

1 2 9 0



UNIVERSIDADE DE  
COIMBRA

Ânia Sofia Pinheiro Viveiros

**COMPETÊNCIAS PARENTAIS: PROGNÓSTICO DE  
MUDANÇA E RECONHECIMENTO DAS  
RESPONSABILIDADES POR PARTE DOS  
PRESTADORES DE CUIDADOS – A VISÃO DOS  
PROFISSIONAIS**

Dissertação no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde- subárea de especialização em Psicologia Forense, orientada pela Professora Doutora Madalena Alarcão e apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Outubro de 2021

**Competências Parentais: Prognóstico da Mudança e Reconhecimento das Responsabilidades por Parte dos Prestadores de Cuidados – A Visão dos Profissionais**

Resumo: A qualidade da parentalidade é essencial ao desenvolvimento saudável da criança, razão pela qual se considera necessária uma intervenção protetiva nas situações de risco e de perigo. Mas a avaliação dessa qualidade não pode restringir-se à avaliação das competências parentais, isto é, aos comportamentos evidenciados no presente. É fundamental avaliar a capacidade parental, ou seja, o potencial de mudança que os pais ou prestadores de cuidados evidenciam e que se traduzirá na hipótese prognóstica formulada pelo avaliador. Num processo de promoção e proteção à infância é essencial uma intervenção personalizada e que tenha significado para a família de modo a maximizar as hipóteses de sucesso, mais especificamente para que realmente surja uma mudança no sistema familiar, para que os prestadores de cuidados melhorem as suas competências parentais e para que se proteja a criança e se promova o seu bem-estar. A presente investigação pretende, a partir de respostas ao Guia de Avaliação das Capacidades Parentais (Pereira & Alarcão, 2016), estudar algumas das variáveis que podem ter impacto nesta avaliação. Mais especificamente, este estudo procura avaliar se a perceção dos profissionais sobre o reconhecimento de responsabilidades por parte dos prestadores de cuidados, a qualidade da rede de apoio e o acesso aos serviços influenciam o juízo que fazem sobre o prognóstico de mudança. Tal estudo será realizado através do uso de aritmética básica, Testes de Qui-Quadrado e análise de resíduos tendo em conta a natureza categórica e não paramétrica dos dados. As conclusões, embora limitadas, sugerem não só a dependência entre alguma destas variáveis, como também indicam haver uma influência nos resultados derivada da posição do avaliador (investigador, gestor de caso ou membro da equipa) e conseqüente maior ou menor grau de proximidade com a família e domínio do instrumento de avaliação e do modelo teórico que lhe subjaz.

Palavras-chave: Capacidades parentais, competências parentais, reconhecimento da responsabilidade, rede de apoio, relação com os serviços.

**Parenting Competence: Prognosis of Change and  
Acknowledgment of Responsibilities by Caregivers – The  
Professionals' View**

Abstract: The quality of parenting is essential for the child's healthy development, which is why a protective intervention in situations of risk and danger is considered necessary. But the assessment of this quality cannot be restricted to the assessment of parenting skills, that is, the behaviors evidenced in the present. It is essential to assess parental capacity, being, the potential for change that parents or caregivers show and that will translate into the prognostic hypothesis formulated by the evaluator. In a child protection process, a personalized intervention that has meaning for the family is essential to maximize the chances of success, more specifically so that a change actually takes place in the family system, so that caregivers can improve their parenting skills and to protect the child and promote their well-being. To trace such an intervention, a thorough assessment of parenting capacity is needed. Based on responses to the Guia de Avaliação das Capacidades Parentais (Pereira & Alarcão, 2016), the present investigation intends to study some of the variables that may have an impact on this assessment. More specifically, it seeks to assess whether the professionals' perception about the acknowledgment of responsibilities by the caregivers and the quality of the support network and access to services influences their judgment on the prognosis of change. This study will be carried out through the use of basic arithmetic, Chi-Square Tests and residual analysis due to the categorical and non-parametric nature of the data. The conclusions, although limited, not only suggest the dependence between some of these variables, but also indicate that there is an influence on the results derived from the position of the evaluator (researcher, case manager or team member) and a consequent greater or lesser degree of proximity to the family and mastery of the assessment instrument and the theoretical model that underlies it.

Key Words: Parenting capacity; parenting competence; acknowledgment of responsibility; support network; access to services.

## Agradecimentos

A *Many Worlds Interpretation* (Interpretação de Muitos Mundos) do físico Hugh Everett afirma que todos os resultados possíveis das medições quânticas são fisicamente realizados em algum “mundo”, podendo existir portanto um número infinito de universos paralelos. É também nesses universos possíveis que somos convidados a entrar no filme *Sliding Doors* (1998), em que seguimos o universo em que a personagem principal entra no comboio e o universo em que o perde, ou em *Mr. Nobody* (2009) no qual o último mortal na Terra reflecte sobre o seu passado e pondera sobre as vidas que poderia ter tido, partindo da escolha entre viver com a mãe ou com o pai perante o divórcio destes e passando por se a rapariga dos seus sonhos apareceu ou não ao pé do farol na data combinada.

Decidi referir esta teoria, pois fundamenta que verdadeiramente acredito que, sem o apoio das pessoas que a seguir nomeio, não conseguiria estar neste presente universo, na qual termino a presente dissertação. Assim sendo, o meu sincero obrigado:

À Doutora Madalena Alarcão, pela orientação dedicada, isto é, obrigada por todas as referências, reuniões, correcções, respostas, explicações (e a lista continua). Obrigada também por toda a paciência e calma, apesar das entregas tardias e com formulações confusas.

À Doutora Dora Pereira, pelo contínuo estudo do Guia da Avaliação das Capacidades Parentais que me permitiu elaborar o presente trabalho, por responder às minhas muitas dúvidas e por me conectar com a CPCJ das Velas e a CPCJ da Angra do Heroísmo (instituições à qual também agradeço), que me permitiram ver a aplicação do Guia na prática.

À Doutora Ana Marques e ao Doutor Carlos Braz Saraiva por todo o seu acompanhamento e profissionalismo nos últimos 3 anos.

A todos os amigos que Coimbra me apresentou, mas especialmente à Diana e Sílvia, que me acompanharam, ajudaram, proporcionaram momentos de felicidade e ouviram todos os meus desabafos desde o 1º ano. Fique notado que não há quilómetros que conseguirão separar o que estes 5 anos construíram!

Às amigas das Flores, Cat e Di, por não deixarem que a distância me parasse de vos atazanar o juízo e continuarem a ouvir os meus dramas ou a rirem-se comigo através das mensagens e videochamadas. Fico ansiosa para ver onde o nosso trio estará daqui a 10 ou até mesmo 50 anos.

A todos os meus avós, primos e tios, por todo o apoio, quer emocional quer material, mas especialmente ao Duarte e ao Válter por rapidamente se porem à frente assim que precisei.

Aos meus irmãos, Wilson e Adriana, por todos os momentos que passamos juntos, quer os maus, porque a vossa companhia ajudou-me a ultrapassá-los, quer os bons, porque os tornaram mil vezes melhor. Obrigada por estarem sempre lá e acreditarem em mim tal como eu acredito em vocês. Sei que apenas o melhor vos aguarda!

Finalmente, mas não menos importante, um eterno obrigada aos meus pais: ao Nelson, que embora não seja o meu pai biológico é quem assumo como figura paterna, pois tem sido uma das minhas maiores fontes de apoio há já uma década, e à minha mãe, que embora me tenha visto a entrar no ensino superior, já não está cá para me ver a sair, mas que sei que estaria extremamente orgulhosa.

Quanto à Ânía do universo que desistiu no 3º ano da licenciatura, voltou para os Açores e foi tirar Engenharia Informática ou Línguas Aplicadas na Universidade Aberta, só espero que te sintas tão realizada como eu me senti a escrever estes agradecimentos.

## Índice

Introdução .....	1
I – Enquadramento conceptual .....	2
Capacidade e Competências Parentais .....	2
O processo de mudança na articulação entre aceitação de responsabilidades e relação com os serviços.....	3
O Guia de Avaliação das Capacidades Parentais .....	6
II - Objetivos .....	8
III - Metodologia.....	11
Participantes.....	11
Instrumento – O Guia de Avaliação das Capacidades Parentais ..	12
Procedimentos .....	14
<i>Análise de dados</i> .....	14
IV - Resultados.....	15
i) O tipo de avaliador influência a percepção da assunção das responsabilidades (D6) por parte dos prestadores de cuidados em termos de “Recurso” ou “Dificuldade”?.....	15
ii) Existe uma relação entre a classificação de D6 e as questões-resumo da própria dimensão?.....	15
iii) Existe uma relação entre a aceitação da responsabilidade (D6) e a percepção de mudança (Hipótese Prognóstica)? .....	16
iv) Qual o efeito da Rede de Apoio (D8) e do acesso aos serviços (D9) na possível relação entre a aceitação da responsabilidade (D6) e a percepção de mudança (Hipótese Prognóstica)? .....	18

V - Discussão .....	21
VI - Conclusões .....	25
Referências Bibliográficas.....	26
Anexos.....	29

