seis meses.

*“De imediato foram programadas as visitas domiciliárias com periodicidade semanal, passando depois a serem espaçadas conforme íamos avaliando toda a situação; conhecimento da assiduidade ao nível do acompanhamento psicológico e terapêutico até da criança ao nível dos serviços que ele necessitava de ajuda; contactos com a escola com alguma regularidade, aqui refiro-me à escola mas era mais infantário/creche; reuniões semanais com os vários serviços implicados, foi muito importante concretizarem-se estas reuniões, durante seis meses com grande rigor; e depois de seis em seis meses informávamos o tribunal, portanto de toda a evolução da situação.” (E 4).*

### **FAMÍLIA 3 (F3)**

A progenitora é portadora de HIV, hepatite aguda e sofre de alcoolismo. Outrora deu à luz uma criança que veio a falecer devido a problemas de saúde. Por sua vez, o pai ausenta-se muitas vezes por motivos de trabalho. Esta família vivia num bairro considerado problemático.

#### **a) Necessidades e/ou problemas identificados:**

As necessidades/problemas desta família prendem-se essencialmente com o problema de saúde da mãe atrás mencionados. Além disto, identificaram-se também problemas relacionados com a habitação (precária) e ausência de suporte familiar. Relativamente à criança é importante referir que estava infectada com o vírus HIV mas posteriormente, negativamente.

Devido aos problemas atrás referidos, os pais não conseguiram assegurar o bem-estar da criança, levando então ao acolhimento da mesma. Desta forma, os pais assinaram uma declaração de consentimento para a adopção mas arrependeram-se e pediram que fosse anulada, tendo estes decidido investir na relação com a filha.

#### **b) Intervenção:**

Aquando do acolhimento da criança, realizou-se uma visita domiciliária com os progenitores, com o fim de a conhecer. Como refere a entrevistada *“após dois meses de acolhimento, houve uma visita domiciliária aos pais e estes mostraram arrependimento de terem concordado com a adopção e que assumiriam a sua filha caso lhe fosse dada essa oportunidade. Imediatamente foi estabelecido um plano individual de intervenção com os pais, acordando com estes contactos assíduos com a bebé.”* (E 5).

Neste sentido, a equipa técnica elaborou um plano individual de intervenção assim, trabalhou em articulação com a CPCJ, Hospital e parceiro da área de residência dos progenitores; foi realizada uma visita domiciliária; foram acordados contactos dos pais à criança; foi acordado com a mãe que esta frequentasse um programa de desintoxicação a nível do seu problema de alcoolismo. Ao longo do processo, foram realizadas várias reuniões com os progenitores e família alargada.

**c) Mudanças ocorridas na família:**

As mudanças, que neste caso podemos identificar são a confiança depositada na equipa técnica do CAT; o acompanhamento, por parte dos pais, de toda a situação de saúde da criança; a assiduidade dos contactos; o facto de a mãe ter iniciado uma desintoxicação devido aos seus problemas de alcoolismo; a constatação de carinho, afecto, preocupação e responsabilização que demonstraram tanto os progenitores como a restante família alargada que comparecia nas visitas; e por fim, o pai fez uma mercearia em casa, numa pequena divisão, garantindo assim o sustento da família.

**d) Pós-encaminhamento:**

Neste caso, o pós-encaminhamento foi feito através de várias visitas domiciliárias tanto por parte dos técnicos do CAT, como de técnicos da CPCJ, e outros técnicos de serviços próximos da residência desta família. Foi feito também um controlo rígido a nível de medicação, higiene, alimentação e de assiduidade às consultas de desenvolvimento. Este acompanhamento dura até hoje, embora esporadicamente.

**FAMÍLIA 4 (F4)**

A F4 é uma família monoparental feminina. A mãe das crianças acolhidas é uma mulher muito jovem com uma trajectória de vida conturbada, baseada em modelos disruptivos e comportamentos anti-sociais. Isto conduziu a uma situação de exclusão.

Esta mãe foi posta fora de casa dos pais, pelo que esta e os filhos pernoitavam nas traseiras de uma casa, nomeadamente numa casa sem o mínimo de condições de habitabilidade. Esta família foi acolhida num centro de acolhimento da Santa Casa da Misericórdia. Depois as crianças foram encaminhadas para a Casa da Encosta e a mãe regressou para a casa dos pais.

**a) Necessidades e/ou problemas identificados:**

Neste sentido, as necessidades/problemas identificados foram, a falta de habitação, precariedade económica e desemprego.

**b) Intervenção:**

A equipa técnica elaborou um plano individual de intervenção com esta família. Assim, foram feitos esforços no sentido de implicar os vários serviços da comunidade (Centro Infantil onde as crianças se encontravam, CPCJ que acompanhava o caso e Segurança Social). Assim, foram realizadas reuniões com estes serviços, entrevista e reuniões com a mãe, bem como visitas domiciliárias.

Durante o acolhimento das crianças, estas foram passar o Natal com a mãe. Durante este período, foi feita uma avaliação positiva da estadia das crianças na casa da mãe. Deste modo, as crianças começaram a passar os fins-de-semana com a mãe. Pode-se também constatar que esta progenitora cumpria sempre o plano de visitas às crianças.

**c) Mudanças ocorridas na família:**

No que diz respeito às mudanças, a progenitora conseguiu assegurar um subsídio para ajudá-la a sustentar os filhos, e assegurou também trabalho e casa (através de Instituto de Gestão Financeira da Segurança Social). *“Após a mãe reunir as condições aceitáveis: subsídios para sustentar os filhos, trabalho, casa, surgiram mudanças significativas. Aos poucos começou por levar os filhos aos fins-de-semana, depois pelo natal, e todo este trabalho foi sendo avaliado não só pelo CAT mas também pela CPCJ, Segurança Social local, ect. Destas reuniões e visitas conjuntas à família entendeu-se que havia condições de retorno assim que a mãe tratasse das escolas e ATL’s e lembro-me na altura que era necessária uma intervenção precoce para uma destas crianças.”* (E 6).

**d) Pós-encaminhamento:**

Neste caso, embora os técnicos fossem da opinião que as crianças ficassem um tempo com os avós maternos para que a mãe organizasse melhor a sua vida, esta recusou e quis assumir os seus filhos. Assim, não houve pós-encaminhamento neste caso, pois tanto a equipa técnica do CAT e como a CPCJ deixaram de conseguir contactar com a mãe das crianças.

*“ (...) Não houve qualquer tipo de acompanhamento do CAT, pois a mãe cortou relações com a equipa e com a CPCJ, pois entendeu que a perspectiva das crianças irem para a avó, achou que os técnicos não confiavam nela. Por vezes, quando surge*

*esta falta de confiança dos pais em relação aos técnicos, leva a que as crianças deixem de ser acompanhadas por nós. Existe logo um corte radical da parte dos seus progenitores, foi o que aconteceu neste caso” (E 6).*

### **FAMÍLIA 5 (F5)**

A progenitora da **F5** é uma mulher oriunda da Guiné-bissau que veio viver para Portugal aos 13 anos, após o suicídio da sua mãe. Aos 14 anos é mãe pela primeira vez, como afirma a entrevistada, *“o que resulta numa mulher que conheceu a maternidade pela primeira vez ainda criança. Existindo uma grande necessidade de figura de referência maternal, facto que não existiu.”* (E 7).

Como estava a viver em condições precárias resolve emigrar clandestinamente para a Alemanha, onde viveu seis anos e teve outro filho. Entretanto volta a Portugal para viver com um tio mas não foi por muito tempo, visto que, as discussões com este eram uma constante. Assim, começa a viver na casa de amigas. Entretanto teve outra relação que não resultou, e da qual nasceu uma criança com deficiência que foi para adopção.

#### **a) Necessidades e/ou problemas identificados:**

Analisada esta família, foram verificadas necessidades/problemas como a falta de habitação, desresponsabilização da mãe, trabalho precário e esporádico, precariedade económica, ausência de suporte familiar, poucas capacidades de maternage e problema de legalização.