## Introdução

No século XX há uma revolução ao nível de reconhecer as necessidades da criança. Esta é um indivíduo com direitos, mas que, por imaturidade física e intelectual, é indefesa e deve, por isso, poder contar com a protecção e ajuda, não só do Estado, como também da sociedade (Carmo, 2010; Guerra, 2016; artigo 69.º da CRP). Em Portugal, entre muitos desenvolvimentos da Lei de Protecção à Infância de 1911, a 1 de janeiro 2001, entra em vigor a Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo (LPCJP, aprovada como Lei nº147/99, de 1 de setembro), que “tem por objeto a promoção dos direitos e protecção das crianças e dos jovens em perigo, por forma a garantir o seu bem-estar e desenvolvimento integral” (artigo 1º da LPCJP). Quando os direitos da criança se encontram comprometidos, assume-se que esta está em situação de risco. No entanto, nem todas as situações de risco equivalem a situações de perigo, “uma vez que nem todos os riscos para o desenvolvimento da criança são legitimadores da intervenção do Estado e da sociedade na sua vida e autonomia e na sua família” (Guerra, 2016, p. 24). No artigo 3.º da LPCJP são elencadas as condições necessárias para serem identificadas as situações de perigo que permitem a legitimação da intervenção. Seguindo o princípio da subsidiariedade e da intervenção mínima (artigo 4º da LPCJP), dever-se-á inicialmente tentar uma intervenção mais imediata e comunitária através de entidades públicas e privadas com competência em matéria de infância e juventude (eg. autarquias, escolas, hospitais, etc.). Caso estas não sejam suficientes para a remoção do perigo, pode interpor-se uma Comissão de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ), que, sendo “instituições oficiais não judiciárias com autonomia funcional, com uma composição de cariz claramente pluridisciplinar e pluri-institucional, às quais cabe deliberar com imparcialidade e independência”. (Guerra, 2016, p.45), permitem uma intervenção de base comunitária desjudicializada. Finalmente, por razões nomeadas no artigo 11º da LPCJP (eg. falta de consentimento necessário, quando estiver em causa uma medida de confiança a pessoa seleccionada para adoção, a família de acolhimento ou a instituição com vista a futura adoção, não cumprimento da medida proposta, etc.) surge a necessidade de uma intervenção judicial, que muitas vezes pode contar com o apoio das EMAT (Equipas Multidisciplinares de Apoio Técnico aos Tribunais) para o estudo e elaboração de relatório social sobre a situação.

A parentalidade não depende apenas dos progenitores, aliás, “a função parental transcende as paredes da vida familiar e é partilhada com os elementos do sistema social alargado da família” (Pereira, 2014, p.3).

No contexto da protecção à infância, o papel do Estado (e dos profissionais) é muito relevante, nomeadamente no apoio e no controlo do processo de mudança. A forma como os profissionais percebem a capacidade parental, o reconhecimento da responsabilidade por parte dos pais/prestadores de cuidados e a qualidade da sua relação com os serviços parece ser fundamental para a sua tomada de decisão e para o desenho de todo o processo de promoção e protecção à infância. Se a aceitação da

responsabilidade, ou pelo menos de alguma responsabilidade, por parte dos prestadores de cuidados é importante para que os mesmos considerem a necessidade de mudança, torna-se importante uma boa relação com a rede social, mais especificamente com os serviços, de modo a permitir uma melhor co-construção de objetivos que tenham significado e importância quer para a família, quer para os serviços, numa tentativa de garantir a maior taxa de sucesso possível para a intervenção. Não é suficiente retirar a criança ou jovem da situação de perigo. É também obrigação do profissional proporcionar-lhes condições que permitam assegurar um desenvolvimento saudável. Assim sendo, torna-se essencial uma intervenção especializada que responda às necessidades idiossincráticas de cada caso e respeite os princípios orientadores da intervenção (artigo 4º da LPCJP).

De modo a poder escolher a intervenção mais adequada para cada caso, torna-se essencial a existência de uma avaliação prévia detalhada.

Na presente investigação, através da análise de dados recolhidos pelo Guia de Avaliação das Capacidades Parentais (Pereira & Alarcão, 2016), instrumento preenchido pelos profissionais, procurou conhecer-se melhor algumas das variáveis (nomeadamente, o reconhecimento da responsabilidade, a rede social, o acesso aos serviços) que podem ter influência na decisão final (hipótese prognóstica) dos avaliadores e, possivelmente, na intervenção.

## **I – Enquadramento conceptual**

### **Capacidade e Competências Parentais**

No que toca à parentalidade, é comum vermos os conceitos de capacidade e de competência serem usados como sinónimos mas, de acordo com Steinhaur et al. (1993), enquanto a competência parental se reporta à forma como o papel parental é desempenhado no presente, a capacidade parental representa o potencial do prestador de cuidados para desempenhar este papel parental no futuro e desenvolver competências que ainda não manifesta e/ou melhorar aquelas que manifesta. Esta diferença mostra-se fundamental no contexto de promoção e proteção de crianças e jovens pois significa que, embora as competências parentais possam não ser as suficientes para promover o desenvolvimento óptimo da criança, a capacidade pode existir, formando-se aqui uma possibilidade de mudança e o traçado de diferentes estratégias que possam propulsionar essa mudança. Pelo contrário, pode também concluir-se que não existe capacidade parental pelo que o prognóstico de mudança é negativo sendo mais vantajoso para a criança definir um projeto de vida alternativo (p.e., adoção, apadrinhamento civil, colocação familiar).

Algo essencial a realçar é que a qualidade das competências parentais deve ser compreendida no ecossistema em que os pais estão inseridos. Belsky (1984) define, no seu Modelo dos Determinantes do Comportamento Parental, que a forma como os pais exercem a sua parentalidade está direta ou indiretamente dependente da sua história de desenvolvimento, da sua personalidade, da relação conjugal, do

desenvolvimento da criança e das suas características, do trabalho dos pais e da rede social, demonstrando, assim, que a parentalidade se desenvolve nesta indissociável interação entre pais-criança-contexto que não pode ser esquecida quando se procede à avaliação da parentalidade. Já Bronfenbrenner tinha chamado a atenção para a forma como o ser humano se desenvolve num sistema complexo de relações, proximais e distais, atravessadas pela flecha do tempo (Bronfenbrenner, 1974; Brofenbrenner & Ceci, 1994; Hayes et al., 2017). Por norma, as avaliações na área da proteção à infância tendem a restringir-se aos microssistemas (realidades em contacto direto com a criança no seu ambiente imediato e que formam com ela relações bi-direcionais), mas, na verdade, os fatores de risco aninham-se num contexto mais amplo, sendo que diferentes fatores de risco e proteção são importantes para diferentes desfechos e que a maioria desses fatores está associada entre si (Ayala-Nunes et al., 2018). É por essa razão que Imber-Black (1988) sublinha a necessidade de que o profissional trabalhe no nível mesossistémico, que consiste nas interrelações entre os principais contextos nas quais a criança participa num ponto particular da sua vida (e.g., consiste nas interações entre os microssistemas) e não apenas com o nível microsistémico. Assim, ao considerarmos o sistema de promoção e proteção, o profissional tem a função de gerir a tensão entre: i) risco e proteção, ii) diferentes sistemas, por vezes com objetivos diferentes, iii) risco e norma, iv) critérios individuais e colectivos, estabelecendo a ponte entre a criança, os pais e a sociedade em geral (Pereira, 2014).

### **O processo de mudança na articulação entre aceitação de responsabilidades e relação com os serviços**

Na perspetiva de que a parentalidade depende também do contexto, Pereira (2014), a partir do seu Modelo Funcional do Comportamento Parental, considera que o comportamento parental engloba três componentes funcionais<sup>1</sup>: 1) a capacidade parental, 2) os processos mediadores e 3) a competência parental. Na componente capacidade parental, são, entre outros, identificados modificadores relacionais<sup>2</sup>, que incluem a criança, como principal modificador, e os restantes elementos da rede social.

A rede social pode ser definida como os diferentes laços de ligação entre diferentes atores sociais, individuais ou grupais (e.g. grupos e instituições) (Wellman, 1981, como cit. por Guadalupe, 2009/2016, p.50). Por outro lado, a rede social pessoal refere-se aos laços de ligação de um

---

<sup>1</sup>Os componentes funcionais permitem a concepção de uma estrutura para o comportamento parental. O processo dialético constante entre a capacidade parental e os processos mediadores (afetivos e cognitivos) espelhar-se-á na competência parental. Esta estrutura desenvolve-se em dois eixos temporais, o sincrónico (como funciona em determinado momento) e o diacrónico (como evolui ao longo do tempo). Estes eixos, quando associados ao Guia de Avaliação das Capacidades Parentais, correspondem às áreas síntese de Perfil da Capacidade Parental e Grelha de Previsão do Potencial de Mudança, respetivamente.

<sup>2</sup> Os modificadores relacionais são componentes do ecossistema que têm influência sobre a capacidade parental. Estes correspondem às dimensões 2 (A saúde e o desenvolvimento da criança), 8 (A rede social) e 9 (A história de acesso aos serviços) do Guia de Avaliação das Capacidades Parentais.

indivíduo em específico (Guadalupe, 2009/2016; Sluzki, 2010). As redes podem ser primárias ou secundárias. As primeiras podem ser definidas por relações mais pessoais, de natureza mais afetiva, sem obrigação ou formalidade na relação, enquanto as últimas consistem em relações baseadas no cumprimento de objetivos funcionais, como o fornecimento de serviços. As redes secundárias podem ser formais ou informais, dependendo se estamos na presença de um contexto mais estruturado e da existência oficial (e.g., instituições) ou não (e.g., associação de bairro) (Guadalupe, 2009/2016).

Este cruzamento entre os modificadores relacionais e a capacidade parental permite compreender a importância da presença de uma rede de apoio, que pode ser formal, integrando profissionais e serviços, para o desenvolvimento das competências dos prestadores de cuidados sinalizados, nomeadamente quando a avaliação permite concluir pela existência de capacidade parental e se os pais assumem o projeto de mudança.

Contudo, é fundamental realçar que esta rede de apoio não pode intervir de qualquer forma, especialmente a formal. Picão e Alarcão (2009) concluem que a “multiplicação de serviços não significa solução dos problemas nem a perpetuação das ajudas é sinónimo de potenciação da mudança” (p.9). É imprescindível haver uma intervenção que tenha significado para os prestadores de cuidados. Para induzir a mudança num sistema auto-organizado, é fundamental que o sistema a percepcione como necessária, seguindo uma intervenção num registo de cibernética de 2ª ordem (Alarcão, 2000; Sousa & Ribeiro, 2005). É importante não esquecer que, em casos mandatados, a mudança não foi requerida pelos prestadores de cuidados (Melo & Alarcão, 2017). Por conseguinte, é muito provável que estes não tenham *insight* acerca dos seus problemas, ou que não os compreendam nem valorizem da mesma forma que os profissionais, e que, conseqüentemente, não aceitem o *feedback* técnico, tornando mais difícil uma perturbação do sistema que leve à procura de um novo estado, isto é, de uma mudança. É aqui que a intervenção do profissional tem que ser criativa e respeitadora da família, mas sem nunca esquecer a segurança, o bem-estar e o desenvolvimento da criança. Ao agir como um catalisador/ orientador da mudança (Sousa & Ribeiro, 2005), o profissional pode trabalhar com os cuidadores o seu reconhecimento da responsabilidade, isto é, o reconhecimento da situação problemática e da necessidade de fazer algo que permita alterá-la. Este deve assegurar-se de que surge motivação interna, de modo a incentivar a autonomia do sistema e evitar a estruturação de uma relação crónica de dependência com os serviços (Sousa & Ribeiro, 2005).

É considerado essencial que os técnicos tenham uma compreensão conjunta, com os pais, acerca dos problemas e possibilidades existentes e dos serviços apropriados para responder a essas necessidades, devendo ter a habilidade de conseguir transmitir tópicos difíceis de uma maneira assertiva, honesta, mas simultaneamente sensitiva, dando a conhecer aos pais os seus deveres e direitos (Corby, 2003; Platt, 2006). É importantíssimo que os serviços sociais deixem de ter um foco exagerado na proteção da criança para proporcionarem respostas mais focadas no suporte familiar, quer

materiais, quer psicológicas, que permitam reforçar a capacidade dos pais de conseguirem atender às necessidades da criança (Corby, 2003; Platt, 2006). É necessário abandonar uma perspectiva focada nos défices, na qual a presença de um problema implica fraqueza e incompetência, e reconhecer o prestador de cuidados como o perito que melhor conhece o sistema e que tem capacidades que podem ser desenvolvidas (Corby, 2003; Imber-Black, 1988; Patterson, 2002; Platt, 2006; Sousa & Ribeiro, 2005; Stephens et al., 2016). Uma intervenção focada no défice, comumente limita-se a resolver fatores de risco (e.g., fatores que aumentam a probabilidade de se vir a desenvolver um problema), o que tende a ser temporário e condicionado ao problema atual. Mas uma intervenção que reconheça as competências e potencialidades da família e que desenvolva os fatores de proteção (e.g., condições que tendem a minimizar, interromper ou prevenir os problemas de surgirem) tende a originar resultados mais duradouros, pois permite a construção das estratégias necessárias para a proteção do sistema de futuros riscos ou crises, ou seja, permite um aumento da resiliência. (Thomas et al., 2005).

Auxiliar a família, desde que esta tenha capacidade e potencial de mudança, é o melhor método para proteger a criança, uma vez que a família é o primeiro e mais natural contexto de vida de uma criança. Mesmo quando há necessidade de proteger a criança do abuso intrafamiliar e negligência, é importante que os profissionais trabalhem, apoiem, mas sem impedir a autonomia da família, isto é, respeitando as suas singularidades e a sua visão preferida de vida. Como referido anteriormente, para existir sucesso na intervenção é fundamental que o sistema aceite e deseje a mudança e tal pode ser feito, desde logo, através do reconhecimento acerca da responsabilidade pelos problemas. Assumir a responsabilidade não significa afirmar a culpa, nem ignorar as tensões e os desequilíbrios intersistémicos que podem contribuir para os (multi)desafios com que os prestadores de cuidados podem estar a confrontar-se. Significa que os prestadores de cuidados reconhecem a existência de condições que são adversas para o desenvolvimento da criança e que, por isso, exigem mudança e que reconhecem que podem/devem ter um papel ativo nesse processo de mudança, mesmo que possam necessitar de apoio e que outros sistemas possam ter também que operar mudanças. Para originar tal reconhecimento, é importante partilhar visões e preocupações, mesmo antes de desenhar um plano de intervenção que deve ser definido em conjunto e que pode ser, por exemplo, estabelecido através de reuniões com a família, pois quando os prestadores de cuidados participam e concordam ativamente com o plano de intervenção, tendem a cumprir mais com as expectativas dos técnicos o que, por sua vez, leva a resultados positivos em relação à criança (e.g., há menos relatos de abusos e a probabilidade de acolhimento residencial é menor) (Kemp et al., 2009). Definir este plano de intervenção, pode, contudo, ser, no início, algo desafiante, por requerer uma sucessiva renegociação de objetivos entre o cliente e o profissional. Todavia, alguma resistência pode ser um sinal de saúde familiar, pois pode demonstrar alguma estabilidade no lar (Patterson, 2002) e necessidade de manter a coerência familiar. O

conflito no contexto do sistema de proteção à infância pode ter uma dimensão positiva porque pode estimular a mudança nos prestadores de cuidados se, procurando contrariar a perspectiva dos profissionais, aqueles organizarem argumentos que permitam evidenciar as suas competências e, simultaneamente, aperceberem-se das suas dificuldades, aceitando a responsabilidade (Magnuson, 2014). Estes planos de intervenção, para além de serem um maior incentivo para a mudança, também tendem a maximizar a qualidade de relação entre os prestadores de cuidados e os profissionais, pois contactos iniciais positivos permitem que os técnicos reconheçam, validem e respondam aos sentimentos complicados dos pais, reconheçam e explorem possíveis diferenças culturais, identifiquem as necessidades assinaladas pelos pais e trabalhem com a reatividade e resistência expectáveis em clientes involuntários. Alianças efetivas entre prestadores de cuidados e técnicos têm por base uma relação colaborativa, baseada no respeito mútuo, na qual os profissionais demonstram empatia e são capazes de reconhecer as capacidades e pontos fortes dos prestadores de cuidados (Kemp et al. 2009). Sabe-se também que quanto mais tempo os técnicos e os clientes passam em contacto direto, maior é o seu grau de colaboração (Dawson & Berry, 2002). Progenitores de famílias reunificadas admitem que as relações com os técnicos têm um grande impacto na sua experiência com os serviços e parecem poder influenciar os seus encontros futuros com os serviços (Stephens et al., 2016)

Em síntese, há uma necessidade de um envolvimento ativo por parte dos profissionais não só com as crianças, mas também com a família e elementos relevantes da comunidade, em todos os aspetos de prestação de serviços, incluindo a avaliação (McGregor & Devaney, 2020). Uma avaliação, para além de fornecer condições que permitam uma boa relação entre os pais e os serviços (Corby, 2003; Platt, 2006) e de identificar fatores de risco e de proteção, forças e fragilidades, deve permitir gerar informação que seja simultaneamente relevante para os profissionais e para a família. A “avaliação psicológica forense das capacidades parentais poderá ser importante, por exemplo, na indicação do potencial de mudança dos comportamentos maltratantes, por parte dos cuidadores implicados, bem como no planeamento do mais adequado projeto de vida para criança, seja no seio do seu agregado familiar, seja no âmbito da sua inclusão num meio familiar alternativo.” (Peixoto et al., 2007, p.143). Uma boa avaliação será aquela que permite a recolha de informação pertinente e suficiente para os profissionais “poderem formar decisões informadas sobre a promoção e proteção do bem-estar da criança e a probabilidade de a família executar as mudanças necessárias” (Melo & Alarcão, 2017, p.606), e é para esta recolha de informação que é necessário o desenvolvimento de instrumentos como o descrito no próximo ponto.

### **O Guia de Avaliação das Capacidades Parentais**

No contexto português de proteção à infância existem diversos problemas ou limitações nas avaliações da capacidade parental, nomeadamente: i) ausência de objetivos de avaliação claramente delimitados, ii) conceptualização da capacidade parental como um traço do

funcionamento psicológico do prestador de cuidados e não como uma estrutura ecologicamente complexa, iii) utilização de medidas indiretas de avaliação cognitiva ou da personalidade para avaliar a capacidade parental, iv) inexistência de critérios de decisão claros acerca do que poderão ser indicadores de parentalidade minimamente adequada, ficando a avaliação à mercê de uma maior subjetividade por parte dos avaliadores, v) relato descritivo da informação recolhida que não é adequadamente conceptualizado, e vii) inexistência de prognóstico de mudança fundamentado (Pereira & Alarcão, 2015). Face a esta situação, e com base nas adaptações efetuadas pelos técnicos do *Centre Jeunesse de Montréal* (De Rancourt et al., 2006) ao instrumento proposto em 1993 pela equipa de Paul Steinhauer, o *Toronto Parenting Assessment Project*, Pereira (2014) deu início à validação portuguesa do Guia de Avaliação das Capacidades Parentais.

Este instrumento, sendo preenchido pelo profissional, tem como objetivo sistematizar o processo de avaliação e a análise da informação recolhida com vista à construção de juízos clínicos cientificamente fundamentados relativos ao exercício da parentalidade, criando assim uma tentativa de minimizar o peso das variáveis pessoais dos avaliadores.

Destina-se a ser utilizado no contexto de proteção à infância, como elemento relevante para a avaliação da capacidade parental e identificação do prognóstico de mudança, fundamentando pareceres relativos à capacidade e competências parentais, bem como para a delineação de processos de intervenção psicossocial com a criança e famílias. Nas situações em que o prognóstico de mudança é claramente negativo, permite fundamentar a opção por um projeto alternativo de vida para crianças.