#### **b) Intervenção:**

Para colmatar estes problemas, a equipa técnica do CAT estabeleceu um Plano Individual de Intervenção com a mãe. Esta foi informada e apoiada ao nível da sua legalização e foram feitas reuniões com os vários serviços competentes para este fim. Procedeu-se à legalização das crianças também, já que estas não tinham qualquer documento de identificação, e tentou-se saber qual o grau de escolaridade que estas tinham, já que a mãe não soube dar esta informação. Foram, também, programadas com a mãe visitas aos filhos no CAT. Relativamente às outras necessidades identificadas não foi feita qualquer intervenção e não foi definido um projecto de vida, na medida em que a mãe interrompeu a intervenção levando os filhos do CAT.



*“Nesta situação não se chegou a definir nenhum projecto de vida, pois a mãe um dia chegou aqui ao centro de acolhimento levou as crianças para passear, dizendo que não precisava mais da nossa ajuda e muito menos da entidade, que era na altura a CPCJ, estava cansada de se intrometerem na vida dela...e levou os filhos. Simplesmente os levou e nunca mais apareceu.” (E 7).*

#### **c) Mudanças ocorridas na família**

Consequentemente, não existiu qualquer mudança neste caso, como já foi referido no ponto anterior, a mãe levou as crianças para casa e não compareceu mais no CAT, alegando que estava farta que se intrometessem na vida dela. Desta forma, o CAT “ (...) só informou o tribunal e a CPCJ dos perigos que poderiam surgir caso esta mãe não continuasse a ser acompanhada (...)” (E 7).

#### **d) Pós-encaminhamento**

Não houve pós-encaminhamento neste caso.

### **FAMÍLIA 6 (F6)**

#### **a) Necessidades e/ou problemas identificados:**

O contexto familiar da **F6** era considerado problemático devido a uma grave carência/precariedade económica, desemprego, problemas habitacionais. Era também notório algum desinvestimento e alguma debilidade na família, nomeadamente a mãe que tinha problemas do foro psíquico, o que conduzia a dificuldades na prestação dos cuidados básicos à criança; eram também visíveis dificuldades de relacionamento e nas formas de comunicação. Foram estas as necessidades identificadas nesta família.

A criança apresentava baixo peso para a sua idade, mutismo selectivo e sofria de problemas cardíacos. Este problema de saúde obrigou a um internamento no hospital. Contudo, após resolvido o já referido problema de saúde a criança continuou no hospital, permanecendo lá cinco meses, isto porque não tinha alta social (apesar de ter alta clínica), como refere a assistente social *“é um menino de 10 anos com ligeira debilidade mental, mutismo social/selectivo (não fala, expressava-se com a cabeça e dizia poucas palavras tais como “sim”, “pode ser”, “gosto”), que esteve durante 5 meses no Hospital, com problemas cardíacos. A estadia no Hospital durante este*

*período deveu-se não á falta de alta clínica, mas sim social.” (E 8). Foi este o motivo que levou ao acolhimento.*

*Deste modo, e como refere a assistente social, “o contexto de origem define-se como destruturado; a mãe com 42 anos, é analfabeta com debilidade mental, já com filhos crescidos, que estão de relações cortadas com a mãe pois não aceitam que aquela tivesse outra relação. Quanto ao padrasto da criança, bastante mais velho, faz trabalhos esporádicos na construção civil, é subsidiodependente, é da opinião que a melhor solução para esta criança é a institucionalização. Tem má relação com o menor.” (E 8).*

#### **b) Intervenção:**

Toda a intervenção da equipa técnica do CAT foi feita em articulação com os serviços que já acompanhavam esta família antes do acolhimento da criança. *“Lembro-me que nesta situação foi definido um gestor de caso dada a empatia já estabelecida com esta família, ficando assim a tutelar do processo da CPCJ local, a responsável por um trabalho continuado.” (E 8).*

Quando a família ganhou confiança na equipa técnica da Casa da Encosta foi possível elaborar com esta família um Plano Individual de Intervenção *“aos poucos e uma vez que o menor acabou por ficar 235 dias, o que significa muito tempo, eu acho que é demasiado tempo num CAT, levou a que a família aceitasse também a nossa intervenção.” (E 8),* deste modo foi estabelecido um plano de visitas com os pais e definido um trabalho que implicava o acompanhamento especial do menor a nível escolar, acompanhamento psicológico e a criação de competências para aplicar medicação e cumprimento de consultas médicas. Foi combinado com os pais uma mudança nos hábitos alimentares, na higiene da habitação e aceitação de visitas domiciliárias com alguma frequência, embora com dias e horas combinados previamente.

A criança começou a passar os fins-de-semana com a mãe e com o padrasto, sendo o transporte assegurado pela Casa da Encosta.

**c) Mudanças ocorridas na família:**

Nesta família pode ser definido como mudança, o facto desta ter aceite e confiado na intervenção do CAT; o facto dos pais conseguirem assegurar positivamente fins-de-semana e férias e cumprirem o compromisso de trazer de volta o filho; constatou-se uma aproximação entre mãe e filho após o início das visitas a casa dos pais, uma vez que os mesmos não faziam visitas ao CAT por falta de poder económico para se deslocarem ao CAT; verificou-se também uma forte vinculação afectiva.

Com o passar do tempo, a equipa técnica do CAT considerou que a família foi progressivamente demonstrando indicadores positivos e organização, nomeadamente com os medicamentos da criança, com a marcação e comparência nas consultas e participação nas reuniões de encarregados de educação no externato do filho. Foi constatada também uma mudança ao nível da higiene da habitação e nos hábitos de alimentação da criança.

**d) Pós-encaminhamento:**

A Casa da Encosta assegurava bens alimentares para esta família uma vez por semana, bem como vestuário, brinquedos e medicamentos, tendo continuado a assegurar esses bens durante seis meses após a reintegração da criança na família. Foi definido com a CPCJ local um acordo de promoção e protecção onde foram acordadas as visitas domiciliárias quer da CPCJ quer do CAT e foi assegurado um transporte para o deslocamento da criança de escola para casa. Foram combinadas reuniões periódicas com a escola, CPCJ, psicólogo e com o CAT para os seis meses que se seguiram à reintegração da criança no seio familiar.

Como refere a assistente social “ (...) *Os procedimentos técnicos do CAT inerentes ao pós-encaminhamento variam de caso para caso, obviamente. Neste caso em concreto posso afirmar que houve um grande acompanhamento da equipa técnica da casa como já se disse em visitas domiciliárias semanais para trabalhar as competências parentais, que durou sensivelmente mais de um ano. Assim que se reavaliou a situação com a CPCJ, ao fim, como eu referi, de mais ou menos doze meses, entendeu-se que a família estava a ser capaz, foi responsabilizado o Colégio de ensino especial no sentido de ao mínimo sinal de risco sinalizar de imediato ou à CPCJ ou até mesmo ao CAT.* (E 8).

## **FAMÍLIA 7 (7)**

### **a) Necessidades e/ou problemas identificados**

A progenitora da F7 sofria de problemas de urologia, o que a obrigava a ficar hospitalizada muitas vezes. Deste modo, o único problema identificado foi a falta de recursos na comunidade que assegurassem as crianças quando se agravassem os problemas de saúde da mãe, uma vez que as crianças eram deixadas sozinhas quando isto acontecia. Isto porque a mãe não tinha suporte familiar e por outro lado, estava um pouco isolada da comunidade onde residia, não estabelecendo laços de amizade e vizinhança.

### **b) Intervenção**

Neste caso, a intervenção da equipa técnica com esta família foi o acolhimento das crianças enquanto a mãe se encontrava hospitalizada, como refere a assistente social que acompanhou este caso, *“apenas acolhemos as crianças durante 10 dias, por se entender que não havia mesmo ninguém na vizinhança, nem familiar que o pudesse fazer durante o internamento hospitalar da mãe.”* (E 9).