O Guia está dividido em nove dimensões: 1) o contexto sociofamiliar; 2) a saúde e o desenvolvimento da criança; 3) a vinculação, 4) as competências parentais; 5) o controlo de impulsos; 6) o reconhecimento da responsabilidade; 7) os factores pessoais que afetam a capacidade parental; 8) a rede social e 9) o acesso aos serviços. Cada uma destas dimensões é composta por diversas questões e/ou escalas a serem preenchidas pelo profissional, com base na informação recolhida em diferentes momentos de avaliação através de uma abordagem multi-sujeito e multi-método (entrevistas com os prestadores de cuidados e outros membros da família, observação de interação entre os mesmos e a criança, contactos com os outros serviços envolvidos e visitas domiciliárias), terminando sempre com questões-resumo para cada dimensão. No final, e a partir do juízo clínico realizado, cada dimensão pode ser classificada enquanto “*Recurso Principal*” (RP), inexistência de dificuldades assinaláveis; “*Recurso Secundário*” (RS), dificuldade gerível atualmente pelo/s pais/prestadores de cuidados; “*Dificuldade Secundária*” (DS), dificuldade gerível caso os pais/ prestadores de cuidados desenvolvam competências parentais específicas e/ou haja intervenção dos serviços ou modificação de circunstâncias ambientais; e “*Dificuldade Principal*” (DP), dificuldade ingerível pelos pais/prestadores de cuidados no momento atual. A operacionalização de cada uma destas classificações para as dimensões 6, 8 e

9 (as utilizadas no atual estudo) pode ser encontrada na Tabela 1. A análise conjunta das classificações atribuídas permite traçar um Perfil das Capacidades Parentais<sup>3</sup> que possibilita a estruturação e identificação rápida das dimensões que poderão vir a ser o foco do processo de intervenção. A previsão do potencial de mudança é feita a partir do preenchimento de uma grelha (Hipótese Prognóstica) em que, para diferentes pontos de análise (e.g., desenvolvimento da criança, competências parentais atuais, utilização dos serviços no passado e sucesso da intervenção, aceitação da responsabilidade, entre outros), o profissional deve ajuizar se existe, ou não, potencial de mudança. No final, a Hipótese Prognóstica sobre o potencial de mudança, pode ser classificada em: A – “Potencial de mudança encorajador” B – “Alto risco de cronicidade” ou AB – “Indefinido”. Assim sendo, este perfil, ao analisar as diferentes capacidades e recursos na família, contribui para uma melhor fundamentação da intervenção subsequente, tornando-a mais personalizada e adequada e, conseqüentemente, diminuindo as conseqüências negativas decorrentes de intervenções pouco específicas.

É importante realçar que, para um correto preenchimento do Guia, os técnicos devem ter formação sobre o instrumento. A conceptualização de caso e o respetivo juízo clínico parecem ser os aspetos mais difíceis de dominar por parte dos profissionais pelo que é recomendada a existência de supervisão das equipas. Devido à extensão do instrumento, é necessária recolha de muita informação, em diferentes instâncias, o que significa mais atenção à informação recolhida por colegas, aspeto nem sempre valorizado pelos profissionais (Pereira & Alarcão, 2015).

É com base neste instrumento que foi desenvolvido o atual estudo, tal como se explicita no ponto seguinte.

## II - Objetivos

A partir dos dados recolhidos com o Guia de Avaliação das Capacidades Parentais, o presente estudo pretende explorar a possível influência de algumas variáveis, nomeadamente a perceção dos profissionais acerca da assunção de responsabilidade, por parte dos prestadores de cuidados, na formulação da Hipótese Prognóstica relativa à possibilidade de mudança do comportamento/competências parentais. Pretende ainda avaliar-se de que forma é que a perceção, por parte do profissional avaliador, acerca de uma melhor relação dos prestadores de cuidados com os serviços e de uma rede social mais ou menos efetiva estão associadas a uma maior aceitação da responsabilidade e a um melhor prognóstico de mudança.

Os dados desta investigação contam com o *input* de 3 tipos de avaliadores: Investigadora, Gestor de Caso e membro da Equipa. Estes profissionais têm níveis de proximidade com a família e áreas de formação diferentes, pelo que também pretende explorar-se se a posição do avaliador tem influência sobre as suas respostas.

Foram então estabelecidas as seguintes questões de investigação: i) o

<sup>3</sup> Embora se prefira a designação Capacidade Parental, optou-se por manter a formulação original de Capacidades Parentais.

Tabela 1. Operacionalização das possíveis classificações das Dimensões 6, 8 e 9.

	Recurso Principal	Recurso Secundário	Dificuldade Secundária	Dificuldade Principal
Dimensão 6 – O Reconhecimento da Responsabilidade	“Os pais/prestadores de cuidados reconhecem a natureza (o problema) e a amplitude (a gravidade) das dificuldades e estão conscientes das repercussões das suas atitudes e dos seus comportamentos na criança” (p.48)*	“Os pais/prestadores de cuidados reconhecem a natureza (o problema) e a amplitude (a gravidade) das dificuldades embora possam não ter, inicialmente, consciência das repercussões das suas atitudes e dos seus comportamentos na criança E Os pais/prestador/es de cuidados reconhecem tais dificuldades e mobilizam-se para as ultrapassar, por exemplo pedindo ajuda a serviços ou a outros membros da sua rede social.” (p.49)*	“Os pais/prestadores de cuidados mostram-se ambivalentes face ao reconhecimento da natureza (o problema) e amplitude (a gravidade) das dificuldades MAS mobilizam-se para desenvolver ações para as ultrapassar. E Os pais/prestadores de cuidados têm capacidade/disponibilidade para se envolver num acordo de intervenção no qual se incluam ações conducentes à superação das suas dificuldades E Tal acordo é viável em tempo útil para a criança”. (p.49)*	“Os pais/prestadores de cuidados não reconhecem a natureza (o problema) e a amplitude (a gravidade) das dificuldades E Os pais/prestadores de cuidados não se mobilizam para alterar o seu comportamento nas áreas problemáticas identificadas, mantendo um comportamento semelhante ao observado quando da sinalização”. (p.49)*
Dimensão 8 – A Rede Social	“Os pais/prestador/es de cuidados relacionam-se de forma geralmente positiva e cooperante com os diferentes membros da sua rede social, dando e recebendo apoio social.” (p.59)	“Os pais/prestador/es de cuidados relacionam-se de forma geralmente positiva e cooperante com os diferentes membros da sua rede social MAS apresentam algumas particularidades negativas para com algumas pessoas ou grupos. E Os pais/prestador/es de cuidados são capazes de aceder aos recursos disponíveis na sua rede	“Os pais/prestador/es de cuidados têm acesso a uma rede social suficiente para os ajudar a satisfazer as necessidades da criança MAS relacionam-se de forma geralmente negativa e pouco cooperante com os diferentes membros da mesma. E Os pais/prestador/es de cuidados beneficiariam de intervenção que potenciase as suas competências	“Os pais/prestador/es de cuidados não têm acesso a uma rede social suficiente para os ajudar a satisfazer as necessidades da criança, E/OU Os pais/prestador/es de cuidados relacionam-se de forma geralmente negativa e pouco cooperante com os diferentes membros da sua rede social. E

	social, satisfazendo adequadamente as necessidades da criança.” (p.59)*	social, (ex.: cidadania, empowerment, participação social). E Os pais/prestador/es de cuidados têm capacidade/disponibilidade para se envolver em tal tipo de intervenção. E Tal intervenção está disponível e é viável em tempo útil para a criança.” (p.60)*	Os pais/prestadores de cuidados não têm capacidade/disponibilidade para melhorar as suas competências relacionais OU tal intervenção não está disponível ou não é viável em tempo útil para a criança.” (p.60)
Dimensão 9 – O Acesso aos Serviços	“Em intervenções anteriores, os pais/prestador/es de cuidados estabeleceram uma aliança sobretudo positiva com os serviços, observando-se resultados tangíveis no seguimento da intervenção.” (p.66)*	“Os pais/prestador/es de cuidados apresentaram dificuldades de relação ao longo de intervenções anteriores (ex.: não comparência) MAS tal não inviabilizou o processo. E Os pais/prestador/es de cuidados estabeleceram uma aliança sobretudo positiva com os serviços, observando-se resultados tangíveis no seguimento da intervenção.” (p.66)*	“Os pais/prestador/es de cuidados estabeleceram uma aliança sobretudo negativa com os serviços e não existem exemplos de alianças positivas. E O acesso aos serviços anteriores não indica que exista probabilidade de serem alcançados resultados positivos em tempo útil para a criança.” (p.67)*
		“Os pais/prestador/es de cuidados estabeleceram uma aliança sobretudo negativa com os serviços MAS existem exemplos de alianças positivas. Tais exemplos estão associados a alguma metodologia particular de intervenção? Se sim, qual?_____” E Os serviços considerados pertinentes para o acordo de intervenção a estabelecer poderão adotar tais metodologias de intervenção, caso se considere que os pais/prestadores de cuidados têm capacidade e disponibilidade para se envolverem nas mesmas (especifique quais)_____ “(p.67)*	

\*Pereira & Alarcão, 2016.

tipo de avaliador (Investigador, Gestor de Caso, Equipa) influência a sua percepção acerca da assunção das responsabilidades (D6) por parte dos prestadores de cuidados em termos de “*Recurso*” ou “*Dificuldade*”?; ii) existe uma relação entre a classificação de D6 e as questões-resumo da própria dimensão?; iii) existe uma relação entre o reconhecimento da responsabilidade (D6) e a percepção de mudança (Hipótese Prognóstica)? e iv) qual o efeito da Rede de Apoio (D8)/ O acesso aos serviços (D9) na possível relação entre o reconhecimento da responsabilidade (D6) e a percepção de mudança (Hipótese Prognóstica)?.

Da totalidade das 9 dimensões do Guia, foram escolhidas como variáveis de estudo as Dimensões 6, 8 e 9 (Reconhecimento da Responsabilidade, Rede de Apoio e Acesso aos Serviços, respetivamente), por estas estarem muito presentes nos pontos de análise que auxiliam a formação do juízo clínico sobre a Hipótese Prognóstica (e.g., “Utilização dos serviços no passado e sucesso da intervenção”, “Abertura atual, vontade dos pais/ prestadores de cuidados de procurar e utilizar habitualmente ajuda”, “Aceitação da responsabilidade pelos pais/ prestadores de cuidados”, “Apoio exterior e capacidade de o utilizar”) e assim contemplar-se a possibilidade de estas serem variáveis que influenciam o estabelecimento da Hipótese Prognóstica.