### **c) Mudanças ocorridas na família**

Posto isto, não houve qualquer mudança, *“neste caso, como vêem é um caso diferente de todos os outros. Foi sugerido à mãe que convivesse mais com a vizinhança ou que se aproximasse mais da família, pois os seus internamentos iriam surgir, infelizmente, com maior periodicidade e os filhos não podiam sempre andar de CAT ou a saltitar de casa em casa. Não houve mudança. E várias vezes estas crianças foram acolhidas nesta casa, foi sempre o sítio onde recorreu após a primeira vez. Não se registava o seu acolhimento, porque depois passou a ser assumido como um local de segurança até para as crianças, e também de referência até para a mãe. Portanto, aqui acabou por ser um local SOS em que a mãe recorria sempre que surgia necessidade de internamento. A própria mãe ligava, seja a que horas fosse da noite, e as crianças acabavam por entrar no CAT, e posso vos dizer que foram inúmeras vezes que isso aconteceu.”* (E 9). Deste modo, não houve definição de projecto de vida, na medida em

que havia uma forte ligação entre a mãe e os filhos, estes só necessitavam de um local para ficar em segurança quando a mãe tivesse que ser hospitalizada.

**d) Pós-encaminhamento**

Deste modo, não houve pós-encaminhamento.

**FAMÍLIA 8 (F8)**

Esta é uma família considerada multiassistida, visto que, as várias gerações têm sido acompanhadas há dez anos pelos serviços sociais, com casos de adopção no seio desta e com um grande estigma.

Os menores, antes do acolhimento, encontravam-se a viver com os avós maternos e a sua irmã mais velha. Viviam numa casa sem condições, sendo a irmã mais velha responsável pelos irmãos. A mãe vivia num quarto alugado visitando-os com frequência. Os progenitores revelavam-se incapazes de assegurar o bem-estar e protecção das crianças.

**a) Necessidades e/ou problemas identificados:**

As necessidades remetem, essencialmente, para a organização desta família ao nível do trabalho, habitação, competências parentais e estabilidade a nível comportamental.

**b) Intervenção:**

Aquando do acolhimento das crianças no CAT, a equipa técnica estabeleceu um plano individual de intervenção, no qual foi estabelecido um plano de visitas com a mãe, com vista à aproximação da mãe aos filhos e trabalhar competências maternas. Simultaneamente foi feito um trabalho ao nível de competências escolares e acompanhamento pedopsiquiátrico às crianças porque o comportamento das crianças o exigiu (fugas, agressividade e instabilidade). Foi feita uma entrevista aos pais das crianças, bem como reuniões com estes separadamente. Esta equipa fez visitas domiciliárias e estabeleceu um plano de trabalho que consistia na assiduidade e pontualidade nos contactos, organização ao nível do trabalho, habitação e avaliação desses contactos e visitas.

Segundo a assistente social do CAT foi necessário “ (...) *dar continuidade ao trabalho, a mãe procurou escola na área de residência, a mãe inscreve-se no médico de família juntamente com os filhos, inscreve as crianças no ATL, a mãe vai às terapias ocupacionais e pedopsiquiatria no CADIN e entende a necessidade de isso acontecer, comprometendo-se a levá-los ao CADIN, às consultas marcadas, bem como dar a medicação indicada. A Casa da Encosta contacta a Segurança Social da área de residência, conhece todos os serviços da zona de residência e entra em contacto com o projecto “A minha casa é o meu lar” das Florinhas da Rua, no sentido de haver um trabalho de terreno mais sistémico e constante*” (E 10).

Em simultâneo, foram também realizados contactos com os serviços da área de residência com vista a desenvolver-se um trabalho de terreno constante e contínuo.

#### **c) Mudanças ocorridas na família:**

Neste caso identificaram-se mudanças significativas. Segundo as assistentes sociais que acompanharam o caso, “ (...) *Aos poucos começa-se a verificar mudanças: a mãe continua com o companheiro, que é o seu suporte, muda para uma casa maior, com boas condições de habitabilidade e tem-na organizada, limpa, dá-se continuidade aos fins-de-semana e férias escolares. As crianças gostam de estar com a mãe, ficam contentes com a ida de fim-de-semana. A mãe questiona a equipa se as crianças podem ir para casa após as férias escolares. Fez pedido por escrito ao tribunal*” (E 10). Por outro lado, a mãe procurou escola na área de residência, inscreveu-se no médico de família juntamente com os filhos, inscreveu as crianças num ATL e acompanhou as crianças às consultas de terapia ocupacional e de pedopsiquiatria, assumindo também a responsabilidade de lhes dar a medicação adequada. Constatou-se também uma vinculação afectiva entre mãe e filhos bastante positiva.

#### **d) Pós-encaminhamento:**

No que respeita aos procedimentos subjacentes ao pós-encaminhamento retiramos o seguinte excerto das entrevistas realizadas: “ (...) *Aquando a ida ao tribunal, é decretada alteração da medida e alterado o acordo, e o projecto “A minha Casa é o meu lar” fica a acompanhar a situação. Assim, A Casa da Encosta, começa por fazer vistas domiciliárias conjuntas, entrevistas conjuntas e reuniões com os parceiros (Escola, ATL, CADIN e terapias da fala) para passar o caso. As crianças durante as*

*férias participam nas colónias que já conheciam durante o período que estiveram na Casa da Encosta.” (E 10).*

### **FAMÍLIA 9 (F9)**

#### **a) Necessidades e/ou problemas identificados:**

Desta forma, analisando a **F9**, aquando do acolhimento da criança no CAT, existia a necessidade de se fazer um trabalho de maternage, competências parentais, organização a nível de trabalho, habitação e procura de suporte familiar com esta mãe, na medida em que, o pai da criança encontrava-se preso por tráfico de drogas.

Como refere a entrevistada, *“esta bebé entrou na Casa da Encosta a pedido da CPCJ, para fazer os estudo e diagnóstico desta família e fazer-se um trabalho de maternage, isto porque, se trata de uma mãe muito jovem (18 anos), sem suporte familiar, a viver em casa de uns amigos e desempregada. Quanto ao pai da criança, está preso por tráfico de droga. A mãe é uma jovem que viveu num Instituto de Reeducação e foi retirada aos pais por maus-tratos. Em termos de apoio tinha o do Banco Alimentar.” (E 11).*

#### **b) Intervenção:**

A equipa técnica do CAT elaborou um plano de visitas, e foi proposto á mãe da criança que almoçasse e tomasse banho todos os dias na Casa da Encosta, o que foi recusado. A mãe foi acompanhada a uma consulta no Centro de Saúde, visto que, encontrava-se bastante debilitada fisicamente. Desde cedo se verificou que as visitas à filha eram precárias e que não seria possível fazer-se um trabalho ao nível de competências de maternage, como podemos constatar através deste excerto, *“Quando a mãe vinha, vinha com amigas e conversava com elas, ao invés de se responsabilizar pelos cuidados básicos á filha.” (E 11).*

Foi realizada uma visita domiciliária, pelo que se constatou que a mãe vivia numa barraca sem condições habitacionais, e foi feita uma visita ao pai da criança no estabelecimento prisional onde se encontrava detido. No entanto, a mãe conseguiu um emprego, mas não conseguiu organizar-se de forma a poder salvaguardar o bem-estar da

criança. Aos poucos, esta mãe acabou por abandonar a criança, já que deixou de contactar o CAT.

A Casa da Encosta foi contactada por uma tia paterna que se disponibilizou para assumir esta criança, e como nem a mãe, nem o pai constituíam resposta para assegurar o bem-estar desta criança, a equipa técnica começou a fazer entrevistas, visitas domiciliárias e reuniões com a CPCJ com vista a uma possível reintegração desta criança no seio familiar da tia. Procedeu-se também a contactos com as técnicas do E.P. de forma que o pai registasse a criança, o que acabou por fazer. A equipa técnica do CAT constatou também, que a tia tinha boas condições a nível habitacional e económico para assegurar esta criança, pelo que esta começou a ir passar fins-de-semana com a tia. A tia inscreveu a criança no jardim-de-infância, no Centro de Saúde e no seu médico de família, sendo o projecto de vida desta criança a sua integração no seio familiar dos tios paternos. Após a integração desta criança na família, os tios levavam-na a ver o pai ao E.P.

**c) Mudanças ocorridas na família:**

Neste caso não existiu mudança ao nível da família biológica nuclear, uma vez que a criança foi entregue aos tios paternos.