### III - Metodologia

#### Participantes

Foi recolhida informação relativamente a 38 crianças sinalizadas, num total de 113 Guias preenchidos por três profissionais diferentes, relativos a 53 prestadores de cuidados (um mesmo Guia pode avaliar mais que um prestador de cuidados, sendo normalmente aplicados de acordo com os agregados, ou seja, por exemplo, se os pais estiverem juntos apenas se preenche um Guia, mas se estiverem separados preenchem-se dois). Por motivos de independência, como será melhor explicado mais à frente, apenas se escolheu um Guia por criança.

Os Guias foram aplicados no âmbito de avaliações para intervenção em Processos de Promoção e Proteção de Crianças e Jovens. As sinalizações ocorreram por um ou mais dos seguintes motivos: negligência, maus-tratos psicológicos, maus-tratos físicos, pais sem-abrigo, comportamento de risco do jovem, conflitos ligados à guarda da criança, suspeita de abuso sexual, exposição a comportamentos desviantes (e.g., crime, violência doméstica, alcoolismo e/ou outros consumos de substância). Foram também sinalizadas duas mães menores, uma por não ter condições e a outra por estar em acolhimento residencial. No conjunto das 38 sinalizações foram aplicadas medidas no âmbito de Apoio junto da mãe, Apoio junto dos pais, Apoio junto de outro familiar, Acolhimento residencial e Acolhimento residencial para mãe e criança.

A recolha foi feita na Região Autónoma da Madeira entre 2018 e

2019, no âmbito de sessões de formação<sup>4</sup> para aplicação do Guia de Avaliação das Capacidades Parentais. O preenchimento do Guia foi feito após uma 1ª reunião de partilha de informação, por cada um dos participantes. Numa 2ª reunião, era feita a comparação das respostas dos vários profissionais e discutidas as divergências, relembrada a informação partilhada e esclarecidas possíveis dúvidas, para, caso assim o entendessem, os avaliadores pudessem ajustar as respostas dadas no anterior preenchimento. Para efeitos da presente investigação foi utilizada a informação assinalada após a 2ª reunião. Assim sendo, na sua grande maioria, o mesmo caso teve um Guia preenchido por três tipos de profissionais: i) o Avaliador 1 – a Investigadora, que esteve envolvida na validação portuguesa do Guia e que é a única profissional cuja presença é constante nos 38 casos; ii) o Avaliador 2 – o Gestor de Caso, pessoa com maior proximidade aos avaliados e iii) o Avaliador 3 – a Equipa, mais concretamente, um membro da Equipa (que, dependendo do caso, pode ser a CPCJ, EMAT ou uma Instituição de Acolhimento) que pode ser, ou não, da mesma instituição que o Gestor de Caso). Embora o Avaliador 1 e o 2 tenham preenchido 1 guia para cada uma das 38 crianças sinalizadas, observam-se *missings* em algumas dimensões do Guia, razão pelo qual os Avaliadores 1 e 2 apenas têm 37 respostas válidas para D6. Estes avaliadores também têm apenas 37 e 36 respostas válidas para a D9, respetivamente, e para a Hipótese Prognóstica (HP), o Avaliador 1 tem 35 respostas válidas e Avaliador 2 tem 33 respostas válidas. No caso do Avaliador 3 existiam 37 guias preenchidos, mas para D6 e D8 apenas houve 33 respostas válidas, enquanto para D9 e para HP se registaram 28 e 30 respostas, respetivamente.

A investigadora tem um *background* em Psicologia Sistémica, tendo um doutoramento nesta área. Os diferentes Gestores de Caso e membros de Equipa são oriundos de diferentes áreas de formação (Psicologia, Serviço Social, Educação na Infância, Enfermagem e Psicomotricismo). Quase todos os profissionais têm mais de 10 anos de serviço, sendo que a generalidade ultrapassa os 20 anos.

### **Instrumento – O Guia de Avaliação das Capacidades Parentais**

Como referido no enquadramento conceptual, este instrumento tem como objetivo a construção de juízos clínicos fundamentados relativos ao exercício da parentalidade. Apesar de ter 9 dimensões, no atual estudo apenas se utilizam três: i) Reconhecimento da Responsabilidade (D6), que tem como objetivo avaliar o nível de aceitação da responsabilidade do prestador de cuidados pela situação problemática; ii) A Rede Social (D8), que avalia a presença e a qualidade da rede de apoio formal e informal dos prestadores de cuidados e iii) O Acesso aos Serviços (D9), que pretende conhecer a utilização que os prestadores de cuidados fizeram dos serviços que lhes foram oferecidos no passado. Cada uma destas dimensões contém

---

<sup>4</sup> Estas formações foram realizadas com base no projeto de investigação “Parentalidade e proteção à infância: compreensão, avaliação e intervenção” da responsabilidade da Doutora Dora Pereira (Centro de Investigação em Estudos Regionais e Locais - CIERL, Universidade da Madeira).

diversas questões e/ou escalas a serem preenchidas pelo profissional. Exemplificando, D6 questiona sobre o reconhecimento verbal do problema e a mobilização para a ação. D8 cruza diferentes atores sociais (e.g., profissionais de saúde, elementos da comunidade, polícia, etc.) com modos relacionais (e.g., ausência de ligação, cooperação, conflitos frequentes, fuga das obrigações, conformismo, controlo, etc.) e com tipos de apoio social (e.g., ausência de apoio, apoio instrumental, apoio emocional, apoio profissional, etc.). D9 refere-se ao histórico de acompanhamento com um ou vários organismo(s)/serviço(s), devendo ser descrito o tipo de acompanhamento feito, a data de início, duração e frequência deste e qual a percepção do progenitor quanto à qualidade de serviços recebida. Cada uma das dimensões tem também questões-resumo, de modo a englobar a informação recolhida e a dar oportunidade de inserir mais alguma informação que se pense pertinente mas que não estivesse referida nas questões anteriores. As respostas para as questões-resumo (e.g., D6: O progenitor reconhece a natureza (problema) e amplitude (gravidade) das dificuldades? Mobiliza-se para agir?; D8: O progenitor tem acesso a apoio social? Se sim, o mesmo é suficiente e adequado para apoiar o exercício das suas capacidades parentais?; D9: Que mudanças os serviços clínicos ajudaram os prestadores de cuidados a realizar? O que é que, na intervenção dos serviços, pode potenciar um comportamento de menor/ausência de cooperação/mudança por parte dos prestadores de cuidados?) são de desenvolvimento livre; por isso tiveram que ser codificadas antecipadamente, pela Doutora Dora Pereira, que forneceu os dados em formato *Microsoft Excel*. Após a recolha e sistematização de toda a informação, através do uso de juízo clínico e com o apoio das operacionalizações anteriormente referidas na Tabela 1 (*vide supra*, p.9), estas dimensões podem ser classificadas enquanto “*Recurso Principal*” (RP), “*Recurso Secundário*” (RS), “*Dificuldade Secundária*” (DS) e “*Dificuldade Principal*” (DP).

São também utilizados os dados da Hipótese Prognóstica, que, tal como referido anteriormente, é obtida através das respostas a pontos de análise avaliação do potencial da mudança e que pode ser classificada como “*Potencial de mudança encorajador*” (A), representando que o “estado atual da criança mostra que existem problemas sérios mesmo se, até há pouco tempo, as capacidades parentais e o seu próprio desenvolvimento pareciam adequados. Se a intervenção for rápida e apropriada, o prognóstico é razoavelmente bom quanto à capacidade dos pais/prestadores de cuidados poderem responder de novo às necessidades do seu filho de forma a assegurar o seu desenvolvimento” (Pereira & Alarcão, 2016, p.69); “*Alto risco de cronicidade*” (B), ou seja, “O desenvolvimento e a adaptação da criança foram comprometidos de forma crónica e significativa. Os pais/prestadores de cuidados são, de há muito tempo, incapazes de responder às necessidades da criança, e existem poucos indicadores de que a situação se possa modificar sensivelmente, mesmo se forem disponibilizados serviços à família” (Pereira & Alarcão, 2016, p.69); ou “*Indefinido*” (AB), quando há características mistas das duas outras categorias e o profissional não

consegue indicar uma Hipótese Prognóstica com confiança.

## **Procedimentos**

### **Análise de dados**

As repostas ao Guia, por parte de cada um dos avaliadores, foram fornecidas em formato *Microsoft Excel*. Estes dados foram transpostos para o Software de Análise Estatística *SPSS 25*. De toda a informação disponível, para os objetivos do presente estudo foi apenas utilizada a informação correspondente ao tipo de avaliador, às Dimensões 6, 8 e 9 (Reconhecimento da Responsabilidade, Rede Social e O Acesso aos Serviços, respectivamente) e à Hipótese Prognóstica do Guia.

Todos os dados são de natureza categórica e não paramétrica, pelo que a análise de dados foi realizada com aritmética básica e o teste de Qui-Quadrado ( $\chi^2$ ) de Pearson.

Para garantir a independência dos resultados, dado que os diferentes avaliadores analisaram os mesmos casos de Promoção e Proteção, isto é, avaliaram os mesmos sujeitos, apenas foram cruzados dados de um mesmo avaliador. Pelo mesmo motivo, em casos no qual foi aplicado mais do que um Guia tendo em conta a mesma criança (e.g., na situação em que os pais, não partilhando o mesmo agregado, têm cada um uma avaliação independente), foi apenas considerado o Guia que avaliou o progenitor com quem a criança interage mais (por norma, a mãe). Nas situações em que havia mais do que um Guia preenchido por avaliadores de tipo 3, optou-se apenas por um.