**d) Pós-encaminhamento:**

Durante os 6 meses após a entrega da bebé aos tios, a Casa da Encosta fez o devido acompanhamento, através de visitas domiciliárias, contactos com o centro de saúde e reunião com a educadora do jardim-de-infância. Tudo estava a correr bem. Passado esses 6 meses, a CPCJ ficou a acompanhar o processo. Continuamos a ter boas notícias, pois de vez em quando os tios e os primos fazem-nos visitas com o bebé.

**FAMÍLIA 10 (F10)**

Trata-se de um caso em que a mãe ausentou-se desde Dezembro a Março, tendo deixado os seus filhos aos cuidados de uma menor (prima dos seus filhos). Durante este período de tempo, os menores viviam com o valor de 150 Euros por mês, que a mãe deixou no banco, e que a prima tem movimentado. Assim, quando a mãe regressou, explicou as razões que a levaram a ir embora: a mãe foi para Angola porque um dos carros que



possui e que serve de aluguer de táxi, tinha sido furtado e teve que ir tratar dos documentos.

**a) Necessidades e/ou problemas identificados:**

Deste modo, relativamente à **F10**, foram identificados como problemas, ausência de suporte familiar e desresponsabilidade parental.

**b) Intervenção:**

Inicialmente, foi estabelecido pela equipa técnica, um plano individual de intervenção. Neste sentido, estabeleceu-se um plano de visitas, que a mãe sempre cumpriu, fizeram-se contactos com a escola, foi realizada uma visita domiciliária que permitiu constatar que a casa tinha boas condições habitacionais e estava limpa e organizada. Paralelamente, durante as visitas da mãe aos filhos no CAT, a equipa técnica constatou que existia uma forte relação entre a mãe e os filhos. Neste caso, a mãe pediu uma audiência ao tribunal, e o filho mais velho escreve uma carta ao mesmo, pedindo para voltar para casa da mãe. O tribunal mudou, então, a medida para apoio junto da família e a EMAT – Segurança Social fica a acompanhar este caso.

**c) Mudanças ocorridas na família:**

Neste caso, não foi verificada qualquer mudança pela equipa técnica do CAT, na medida em que, não houve a necessidade de produzir mudanças no seio desta família. Isto porque o que motivou a retirada das crianças foi a ausência da mãe para ir a Angola tratar dos seus negócios, deixando os seus dois filhos ao cuidado de uma menor da sua confiança (prima). É imperativo analisar a atitude desta mãe à luz da cultura africana, onde é natural confiar as crianças aos mais jovens. Neste caso em concreto, a menor que ficou encarregue dos menores foi negligente, o que levou ao pedido de acolhimento. Contudo, quando a mãe regressou de Angola e soube do sucedido foi de imediato ao CAT ver os filhos. A equipa técnica teve oportunidade de observar de imediato a excelente relação entre aquela família. Além disto, como já foi anteriormente referido, a mãe reunia todas as condições para viver com os seus filhos.

**d) Pós-encaminhamento**

Neste caso não houve pós-encaminhamento.

### **FAMÍLIA 11 (F11)**

Esta é uma família de extracto social elevado, o que contraria a ideia preconcebida que só as famílias carenciadas são as que têm contactos com os serviços sociais.

#### **a) Necessidades e/ou problemas identificados:**

Aquando da entrada das duas crianças no CAT, verifica-se, na **F11**, os seguintes problemas: ausência de suporte familiar, patologia do foro psíquico da mãe (tem acompanhamento a este nível há 30 anos) e desresponsabilidade parental. *“Resulta pois, de uma família de extracto social alto, sem suporte familiar e a mãe já com 58 anos, sofre de patologia do foro psíquico e após a policia ter-se deslocado a casa da mãe, por causa de denúncias, e a CPCJ tem tomado conhecimento, estas crianças vêm para a Casa da Encosta. Esta mãe não pode ficar com os filhos, pois encontra-se descompensada. Há então que fazer um estudo e diagnóstico sobre a família alargada. A mãe, apesar de estar a ser acompanhada, necessita de mais apoio a nível familiar e psiquiátrico.”* (E 13).

#### **b) Intervenção:**

A equipa técnica do CAT fez uma visita domiciliária a casa da mãe vindo a constatar que a casa não tinha quaisquer condições de habitabilidade, na medida em que, encontrava-se desorganizada e queimada após os filhos terem tentado por fogo a um carrinho de brincar. A mãe passou mesmo um fim-de-semana na Casa da Encosta com os filhos.

Posteriormente, esta equipa contactou com o Centro de Saúde e com a escola das crianças, estas não comiam em casa, vinham cheios de fome e desnutridos, quanto à roupa não era adequada para a época do ano.

Durante o acolhimento das crianças, foram realizadas várias reuniões e contactos telefónicos entre os técnicos do CAT, família (mãe, primo e tio das crianças), com a CPCJ e com o sub comissário da PSP, no sentido de definir o projecto de vida das crianças.

**c) Mudanças ocorridas na família:**

Neste caso não houve mudança na família biológica nuclear, tendo sido as crianças entregues ao primo. *“Assim e após a mãe ser internada em psiquiatria no Hospital S. Francisco Xavier, as crianças foram viver temporariamente para casa de uns primos em Abrantes para aqueles irem para a escola, assim que acabasse o anos escolar e as férias escolares, aqueles iriam viver com o outro primo (sem filhos e solteiro) em Belas. Este de facto é o familiar mais próximo da mãe e é padrinho de um deles. É arquitecto. A ida para os primos em Abrantes seria apenas temporária para que o primo se organizasse.”* (E 13).

**d) Pós-encaminhamento**

Não houve pós-encaminhamento por parte do CAT. A CPCJ ficou responsável pelo caso.

**FAMÍLIA 12 (F12)**

Esta família vivia na Guiné-Bissau, no entanto, devido a um problema de saúde da criança – fistula recto-vaginal – a mãe veio para Portugal para que a sua filha recebesse os cuidados médicos adequados para o seu problema, visto que, na Guiné não podiam assegurar esse tipo de tratamento. Ultrapassados os problemas de saúde, mãe e filha, enfrentaram outros problemas na medida em que não tinham visto de permanência e as dificuldades a nível económico eram muitas. Assim, a mãe toma conhecimento de um lar que acolhe crianças carenciadas. Deste modo, com um ano e oito meses, a criança deu entrada no referido lar. A partir desse momento, os contactos entre mãe e filha são esporádicos devido à distância entre a residência da mãe e o lar, o que teve consequências graves na relação/vinculação entre mãe e filha.

**a) Necessidades e/ou problemas identificados:**

Neste sentido, à **F12**, foram identificadas as seguintes necessidades/problemas: fecho do lar onde a criança se encontrava institucionalizada, precariedade económica, ilegalidade da mãe e desvinculação afectiva entre mãe e filha. Da entrevista realizada constata-se que *“ (...) a criança reage negativamente à presença da mãe. Mas esta não desiste mesmo confrontada com o choro compulsivo, tremores, etc; Esta diz que isto sempre*

*aconteceu, principalmente porque como não tinha dinheiro para a ir visitar. Só estava com a filha no último fim-de-semana do mês ou nas férias da escola. Aquando o seu interesse a mãe esteve sempre com a filha. Assim e após a avaliação e acompanhamento psicológico foi diagnosticada, á menor, que aquela vê a mãe apenas nos maus momentos e que a relaciona o sofrimento com a operação, por isso, sente-se muito revoltada. Juntamente a isso, sente que a mãe a abandonou por isso reage assim com a mãe (...)" (E14).*

**b) Intervenção:**

Devido a estes problemas, no Plano Individual de Intevenção elaborado, a equipa técnica do CAT começou por trabalhar a relação entre mãe e filha, o que se concretizou através de apoio psicológico à criança. Isto foi desenvolvido também, com visitas constantes, passeios entre as duas e mais tarde fins-de-semana juntas. As visitas da mãe ao CAT para ver a filha eram sempre acompanhadas pelo Psicólogo e pela Assistente Social de forma a trabalhar-se esta relação.

A nível social, fizeram-se visitas domiciliárias onde se verificou que a mãe tinha uma casa organizada e com boas condições de habitabilidade; apoiou-se a mãe ao nível de trabalho, uma vez que esta trabalhava em limpezas mas não tinha contrato; e também ao nível da sua legalização, através de contactos com a Associação de Solidariedade Emigrante, SEF e SOS Emigrante.

A equipa técnica encaminhou a mãe para a procura de jardim-de-infância e estabeleceu contactos com um serviço da comunidade onde residia de forma a garantir algum apoio a nível de Banco Alimentar, ATL e Jardim-de-infância para esta família. Para além disso foram também efectuados contactos com a CPCJ.

**c) Mudanças ocorridas na família:**

Este foi um caso em que se pôde verificar mudança, uma vez que aos poucos se começou a verificar uma aproximação entre mãe e filha, a mãe conseguiu um contrato de trabalho, deu-se início ao processo de legalização, a mãe fazia todos os esforços para comprar roupa e brinquedos à filha e mudou-se para uma casa melhor.

**d) Pós-encaminhamento:**

Neste caso, a equipa técnica deu continuidade ao acompanhamento por 6 meses. Fez-se vistas domiciliárias de 15 em 15 dias e contactos telefónicos semanais com a família. *Quanto ao serviço foi realizado varias reuniões. Após os 6 meses a CPCJ encaminhou a situação para a CPCJ da área de residência da criança. A mãe continua a contactar esta equipa e já trouxe a filha com ela. Agora as duas estão bem próximas (E 14).*

**FAMILIA 13 (F13)**

**a) Necessidades e/ou problemas identificados:**

No caso da **F13**, a criança deu entrada no CAT devido à reclusão da mãe por problemas políticos do país de origem. Mãe e filha já tinha estado noutros países antes de Portugal, o que veio a resultar numa instabilidade familiar.

**b) Intervenção:**

Neste caso, a única intervenção realizada foi proporcionar os contactos entre mãe e filha na prisão, pelo que, ia sempre a acompanhar um técnico do CAT e um elemento da Interpol. A equipa do CAT tentou minimizar o seu sofrimento, protegê-la, ajudá-la a integrar-se junto das outras crianças e aprender a língua portuguesa.

**c) Mudanças ocorridas na família:**

Não foi verificada mudança neste caso uma vez que não houve intervenção com a família. Deste modo, o TFM alterou a medida de Acolhimento em Instituição para medida de Apoio Junto da Mãe.

**d) Pós-encaminhamento**

Não houve pós-encaminhamento. Contudo, neste caso em particular, a mãe da criança estabeleceu uma boa relação com a equipa técnica do CAT, mantendo contacto através de telefonemas e visitas ao CAT.

### **FAMÍLIA 14 (F14)**

#### **a) Necessidades e/ou problemas identificados:**

No que diz respeito à **F14**, os problemas associados são: toxicod dependência da mãe, emprego instável do pai (este passava muito tempo fora do país a trabalhar), e desresponsabilização parental. Como refere a assistente social que acompanhou o caso, *“este é um caso de uma criança de 7 anos, filho de mãe toxicod dependente sem motivação para a sua recuperação, mas em programa de metadona. O pai, que está separado da mãe, é marítimo, passando longos meses fora, não tem trabalho estável. A família materna não é resposta, até porque não quer estar com o neto. Quanto á família paterna, o pai afirma gostar muito do filho e pede um tempo para se organizar, mas vive com a sua mãe, que não gosta da ideia do neto ir viver lá para casa, até porque trata-se de uma mulher muito dependente do filho e este resulta em atenções partilhadas. Aqui está implícito que esta família se organize e que avó aceite o neto.”* (E 16).

#### **b) Intervenção:**

O Plano Individual de Intevenção foi elaborado com o pai, visando a reintegração da criança na família paterna. Relativamente à família materna, a equipa técnica do CAT contactou com a mãe e avó materna da criança. A avó materna desde logo se recusou a assegurar o neto e recusou a visita domiciliária proposta pelo CAT. Após visita domiciliária a casa da mãe, constatou-se que a casa não tinha condições habitacionais, e mesmo tendo sido informada da existência de visitas, esta nunca compareceu nem contactou o filho. *“A Casa da Encosta, contactou com a família materna para se iniciar um trabalho, juntamente com a CPCJ. Quanto á avó, aquela referiu que não estava interessada em ajudar o seu neto. Foi feita uma visita domiciliária á mãe, em termos habitacionais, a casa não tinha condições, estava desorganizada, foi-lhe dito que haveria visitas e que gostaríamos de a ajudar, deu-se-lhe os contactos da Casa da Encosta, nunca apareceu.”* (E 16).

Todavia, tanto o pai como a avó paterna se disponibilizaram para visitar a criança e assegurar fins-de-semana. A mãe da criança foi convocada para uma reunião no CAT com a CPCJ, mas não compareceu. O CAT Casa da Encosta fez contactos com o Centro

de Atendimento à Toxicodependência em que a mãe da criança estava a ser acompanhada para se informar sobre a sua situação.

Deste modo, a criança começa a passar fins-de-semana em casa do pai e da avó (vivem juntos) e também períodos de férias, sempre com o acompanhamento do CAT através de visitas domiciliárias e contactos telefónicos. *“A criança começa a ir passar os fins-de-semana com o pai e avó paterna. Este menino, aquando regressava das idas ao fim de semana, chorava e queria ir viver com o pai.”* (E 16).

O CAT acordou com o pai que este fizesse um levantamento de escolas e actividades na sua zona de residência de forma a poder integrar a criança no seu seio familiar e que tentasse encontrar um trabalho estável em Portugal. *“O pai mostrou-se interessado para ir a uma UNIVA, para inserção no mercado de trabalho, há boas hipóteses visto ter qualificações.”* (E 16).

#### **c) Mudanças ocorridas na família:**

Neste caso verifica-se mudanças nesta família, uma vez que o pai mostrou interesse em assumir o filho, arranjou trabalho estável em Portugal e fez obras em casa. Também a avó paterna mostrou interesse em ter o neto em sua casa, como podemos verificar pelo excerto da entrevista, *“o pai diz querer assumir o filho, aquele refere que já não vai para o estrangeiro e fica em Portugal, encontra trabalho e começa a fazer obras em casa. O processo passa para o Tribunal. o menino começa a pedir ao pai para voltar com ele para casa. A avó diz que o melhor é o neto ficar em sua casa.”* (E 16).

#### **d) Pós-encaminhamento:**

Relativamente ao pós-encaminhamento *“ (...) contactou-se com os serviços implicados, no entanto, o pai recusou o acompanhamento. Assim, a casa da encosta, porque acha que é uma situação que merece acompanhamento, sinalizou as equipas de acompanhamento a crianças e jovens da Santa Casa e informou o tribunal.”* (E 16).

### **FAMÍLIA 15 (F15)**

#### **a) Necessidades e/ou problemas identificados:**

Podemos identificar como problemas na **F15**, a desorganização familiar, toxicod dependência e prostituição da mãe, problemas do foro psíquico, violência doméstica e delinquência do pai. Como refere a assistente social que acompanhou o caso, *“trata-se de uma família desorganizada. É um bebé filho de uma mãe muito jovem, toxicod dependente, com má relação com a família e com problemas de saúde mental. Esta mãe estava em conflito com a família e para tal estava sozinha. O pai da criança é um delinquente que já esteve detido por homicídio. Esta jovem mãe prostituía-se. Trata-se também de uma situação de violência doméstica, sempre que a mãe estava com os avós havia grandes discussões.”* (E 17).

#### **b) Intervenção:**

Neste caso a intervenção feita com a família foi muito escassa porque a criança esteve muito pouco tempo no CAT. Isto porque após o acolhimento da criança, os avós maternos contactaram a Casa da Encosta afirmando estar disponíveis para ficar com a neta e informaram o CAT que seriam ouvidos em tribunal. Face à problemática de violência doméstica entre a mãe e os avós maternos da criança, o CAT propôs terapia familiar, o que foi recusado. A mãe da criança compareceu a uma entrevista no CAT.