Chegando à análise de dados em si, primeiramente, quis avaliar-se a percepção de cada um dos avaliadores acerca do Reconhecimento das Responsabilidades (D6) por parte dos prestadores de cuidados em termos de Recurso (Principal ou Secundário) ou Dificuldade (Principal ou Secundária), calculando para tal a frequência das classificações dadas a D6 por cada um dos avaliadores.

Para avaliar a existência de uma relação entre a classificação de D6 e as respostas dadas a cada uma das quatro questões-resumo da mesma dimensão, foi realizado um teste de Qui-Quadrado, cruzando estas variáveis.

Para avaliação da possível relação entre a percepção da mudança quando os profissionais percecionam o reconhecimento das responsabilidades como dificuldade, cruzaram-se, num Teste de Qui-Quadrado, a classificação de D6 com a classificação da Hipótese Prognóstica.

Finalmente, querendo saber se há um efeito da Rede Social (D8) ou do Acesso aos Serviços (D9) na relação entre a classificação de D6 e da Hipótese Prognóstica, não tendo encontrados testes fiáveis para a moderação de ambas as variáveis dependentes e independentes categóricas, optou-se por fazer um *case select* das diferentes classificações fornecidas a D8 e D9, e, para cada uma destas, voltar a cruzar, num Teste de Qui-Quadrado, a classificação de D6 com a classificação da Hipótese Prognóstica.

Devido a limitações dos resultados (mais de 25% das células apresentarem frequências esperadas inferiores a 5), o nível de significância

para possível rejeição da Hipótese Nula ( $H_0$ ) (e consequentemente, a independência entre as variáveis) foi avaliado através do *Teste de Fisher*, à razão de  $\alpha = 0.05$ . Na análise de resíduos, foi também utilizado o nível de significância de  $\alpha = 5\%$ , ou seja, foram considerados relevantes valores superiores a 1.96 e inferiores a -1.96.

#### IV - Resultados

##### i) O tipo de avaliador influencia a percepção da assunção das responsabilidades (D6) por parte dos prestadores de cuidados em termos de “Recurso” ou “Dificuldade”?

Ao analisar as respostas relativas ao Reconhecimento das Responsabilidades (D6) (Tabela 2), se nos focarmos apenas na generalidade dos Recursos (RP+RS) e das Dificuldades (DS+DP), pode observar-se que estas foram bastante equilibradas entre os diferentes avaliadores, havendo uma pequena diferença de percentagem (cerca de 5%) da Investigadora em relação ao Gestor de Caso e à Equipa, sendo que estes últimos assinalam percentualmente D6 mais vezes enquanto Recurso. Podemos também observar que mais facilmente a Investigadora e o Gestor de Caso assinalam mais dificuldades principais (DP) do que a Equipa. O Gestor de Caso evidencia uma maior aproximação de frequência entre “*Recurso Secundário*”(RS) e “*Dificuldade Secundária*”(DS), quando comparado com os outros dois avaliadores, tendo a percentagem mais elevada de RS e a percentagem mais diminuta de DS.

Realça-se também na Tabela 2 um número de *missings* mais elevado da Equipa.

**Tabela 2. Percentagem das respostas dos avaliadores à classificação do Reconhecimento das Responsabilidades (D6)**

Avaliador	RP	RS	DS	DP	Total
Investigadora	5,4%	8,1%	21,6%	64,9%	100%
	(2)	(3)	(8)	(24)	(37*)
Gestor de Caso	5,4%	13,5%	16,2%	64,9%	100%
	(2)	(5)	(6)	(24)	(37*)
Equipa	9,1%	9,1%	27,3%	54,5%	10%
	(3)	(3)	(9)	(18)	(33*)

*Nota.* RP: Responsabilidade Principal; RS: Recurso Secundário; DS: Dificuldade Secundária; DP – Dificuldade Principal.

\* O total, por avaliador, é inferior a 38 (número total de casos) em virtude dos *missings* registados

##### ii) Existe uma relação entre a classificação de D6 e as questões-resumo da própria dimensão?

Na relação entre a classificação do Reconhecimento da Responsabilidade (D6) e as questões-resumo da própria dimensão, rejeita-se  $H_0$  em todos os cruzamentos excepto entre as respostas da questão-resumo 4 (“*Mobiliza-se para agir?*”) e as classificações em D6 no Avaliador 2, isto é, podemos rejeitar a independência destas variáveis em todos os cruzamentos,

excepto entre as respostas do Gestor de Caso à questão-resumo 4 e à classificação de D6. Pode também verificar-se que a rejeição de  $H_0$  entre a questão-resumo 3 (“*Se se diz predisposto a mudar, se está de acordo com os objetivos e os meios propostos?*”) e as classificações em D6 no Avaliador 2 se deve à presença de um resíduo positivo de 2.4 entre a classificação “*Dificuldade Secundária*” (DS) e a resposta “*Não sabe*” (NS), ou seja, a pessoa assinalou mais vezes do que seria esperado a resposta “*Não sabe*” na classificação DS (Tabela 3). Numa análise mais descritiva dos dados, vemos que existem algumas respostas inconclusivas às questões-resumo, i.e., a pessoa não está a responder de acordo com o está a ser perguntado (e.g. responde com informação que pertença a outra dimensão ou responde em função de quadros hipotéticos em vez de responder em função do comportamento atual do avaliado).

**Tabela 3. Reconhecimento das responsabilidades \* Questão-resumo 3 da D6 (D6Q3)**  
**Crosstabulation (Avaliador 2)**

			D6Q3				Total
			S	N	Instável	NS	
Reconhecimento das	RP	Am	1	0	0	1	2
		RE	,2	-,9	-,2	1,4	
Responsabilidades (D6)	RS	Am	4	1	0	0	5
		RE	1,4	-,8	-,4	-,8	
	DS	Am	2	1	0	3	6
		RE	-,3	-1,0	-,4	<b>2,4</b>	
	DP	Am	8	14	1	1	24
		RE	-,6	1,1	-,4	-1,2	
Amostra Total			15	16	1	5	37*

Nota. RP: Responsabilidade Principal; RS: Recurso Secundário; DS: Dificuldade Secundária; DP: Dificuldade Principal. S:Sim; N:Não; SN: Não sabe. Am: Amostra; RE: Resíduo Estandarizado.

\* O total é inferior a 38 (número total de casos) em virtude dos *missings* registados.

### iii) Existe uma relação entre o reconhecimento da responsabilidade (D6) e a percepção de mudança (Hipótese Prognóstica)?

Para os três avaliadores o Reconhecimento da Responsabilidade (D6) e a Hipótese Prognóstica não são independentes, podendo rejeitar-se  $H_0$ . Parece haver uma associação forte (de 0.536 até 0.729, dependendo do avaliador e do teste considerado –V de Cramér ou Coeficiente de Contingência de Pearson).

Em relação ao Avaliador 1 (Investigadora), pela análise da tabela de resíduos, verificamos que a rejeição de  $H_0$  entre as variáveis em estudo se deve essencialmente ao facto de haver: i) mais avaliações de D6 como “*Dificuldade Secundária*” a originarem um “*Potencial de mudança encorajador*” do que o que seria esperado se as variáveis fossem independentes (resíduo positivo, 2.8); ii) menos avaliações de D6 como “*Dificuldade Secundária*” a originarem um “*Alto risco de cronicidade*” (resíduo negativo, -2.1); e iii) menos avaliações de D6 como “*Dificuldade*

*Principal*” a originarem um “*Potencial de mudança encorajador*” (resíduo negativo, -2.5) (Tabela 4).

No Avaliador 2 (Gestor de Caso), embora se rejeite a hipótese nula, não existem resíduos estatisticamente significativos que justifiquem essa rejeição, mas tal pode ser explicado pelo facto de os resíduos padronizados serem distribuídos assintoticamente com uma média de 0 sob  $H_0$ . Contudo, as duas variâncias assintóticas são menores que 1, pelo que a comparação de resíduos padronizados com distribuições normais padrão levaria a estimativas conservadoras da falta de ajuste de uma célula da tabela a  $H_0$ . Para além disto, à medida que aumentam os graus de liberdade para o Qui-quadrado (com o aumento do número de linhas e/ou colunas na *crosstable*), é cada vez mais provável que pelo menos uma das células tenha um resíduo padronizado ajustado simplesmente por acaso (Agresti, 1990/2002). Todavia, com os valores obtidos pode deduzir-se que o Avaliador 2 também tem uma tendência para assinalar um “*Alto risco de cronicidade*” quando D6 é considerada uma DP e um “*Potencial de mudança encorajador*” quando é considerada um RP (Tabela 5).

Em relação ao avaliador 3, pela análise da tabela de resíduos, verificamos que a rejeição de  $H_0$  se deve essencialmente ao facto de haver: i) mais avaliações de D6 como RP a originarem um “*Potencial de mudança encorajador*” do que o que seria esperado se as variáveis fossem independentes (resíduo positivo, 2.1); ii) menos avaliações de D6 como DS a originarem um prognóstico de “*Alto risco de cronicidade*” (resíduo negativo, -2.0); iii) menos avaliações de D6 como DP a originarem uma resposta de “*Potencial de mudança encorajador*” (resíduo negativo, -2.1) e iv) mais avaliações de D6 como DP a originarem uma resposta de “*Alto risco de cronicidade*” (resíduo positivo, 2.7) (Tabela 6).

**Tabela 4. Reconhecimento das responsabilidades \* Hipótese Prognóstica Crosstabulation (Avaliador 1)**

			Hipótese Prognóstica			Total
			A	AB	B	
Reconhecimento das	RP	Am	2	0	0	2
		RE	1,4	-,3	-1,1	
Responsabilidades (D6)	RS	Am	2	0	1	3
		RE	,8	-,4	-,5	
	DS	Am	8	0	0	8
		RE	<b>2,8</b>	-,7	<b>-2,1</b>	
DP	Am	1	2	18	21	
	RE	<b>-2,5</b>	,7	1,8		
Amostra Total			13	2	19	34*

*Nota.* RP: Responsabilidade Principal; RS: Recurso Secundário; DS: Dificuldade Secundária; DP: Dificuldade Principal. A:Potencial de mudança encorajador; AB: Indefinido; B: Alto risco de cronicidade. Am: Amostra; RE: Resíduo Estandarizado.