Como podemos verificar por este excerto da entrevista *“face á problemática de mau relacionamento e de falta de comunicação entre elementos, foi proposto terapia familiar. A avó falou com a filha e esta veio a uma entrevista. Estava descompensada, é notório ter problemas de saúde mental, estava deprimida. Não ouvia nada.”* (E 17), e embora tenha sido também marcada uma visita domiciliária, a decisão do tribunal entregando a criança aos avós maternos não permitiu a sua realização, uma vez que estes foram buscar a criança no próprio dia. Foi realizada uma reunião com os serviços parceiros implicados no caso, da qual resultou uma informação escrita ao tribunal na qual os técnicos defendiam não ter sido feito um estudo e diagnóstico da situação e que o acompanhamento por parte do EATL seria fundamental.



**c) Mudanças ocorridas na família:**

Concluindo, neste caso não existiu mudança, visto não ter havido tempo para concretizar a intervenção, uma vez que o caso foi resolvido sem ter em conta a opinião dos técnicos que acompanhavam o caso.

**d) Pós-encaminhamento:**

Não houve pós-encaminhamento.

**2.3. Análise Global da Intervenção realizada com as Famílias em estudo**

Terminada a exposição inerente a cada uma das quinze famílias procedemos a uma análise mais profunda da intervenção realizada com as mesmas com vista à mudança, que por sua vez, irá possibilitar a reintegração da criança no seio familiar biológico nuclear ou alargado.

Debruçando-nos sobre o que está exposto atrás é claramente visível que o processo de intervenção segue uma lógica faseada, tal como refere a autora Cristina de Robertis (1981). Segundo esta autora qualquer intervenção começa com a existência de um pedido, sendo esta considerada a primeira fase do processo de intervenção. Isto é visível em todos os casos estudados, ou seja, o pedido de acolhimento constitui sempre o início da intervenção do CAT. Este é um pedido institucional que chega por via formal, ou seja, é sempre feito por uma entidade que já acompanhava a criança e/ou a família. Essas entidades são por exemplo as comissões de promoção e protecção, a segurança social, hospitais, tribunais, entre outros. Quando estas entidades fazem o pedido que é sempre enviado por fax, este já contém toda a informação existente subjacente á família e criança (envio de relatórios e informações sociais). Isto significa que quando o pedido chega ao CAT já existe um diagnóstico onde as necessidades e problemas da família já estão identificados devidamente. Como refere a entrevistada E1 relativamente à família F2 “*neste processo as necessidades sentidas já vinham identificadas*”. Neste sentido, a equipa técnica, ao recepcionar o pedido avalia-o e decide se há possibilidade de acolher a criança. Uma vez aceite o pedido, passa-se à *análise da situação* (perspectiva da autora Cristina de Robertis) que corresponde ao pré-acolhimento (metodologia de intervenção do CAT), constituindo assim a segunda fase do processo de intervenção, onde os profissionais encarregues do caso fazem o aprofundamento do diagnóstico,

recolhendo o máximo de informação pertinente possível. Nesta etapa é muito comum que a assistente social do CAT contacte com colegas que já acompanhavam o processo a solicitar informação e documentação em falta da criança e família para organizar o processo da criança. Este é um trabalho mais burocrático que, segundo a autora Cristina de Robertis (1981) se designa por intervenção indirecta porque se desenrola na ausência dos utentes.

Uma vez ultrapassadas estas duas etapas iniciais avança-se para a terceira etapa que corresponde ao acolhimento da criança, segundo a metodologia de intervenção do CAT, e na óptica de Robertis (1981) à avaliação preliminar e operativa, elaboração de um projecto de intervenção social e estabelecimento de um contracto e colocação em prática do projecto comum e das estratégias de intervenção escolhidas. É, então, nesta terceira fase que a equipa técnica estipula objectivos e metas a alcançar, bem como estratégias a utilizar, com o intuito de produzir mudanças significativas no sistema familiar que possibilitem a reintegração da criança no mesmo.

Atendendo às quinze famílias analisadas anteriormente verificamos que na sua maioria foram submetidas ao plano individual de intervenção: “*A intervenção da equipa deste centro aquando da entrada, foi a seguinte: primeiro foi elaborado de imediato um plano de intervenção individual, tendo sempre em conta as necessidades já apontadas pelos relatórios que acompanharam a criança (...)*”(E1, F2). Este plano tem como objectivo intervir directamente nas necessidades e problemas identificados, assim como capacitar os pais para o papel parental, tendo sempre em conta o tempo útil da criança. Deste modo, é marcada uma entrevista com os progenitores para explicar o funcionamento e regras da instituição e, simultaneamente, conhecê-los e perceber qual a sua motivação para colaborar com o plano. Neste primeiro encontro é lida a designada *carta aos pais* que pode ser considerado o contracto entre os pais e o CAT. Neste documento fica acordado também o plano de visitas, sendo este muito importante para que a equipa técnica possa ir progressivamente avaliando a relação entre pais-filhos e, ainda a assiduidade dos contactos. Um exemplo da elaboração do plano de visitas encontra-se na F9 “*(...)Logo após o acolhimento elaborou-se um plano de visitas (...)*” (E11).

Outro dos procedimentos que se observaram praticamente no trabalho com estas quinze famílias são as visitas domiciliárias, instrumento de trabalho de eleição do serviço

social, que permite analisar a família no seu espaço físico e relacional, isto é, a casa. Exemplificamos isto com um excerto da entrevista sobre a F9 “(...) *Com as visitas domiciliarias foi notório o envolvimento da família e o espaço que aquela já ocupava.*”(E11). É ainda importante referir que as visitas domiciliárias surgem na considerada terceira fase da intervenção e podem-se prolongar até á fase final da intervenção, consoante a necessidade de as concretizar.

Como pano de fundo da intervenção do CAT observamos o trabalho em rede interinstitucional, estando subjacente a esta actuação o modelo de intervenção em rede e parcerias que apresentamos no enquadramento teórico desta investigação. Isto porque trabalhar com famílias é complexo dado à sua diversidade. Além disto é um trabalho que não pode ser feito isoladamente. Nas entrevistas que fizemos é extremamente visível a presença do referido modelo na actuação da equipa técnica do CAT. Um exemplo disto encontra-se na intervenção realizada com a F1 “*Foi de imediato articulado todo o trabalho com as várias entidades que acompanhavam o caso antes da entrada no CAT (...)*”. (E3). Nas quinze famílias verificamos que a equipa técnica do CAT estabelecia contactos constantes com as entidades parceiras, reuniões periódicas e até visitas domiciliárias conjuntas. Este trabalho em rede é evidente no trabalho com a família F6 “*Foi definido neste caso com a CPCJ local um acordo de promoção e protecção mais ou menos por seis meses de acompanhamento, onde foram acordadas as visitas domiciliárias quer da CPCJ quer do CAT, entrega de alimentos, roupas, brinquedos e medicamentos durante seis meses pela casa da encosta; acompanhamento escolar especial, ou seja, neste caso manteve-se no mesmo colégio de ensino especial, houve um acordo com a própria escola no sentido de o ir buscar a casa com a carrinha e levá-lo. Combinou-se também reuniões periódicas com a escola, com CPCJ, com o psicólogo que acompanhava a criança e também com o CAT*”. (E8)

Outro modelo de suporte à intervenção do CAT que conseguimos identificar durante a análise destas famílias é o modelo sistémico também já referido no quadro teórico. Na actuação da equipa técnica com as famílias em estudo é notória a sua perspectiva sistémica, ou seja, compreendem o sistema família e as interacções que se estabelecem dentro desse sistema e deste com o meio envolvente, tentando sempre entender os problemas da família na sua globalidade. Para exemplificar recorreremos à F8: “*Demos continuidade ao trabalho, a mãe procurou escola na área de residência, a mãe inscreve-se no médico de família juntamente com os filhos, inscreve as crianças no*

*ATL, a mãe vai às terapias ocupacionais e pedopsiquiatria no CADIN e entende a necessidade de isso acontecer, comprometendo-se a levá-los ao CADIN, às consultas marcadas, bem como dar a medicação indicada. A Casa da Encosta contacta a Segurança Social da área de residência, conhece todos os serviços da zona de residência e entra em contacto com o projecto “A minha casa é o meu lar” das Florinhas da Rua, no sentido de haver um trabalho de terreno mais sistémico e constante.” (E10).*

Paralelamente, consideram os elementos que constituem o sistema como interdependentes estando sempre em interacção. Devido à relação de interdependência e interacção, quando um elemento do sistema sofre uma alteração todo o sistema é afectado. Isso é bastante notório na F1 em que a mudança positiva da mãe influenciou também positivamente todo o sistema familiar conduzindo à reintegração da criança no mesmo “(...) *Posso-vos afirmar que esta mãe dada a aproximação/vinculação que estabeleceu com o seu filho, acabamos por concordar em equipa e com a mãe que esta ficasse durante a noite, e cuidasse ela mesma das necessidades do filho. E o que vos posso dizer é que beneficiou e muito a criança em termos de desenvolvimento, e a mãe em termos de auto-estima como mãe*”.(E3). É importante sublinhar que os modelos de intervenção patentes estão presentes ao longo de todo o processo.

Regressando às fases da intervenção, situemo-nos agora na quarta fase do processo que é a avaliação dos resultados segundo Cristina de Robertis (1981) e encaminhamento (metodologia de intervenção do CAT). A avaliação dos resultados é sem dúvida, uma fase muito importante porque consiste em avaliar o caminho percorrido e em avaliar as mudanças que aconteceram. A avaliação das quinze famílias em questão foi sendo feita no desenrolar da intervenção e também no final. O excerto da entrevista relativa à F2 revela a importância dada pela equipa técnica à avaliação dos resultados no decorrer da intervenção “(...) *a avaliação do PII que se estabeleceu com eles (...) teve um significado mais positivo. Podendo afirmar, que na avaliação das tarefas propostas, havia constantemente avanços e recuos. Posso vos dizer também que de início houve sempre recuos, acabava por se avaliar o PII e não havia nada de positivo, não se tinha operado qualquer mudança significativa. A partir do momento que se estabeleceu com eles uma relação na base da confiança, começamos a perceber que de facto houve um grande esforço na procura de trabalho, em concretizar o programa de metadona, etc, tudo aquilo que de início foi acordado no PII (...)*” (E4).

Por outro lado, esta avaliação possibilita já a definição e implementação do projecto de vida, isto é, o encaminhamento da criança. Tal encaminhamento é sempre feito em articulação com as instituições parceiras da intervenção. Para tornar visível como o CAT procede nesta fase retirámos o excerto da entrevista: *“conjuntamente com os vários serviços, neste caso, IRS, Centro de Atendimento a Toxicoddependência, avós maternos, avós paternos. E após acordado que a criança poderia regressar à sua família biológica, e portanto quando estou aqui a falar de família biológica, é regressar a casa dos progenitores, foi de imediato informado o Tribunal e solicitada uma sessão conjunta com as pessoas todas que acabei de enumerar (técnicos, família alargada e progenitores).”* (E3)

A quinta e última fase designa-se para Robertis (1981) como o fim da intervenção e na metodologia do CAT pós-encaminhamento. Este depende sempre da relação que a família estabeleceu com o CAT. Como podemos ver com a análise destas famílias temos dois exemplos antagónicos. Uma família (F4) que cortou relações com o CAT: *“(...) Neste caso não houve qualquer tipo de acompanhamento do CAT, pois a mãe cortou relações com a equipa e com a CPCJ, pois entendeu que a perspectiva das crianças irem para a avó, achou que os técnicos não confiavam nela. Por vezes, quando surge esta falta de confiança dos pais em relação aos técnicos, leva a que as crianças deixem de ser acompanhadas por nós. Existe logo um corte radical da parte dos seus progenitores, foi o que aconteceu neste caso.”* (E6). Exemplificamos agora uma família, que por sua vez, aproveitou a disponibilidade e apoio dado pelo CAT (F1): *“(...) Chamo a atenção que no nosso centro, dada a ligação que foi estabelecida com esta mãe e com esta criança, ficamos ainda mais de um ano a acompanhar mãe e filho e portanto, sempre a par do desenrolar de toda a situação e posso afirmar que esta mãe não abdicou do apoio que foi dado por toda a equipa do CAT. E posso vos dizer também que, neste caso, a maior ajuda foi de facto a amizade e cumplicidade que ela estabeleceu com toda a equipa (educadores e auxiliares). Em suma, ela vinha muitas vezes com o seu filho ao centro por várias razões, e a considerada por nós mais importante, era o orgulho em nos mostrar o filho bem cuidado, e no fundo para vir buscar um pouco de “colo” e carinho que se estabeleceu com todos nós, técnicos e não técnicos”.*

Exposta esta análise podemos afirmar que o processo de intervenção segue uma lógica faseada, coerente e cronológica. Porém estas fases, por vezes, misturam-se, visto que, o processo de intervenção é dinâmico e complexo, tal como indicou uma das entrevistadas, é recheado de avanços e recuos. Pudemos constatar que o trabalho com estas famílias, devido à sua subjectividade, tem que ser muito flexível e exige muita paciência e criatividade da parte da equipa técnica, tendo sempre em conta que cada caso é um caso. Podemos também constatar que o CAT realiza um trabalho pensado e planeado com estas crianças e famílias.

A intervenção visa sempre a mudança. Contudo, esta, nas quinze famílias em análise nem sempre é alcançada. Isto porque a intervenção pode ser interrompida pela própria família, como verificámos na família cinco ou até pela entidade decisora (tribunal), como aconteceu na família F 15. Por outro lado, a mudança pode também não ocorrer porque a própria família pode não necessitar de mudar, como por exemplo na família F 13, que foi uma situação excepcional, em que a criança apenas precisava de um sítio seguro para ficar face à prisão da mãe.

# **Capítulo V**

# **CONCLUSÃO**

## CONCLUSÃO

A família é o primeiro grupo social no qual estamos inseridos. Esta, como unidade nuclear do indivíduo, deve-nos acolher, permitindo-nos desenvolver habilidades, experiências, vivências e novas relações humanas. É o ambiente em que a pessoa recebe todo o apoio afectivo, psicológico, valores humanos e éticos, além de outras ferramentas necessárias para o seu pleno desenvolvimento físico e mental. Portanto, para que se alcance o equilíbrio familiar, reforça-se a necessidade do desenvolvimento saudável de cada um dos seus membros. É a família que prepara o ser humano para enfrentar o mundo exterior, insere-o definitivamente numa comunidade, na qual interagirá e formará novas famílias.

Ao realizar este estudo propusemo-nos a investigar como se processa a intervenção profissional do CAT na implementação do projecto de vida de retorno à família biológica (nuclear ou alargada). Para tal foi necessário compreender, em primeiro lugar, a metodologia de intervenção do CAT e os seus aspectos adjacentes, ou seja, identificar os métodos, técnicas, estratégias e modelos de intervenção utilizados. Em simultâneo, averiguámos quais os factores que influenciam positivamente a intervenção, por um lado, e os obstáculos que dificultam a mesma, por outro. Em paralelo, seleccionámos uma amostra de quinze famílias e fizemos a sua caracterização antes e depois da intervenção realizada para compreender as mudanças ocorridas que possibilitaram o retorno como projecto de vida.

Concluimos então que a intervenção começa sempre com um pedido de acolhimento. É neste momento que nasce a intervenção. A partir do acolhimento da criança a equipa técnica procede ao estudo e ao diagnóstico da situação da criança e da sua família. Analisada a situação, onde já estão os problemas e necessidades da família identificados, elabora-se um plano individual de intervenção para a família, com vista a minimizar ou a eliminar esses mesmos problemas e necessidades.

Com esta investigação podemos afirmar que no trabalho com as famílias o CAT actua numa perspectiva sistémica, multidisciplinar e tem como pano de fundo o trabalho em rede inter-institucional.