\* O total é inferior a 38 (número total de casos) em virtude dos *missings* registados.

**Tabela 5. Reconhecimento das responsabilidades \* Hipótese Prognóstica  
Crosstabulation (Avaliador 2)**

			Hipótese Prognóstica			Total
			A	AB	B	
Reconhecimento das	RP	Am	2	0	0	2
		RE	1,6	-,6	-1,0	
Responsabilidades (D6)	RS	Am	3	1	1	5
		RE	1,0	,2	-,9	
	DS	Am	4	2	0	6
		RE	1,3	1,1	-1,7	
	DP	Am	2	2	15	19
		RE	-1,8	-,6	1,8	
Amostra Total			11	5	16	32*

*Nota.* RP: Responsabilidade Principal; RS: Recurso Secundário; DS: Dificuldade Secundária; DP: Dificuldade Principal. A:Potencial de mudança encorajador; AB: Indefinido; B: Alto risco de cronicidade. Am: Amostra; RE: Resíduo Estandarizado.

\* O total é inferior a 38 (número total de casos) em virtude dos *missings* registados.

**Tabela 6. Reconhecimento das responsabilidades \* Hipótese Prognóstica  
Crosstabulation (Avaliador 3)**

			Hipótese Prognóstica			Total
			A	AB	B	
Reconhecimento das	RP	Am	3	0	0	3
		RE	<b>2,1</b>	-,9	-1,2	
Responsabilidades (D6)	RS	Am	2	1	0	3
		RE	1,1	,3	-1,2	
	DS	Am	4	5	0	9
		RE	,7	1,9	<b>-2,0</b>	
	DP	Am	0	1	13	14
		RE	<b>-2,1</b>	-1,3	<b>2,7</b>	
Amostra Total			9	7	13	29*

*Nota.* RP: Responsabilidade Principal; RS: Recurso Secundário; DS: Dificuldade Secundária; DP: Dificuldade Principal. A:Potencial de mudança encorajador; AB: Indefinido; B: Alto risco de cronicidade. Am: Amostra; RE: Resíduo Estandarizado.

\* O total é inferior a 38 (número total de casos) em virtude dos *missings* registados.

#### **iv) Qual o efeito da Rede de Apoio (D8) e do acesso aos serviços (D9) na possível relação entre o reconhecimento da responsabilidade (D6) e a percepção de mudança (Hipótese Prognóstica)?**

Como referido na metodologia, devido à natureza categórica das variáveis (quer dependente quer independente) não foram encontrados testes

para o cálculo direto da moderação. Assim sendo, fez-se um *case select* das diferentes classificações obtidas em D8 e D9, e, para cada uma destas, voltou a cruzar-se, num Teste de Qui-Quadrado, a classificação de D6 com a classificação da Hipótese Prognóstica. A suposição desta análise será que, se ao compararmos os resultados do Qui-Quadrado após a selecção individual de cada classificação da dimensão se encontrarem diferenças, então a classificação à dimensão (neste caso, D8 ou D9) tem influência sobre a relação entre D6 e a Hipótese Prognóstica, isto é, tem algum efeito moderador. Este método, no entanto, apenas poderá dar pistas sobre a presença ou não da moderação, não sendo possível quantificar o seu grau.

Ao estudar-se o efeito da Rede Social (D8) e do Acesso aos Serviços (D9) sobre a relação entre a classificação do Reconhecimento da Responsabilidade (D6) e a Hipótese Prognóstica, observa-se que quando se seleccionam os casos em que D8 ou D9 foram assinaladas como “*Dificuldade Principal (DP)*”, os examinadores tendem a avaliar o caso como tendo um “*Alto risco de cronicidade*” (Hipótese Prognóstica “B”). Por exemplo, no caso do Avaliador 1, para todos os casos em que D8 foi classificada como DP, também D6 foi classificada como DP e assinalada uma Hipótese Prognóstica B (Anexo 1). O mesmo sucede com D9 e D6 nos Avaliadores 2 e 3 e D8 e D6 no Avaliador 3. Nestes casos, em se que realizou o *case select* de DP em D8 nos Avaliadores 1 e 3 e D9 nos Avaliadores 2 e 3, não foi possível realizar um Teste do Qui-Quadrado, porque D6 e a Hipótese Prognóstica são constantes e é impraticável fazer um Teste de Qui-quadrado com uma tabela de dimensão 1x1.

Situação semelhante sucede quando qualquer um dos avaliadores assinala D8 como “*Recurso Principal*” (RP) ou quando o Avaliador 1 assinala D9 como “*Recurso Principal*” (RP): D6 aparece assinalado como “*Recurso Principal*” (RP) ou “*Recurso Secundário*” (RS), sendo sempre, nestas condições, considerada uma Hipótese Prognóstica A (“Potencial de mudança encorajador”). No entanto, estes resultados são muito limitados devido ao tamanho muito reduzido da amostra (Anexo 2).

Sendo esta uma amostra do contexto de Promoção e Protecção, foram assinalados poucos casos nas Dimensões 8 ou 9 como “*Recurso Secundário*” (RS), não havendo uma amostra suficiente para que surgissem resultados com valores interpretáveis. Pelo contrário, os casos identificados como “*Dificuldade Secundária*” (DS) são em maior número o que originou resultados passíveis de serem interpretados.

Assim sendo, seleccionando os casos identificados como “*Dificuldade Secundária (DS)*” nas Dimensões 8 ou 9 e realizando o teste de independência do Qui-Quadrado entre a classificação DS da Dimensão 6 e a Hipótese Prognóstica, pode, numa análise mais descritiva dos dados, observar-se que apenas os Avaliadores 2 e 3 assinalam a Hipótese Prognóstica “*Indefinido*” (AB).

Numa análise mais detalhada, vemos que o Avaliador 1 quando assinala D9 como DS, ao ajuizar D6 como DP, assinala mais vezes do que seria esperado a Hipótese Prognóstica “*Alto risco de Cronicidade*” (B) caso as variáveis fossem independentes (resíduo positivo, 2.2) (Tabela 7). Já quando o Avaliador 2 assinala a D9 como DS, ao considerar D6 também

como DS, assinala mais vezes do que seria esperado a Hipótese Prognóstica “*Bom Prognóstico de Mudança*” (A) (resíduo positivo, 2.2) (Tabela 8). Observa-se também que quando D8 é considerada como DS, o Avaliador 3, ao assinalar D6 como DP, identifica mais vezes do que seria esperado a Hipótese Prognóstica “*Alto risco de Cronicidade*” (B) (resíduo positivo, 2.3) (Tabela 9). Ao selecionar previamente os casos dos Avaliadores 1 e 2 que classificam D8 enquanto DS, embora seja estabelecida uma dependência (rejeitou-se  $H_0$ ) entre a classificação de D6 e a Hipótese Prognóstica, não surgem resíduos significativos.

**Tabela 7. Reconhecimento das responsabilidades \* Hipótese Prognóstica**  
**Crosstabulation (Quando Select Cases > Avaliador = 1 AND D9= DS)**

			Hipótese Prognóstica		Total
			A	B	
Reconhecimento das responsabilidades (D6)	DS	Am	7	0	7
		RE	,9	-1,4	
	DP	Am	0	3	3
		RE	-1,4	<b>2,2</b>	
Amostra Total			7	3	10

*Nota.* DS: Dificuldade Secundária; DP: Dificuldade Principal. A: Potencial de mudança encorajador; B: Alto risco de cronicidade. Am: Amostra; RE: Resíduo Estandarizado.

**Tabela 8. Reconhecimento das responsabilidades \* Hipótese Prognóstica**  
**Crosstabulation (Quando Select Cases > Avaliador = 2 AND D9= DS)**

			Hipótese Prognóstica			Total
			A	AB	B	
Reconhecimento das responsabilidades (D6)	RS	Am	0	0	1	1
		RE	-,6	-,4	,6	
	DS	Am	3	0	0	3
		RE	<b>2,2</b>	-,7	-1,3	
	DP	Am	1	2	6	9
		RE	-1,1	,5	,5	
Amostra Total			4	2	7	13

*Nota.* RS: Recurso Secundário; DS: Dificuldade Secundária; DP: Dificuldade Principal. A: Potencial de mudança encorajador; AB: Indefinido; B: Alto risco de cronicidade. Am: Amostra; RE: Resíduo Estandarizado.

**Tabela 9. Reconhecimento das responsabilidades \* Hipótese Prognóstica**  
**Crosstabulation (Quando Select Cases > Avaliador = 3 AND D8= DS)**

			Hipótese Prognóstica			Total
			A	AB	B	
Reconhecimento das responsabilidades (D6)	DS	Am	3	4	0	7
		RE	,4	,5	-1,2	
	DP	Am	0	0	2	2
		RE	-,8	-,9	<b>2,3</b>	
Amostra Total			3	4	2	9

Competências Parentais: Prognóstico de Mudança e Reconhecimento das Responsabilidades por Parte dos Prestadores de Cuidados – A Visão dos Profissionais  
Ânia Sofia Pinheiro Viveiros (e-mail: aniaviveiros@gmail.com) 2021

Nota. DS: Dificuldade Secundária; DP: Dificuldade Principal. A:Potencial de mudança encorajador; AB: Indefinido; B: Alto risco de cronicidade. Am: Amostra; RE: Resíduo Estandarizado.