Como verificamos neste estudo, os técnicos têm em consideração todo o sistema familiar, ou seja, os seus elementos, as suas interações, características e a ideia fundamental de que a família é um sistema e o facto de um membro viver um problema tem impacto em cada um dos outros membros e no todo familiar. A equipa técnica do CAT é multidisciplinar, é composta por assistentes sociais, psicólogos, juristas, educadoras de infância e educadoras sociais. Para além deste facto, como pudemos verificar na intervenção com as famílias analisadas, a intervenção do CAT trabalha em conjunto com as entidades que já acompanharam ou ainda acompanham o processo das crianças e famílias e os serviços da comunidade onde a família está inserida com o fim de activar recursos na comunidade para colmatar as necessidades da família.

Após a análise dos resultados constatamos que o processo de intervenção tem procedimentos comuns a todas as famílias. São eles o plano individual de intervenção, o plano de visitas, carta aos pais, visitas domiciliárias, entrevistas com a família e a articulação com todas as entidades envolvidas no processo. Analisadas as quinze famílias, constatámos também, que existem muitos procedimentos particulares a cada família, tendo em conta as suas características, ritmo e necessidades individuais.

Através da análise destas famílias, podemos dizer que há famílias multiproblemáticas, isto é, famílias com um historial longo de problemas e acompanhamento prolongado de vários serviços, e há famílias que num determinado momento das suas vidas foram confrontadas com problemas, em que resultou a retirada da criança, não sendo estas últimas multiproblemáticas. Podemos também referir que a problemática da criança em risco não é exclusiva de famílias de estrato social baixo, sendo um problema transversal que pode afectar qualquer família independentemente do seu estrato social.

Outro ponto de análise remete para a acentuada ausência da figura parental masculina nestas famílias, prevalecendo a mãe como a figura central nas vidas destas crianças. Desta forma, e como já foi referido anteriormente, a maior parte destas famílias são monoparentais femininas.

No que respeita ao nível relacional constatámos que das quinze famílias em estudo só três casais vivem maritalmente, o que demonstra que estas famílias estabelecem entre si laços muito instáveis e relações muito fugazes.

Podemos verificar que o desemprego é um problema que atravessa grande parte das famílias analisadas. Assim observámos que existem outros problemas que conduzem a uma situação de desemprego e emprego instável, como por exemplo, a ilegalidade, problemas do foro psíquico e as doenças/dependências. Como consequência do desemprego, podem surgir problemas como a precariedade económica, a precariedade habitacional e até mesmo a ausência de habitação.

Outro dos eixos de análise remete para o projecto de vida. Das quinze famílias analisadas, em treze famílias o projecto de vida da criança foi o retorno à família biológica nuclear (progenitores); nas restantes duas famílias o projecto de vida foi o regresso à família biológica alargada, na medida em que, as mães não colaboraram, nem mostraram interesse e empenho em participar no processo de intervenção com o intuito de receber novamente a criança.

Relativamente às mudanças, podemos afirmar que estas só ocorrem com a vontade dos progenitores e familiares. Isto significa que o factor de mudança e sucesso da intervenção está directamente relacionado com motivação e empenho dos pais por um lado, e por outro com a confiança que os pais depositam nos técnicos. Porém, para que isto aconteça é necessário que os técnicos demonstrem confiança, empatia, saibam respeitar o ritmo de cada família, utilizando estratégias de empowerment (consciencialização e responsabilização da família face ao seu problema; reforço e valorização positiva das suas capacidades e competências). Cabe aos técnicos ainda conseguir flexibilizar os modelos familiares que têm interiorizados, não querendo impor os modelos que considera normais e correctos. Isto é notório na intervenção da equipa técnica da Casa da Encosta com as famílias que analisámos, face à diversidade dos modelos familiares identificados.

Mais importante que tudo é ter uma visão positiva destas famílias e explorar, com elas, a enorme riqueza relacional e potencial evolutivo que estas encerram em si.

## BIBLIOGRAFIA

AFONSO, P. (1998), As Políticas de Protecção às Crianças em Risco A Aposta da Intervenção Familiar. Intervenção Social, 17/18, 54 – 67;

ALARCÃO, M. (2006), (Des) Equilíbrios Familiares, Coimbra, Editora Quarteto;

ALMEIDA, A. N. (1998), Novos Modelos de Ser e de Estar na Sociedade de Hoje: Os Contextos da Infância. Intervenção Social, 17/18, 11 – 18;

AMARO, F., GERSÃO, E., LEANDRO, A., (1988), Crianças maltratadas, negligenciadas ou praticando a mendicidade, s/l, Centro de Estudos Judiciários, Ministério da Justiça;

Associação dos Profissionais de Serviço Social, Código Deontológico dos Assistentes Sociais;

AUSLOOS, G. (1996), As competências das famílias – tempo, caos, processo, Lisboa, Climepsi Editores;

BARATA, O.S., (1998), Política Social, Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas;

CANHA, J. (2000), Criança Maltratada – o papel de uma pessoa de referência na sua recuperação, Coimbra, Quarteto Editora;

CAPARRÓS, M. J., (1998), Manual de Trabajo Social – modelos de prática profissional, Alicante, Editorial Aguaclara;

CARMO, H. e FERREIRA, M. (1998), Metodologia da Investigação – Guia para Auto-aprendizagem, Lisboa, Universidade Aberta;

CLEMENTE, R. M. (1998), Um Novo Olhar sobre a Criança – Um direito novo de promoção de direitos e de protecção. *Intervenção Social*, 17/18, 19 – 51;

COSTA, A. F. (1999), «Introdução» in *Sociedade de Bairro*, Oeiras: Celta, pp. 1-16;

Decreto-Lei nº 147/99, de 1 de Setembro, Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo, Diário da República série I-A, nº 204/99

DIAS, I. (2004), Violência na Família – uma abordagem sociológica, Porto, Edições Afrontamento;

FALEIROS, V. P., (2002) Estratégias em Serviço Social, 4ª edição, São Paulo, Cortez Editora;

GABADINHO, D., (2000) Verdade escondida: comportamento parental e mau trato infantil, Instituto Superior de Psicologia Aplicada;

GIDDENS, A. (1997) *Sociologia*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian;

HENRIQUEZ, A. (org.) (2001), Serviço Social. Ética, Deontologia & Projectos Profissionais, Lisboa, CPIHTS;

ISSS – Departamento Editorial (1998), Os direitos das crianças e dos jovens pela ocasião da publicação da nova OTM, *Intervenção Social* 17/18;

LEANDRO, A. G. (1997), Família do futuro? Futuro da Criança...Infância e Juventude, 1, 9 – 20;

MAGALHÃES, T., (2002), Maus-tratos em crianças e jovens: guia prático para profissionais, Coimbra, Quarteto Editora;

MARTINS, P. C., (2002), Maus-Tratos a crianças: o perfil de um problema in Coleção Infans: Centro de estudos da criança, Minho, Universidade do Minho, pp. 22 – 35;

MINUCHIN, P., COLAPINTO, J., MINUCHIN, S. (1998), Working with families off the poor, Nova Iorque, The Cuiford Press;

PAYNE, M., (2002), Teoria do Trabalho Social Moderno, Coimbra, Editora Quarteto;

QUIVY, R., (1998), Manual de investigação em ciência sociais, Lisboa, Gradiva, 2ª edição.

RAMIÃO, T. d'Almeida (2003), Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo – Anotada e Comentada, Lisboa, Sociedade Editora Quid Júris;

RELVAS, A. P., (1996), O ciclo vital da família – Perspectiva Sistémica, Santa Maria da Feira, Ed. Afrontamento – Biblioteca das Ciências do Homem;

RIBEIRO, M. T., (1994), Família e Psicologia. Traços da Família Portuguesa, Ministério do Emprego e da Segurança Social, 57-76;

ROBERTIS, C., (1981), Methodologie de l'intervencion en Travail Social, Paris, Ed. Centurion;

SOARES, N.F. (1997), Crianças em Risco: Passado e Presente. Alguns Contributos para a Compreensão Hitórico-social de Problemática de Crianças Maltratadas e Negligenciadas. Infância e Juventude, 1, 35 – 52;

SOUSA, L., (2005), Famílias Multiproblemáticas, Coimbra, Editora Quarteto;

VILLAS-BOAS, L., (2000) A criança e maus-tratos, in INUAF / STUDIA – ano 1, Loulé, Instituto Superior Dom Afonso III, suplemento I, pp. 91 – 103.