## V - Discussão

Embora os três avaliadores tenham genericamente apresentado alguma convergência na forma como apreciaram o Reconhecimento de Responsabilidade (D6) por parte dos prestadores de cuidados, foi observada uma menor sinalização de classificações “*Dificuldade Secundária*” (DS) e uma maior sinalização de “*Recurso Secundário*” (RS) por parte do Gestor de Caso (Avaliador 2). Considerando que estas duas categorias são as mais próximas, é importante lembrar o que as distingue. O “*Recurso Secundário*” sinaliza a existência de dificuldades que não afetam o desenvolvimento da criança: como explicitado no Guia (Pereira & Alarcão, 2016, p.49) “os pais/prestadores de cuidados reconhecem a natureza (o problema) e a amplitude (gravidade) das dificuldades embora possam não ter, inicialmente, consciência das repercussões das suas atitudes e dos seus comportamentos na criança e (...) mobilizam-se para as ultrapassar, por exemplo, pedindo ajuda a serviços ou a outros membros da sua rede social”. A “*Dificuldade Secundária*” reflete a existência de dificuldades geríveis pelos prestadores de cuidados desde que “desenvolvam competências parentais específicas e/ou haja intervenção dos serviços ou modificação de circunstâncias ambientais”. Tendo em consideração que o Gestor de Caso é o avaliador com maior contacto com os sujeitos avaliados, pode hipotetizar-se que este, no caso de perceber uma relação mais positiva com os sujeitos, tende a valorizar as suas forças e a perceber também como mais positiva a qualidade da relação prestadores de cuidados-profissional. Como referem Kemp et al. (2009), nas situações de aliança terapêutica positiva, normalmente há uma relação colaborativa, baseada no respeito mútuo, na qual o profissional é empático e capaz de reconhecer as capacidades do prestador de cuidados, podendo então levar o Gestor de Caso a ser mais compassivo e a assinalar menos dificuldades. Não será também de ignorar que estando o “*Recurso Secundário*”, nesta dimensão do Reconhecimento das Responsabilidades, associado a uma ausência de repercussões do comportamento parental no desenvolvimento da criança, o Gestor de Caso pode valorizar esse aspeto uma vez que o foco da sinalização e da intervenção protetiva é, desde logo, a criança. O reduzido número de casos, em particular quando começa a detalhar-se a análise, não permite, contudo ir além do enunciado de hipóteses de investigação para análises futuras.

Numa análise qualitativa das respostas, observa-se que o Gestor de Caso (Avaliador 2) aparenta ter algumas dificuldades em responder às questões-resumo 3 e 4 (“*Se se diz predisposto a mudar, está de acordo com os objetivos e os meios propostos?*” e “*Mobiliza-se para agir?*”, respetivamente) da Dimensão 6: apesar de responder que “A pessoa poderia mudar mas não quer”, o Gestor de Caso não assinala a resposta “Não”, eventualmente porque, em alguns casos, pode não ter existido ainda uma proposta de intervenção muito clara à data da avaliação, tornando difícil

responder a tais questões quando ainda não foram esclarecidos os objetivos a atingir. Contudo, atendendo a que os Avaliadores 1 e 3 têm acesso à mesma informação, e conseguiram responder com maior facilidade, isto pode significar que o que é valorizado é uma ideia que Gestor de Caso vai construindo ao longo da avaliação e que se sobrepõe à resposta a estas questões. Coloca-se ainda a possibilidade, sobretudo sendo o Gestor de Caso a pessoa mais próxima da família, de que, na altura em que está a preencher o Guia, antecipe já o que poderá suceder, em termos do projeto de vida da criança, se assinalar que o(s) prestador(es) de cuidados “não está(ão) disponível(eis) para a mudança”: o conhecimento que o Gestor de Caso tem do próprio sistema e a relação eventualmente próxima com a família poderão levar o profissional a tomar decisões “enviesadas” desde uma fase muito inicial, sendo que este viés se traduz num juízo clínico que pode valorizar o perigo da retirada em detrimento de uma avaliação mais negativa da mobilização dos prestadores de cuidados para a mudança. A falta de respostas psicosociais, seja ao nível das entidades de primeira linha, seja ao nível de serviços especializados, pode, também, ser uma razão para que, em situações de fronteira, o Gestor de Caso possa optar por ajuizar a situação como um RS e não como uma DS.

Considerando que os Avaliadores 2 (Gestor de Caso) e 3 (Equipa) sinalizam, na D6, mais casos como “Recurso” (RP e RS) do que o Avaliador 1 (Investigadora), respetivamente 7, 6 e 5 casos, seria interessante poder perceber melhor que avaliação é que fazem do risco em que a criança está, nomeadamente nas situações em que esse risco é menos visível no momento da avaliação. E coloca-se esta hipótese porque, nas situações mais extremas, em que os “pais/prestadores de cuidados não reconhecem a natureza (o problema) e a amplitude (a gravidade) das dificuldades e não (...) se mobilizam para alterar o seu comportamento nas áreas problemáticas identificadas (...) (Guia, p. 49), a avaliação do Gestor de Caso e da Investigadora são iguais.

No estudo da possível relação entre o Reconhecimento da Responsabilidade (D6) e a Hipótese Prognóstica, a Investigadora tende a assinalar mais casos com D6 classificada enquanto “*Dificuldade Secundária*” (DS) com um “*Potencial de Mudança Encorajador*” do que o Gestor de Caso e a Equipa que são, também, os profissionais que têm menos experiência com o instrumento e/ou com o modelo sistémico/ ecológico que lhe subjaz, mas que têm uma relação mais direta com o cliente. Isto pode significar que estes dois últimos avaliadores podem ter um menor domínio do juízo clínico e tendem a realizar um raciocínio mais linear, não fazendo a interligação das várias dimensões, como a formulação da Hipótese Prognóstica exige, focando-se no microssistema (família/prestador de cuidados), em detrimento do mesossistema, por exemplo, e ignorando que diferentes fatores de risco e proteção são importantes para diferentes desfechos e que a maioria desses fatores está associada entre si (Ayala-Nunes et al, 2018; Bronfenbrenner, 1974; Hayes et al., 2017). Deve também considerar-se a hipótese de considerarem o Reconhecimento das Responsabilidades (D6) tão importante que a sua avaliação como

Dificuldade, mesmo que secundária, possa sobrepor-se a outra informação. A Investigadora, apesar de assinalar D6 enquanto DS, provavelmente ainda admite um “*Potencial de Mudança Encorajador*”, pois a própria descrição de D6 enquanto DS contempla ser possível gerir esta dificuldade, caso os pais/ prestadores de cuidados desenvolvam competências parentais específicas e/ou haja intervenção dos serviços ou modificação de circunstâncias ambientais.

Na apreciação do efeito das Dimensões 8 e 9 (Rede Social e Acesso aos Serviços, respectivamente), sobre a possível relação entre o Reconhecimento da Responsabilidade (D6) e a Hipótese Prognóstica, devido à amostra reduzida, o estudo foi limitado, mas foi possível verificar que quando as dificuldades são grandes (“*Dificuldade Principal*” (DP)), seja em D6 e D8 ou em D6 e D9, não se levantam grandes dúvidas em classificar a Hipótese Prognóstica como “*Alto risco de cronicidade*” (B), esteja o avaliador mais implicado no processo, enquanto Gestor de Caso, ou não. Quando a avaliação destas dimensões vai no sentido de serem classificadas como “*Dificuldade Secundária*” (DS), o juízo já não parece ser tão linear. Quando a amostra começa a ter um pouco mais de expressão, os resultados apontam para que os Avaliadores 2 e 3 tendem a ficar mais indecisos do que o Avaliador 1, que não assinala nenhuma Hipótese Prognóstica como “*Indefinida*” (AB). No entanto, quando o Acesso aos Serviços (D9) é avaliado como DS, o Gestor de Caso tende a assinalar um melhor prognóstico do que seria esperado. Esta opção poderá dever-se ao conteúdo dos próprios pontos de análise que orientam a formação da Hipótese Prognóstica. Estes pontos de análise focam-se muito em experiências passadas de intervenção (e.g., utilização de serviços no passado e sucesso da intervenção) pelo que, se esta nunca ocorreu ou se os objetivos para atingir a mudança não são claros, pode haver uma tendência para que o profissional desresponsabilize, de alguma forma, o prestador de cuidados, considerando que foram os serviços que deram um apoio insuficiente, ou nulo, e, por essa razão classifique a Hipótese Prognóstica como “*Indefinida*” (AB). Será necessária uma maior amplitude de amostra para poder testar esta hipótese, bem como uma maior densificação da informação, nomeadamente pela análise das razões que subjazem ao juízo clínico feito pelos diferentes avaliadores.

Algo visível ao longo do estudo e que importa realçar é a presença de *missings*. Estes surgem em qualquer uma das dimensões estudadas (6, 8 e 9) e na Hipótese Prognóstica, sendo mais visíveis no Avaliador 3 (Equipa). Conjetura-se que o membro da Equipa, sendo o profissional que tem menos conhecimento e proximidade com o avaliado, por comparação com o Gestor de Caso, e menos familiaridade com o instrumento e com a avaliação sistémica, comparativamente com a Investigadora, sente-se menos confiante para executar juízos clínicos. Esta falta de confiança parece ser também corroborada quando, ao analisar a tabela de frequências em relação à classificação do Reconhecimento da Responsabilidade (D6), se observa que a Equipa tem menos respostas extremadas (i.e, assinala menos vezes D6 como “*Recurso Primário*” ou “*Dificuldade Principal*”) do que a

Investigadora e o Gestor de Caso.

O presente estudo comporta diversas limitações a nível metodológico. Embora o número de Guias preenchido seja interessante e represente um esforço assinalável no contexto português (113 Guias preenchidos, na sua quase totalidade, relativos a 38 crianças e por 3 avaliadores diferentes), ele torna-se diminuto quando pretende fazer-se um estudo quantitativo dos dados nas várias dimensões de resposta. Tendo em conta que se trata de avaliações de Processos de Promoção e Proteção, o número de dimensões qualificadas como “*Recurso*” foi muito reduzido. Neste sentido, não foi possível tirar grandes conclusões acerca da relação entre D6 e a Hipótese Prognóstica caso D8 ou D9 tivessem sido registadas enquanto “*Recurso*”. Numa primeira análise, parece que quando D8 ou D9 e D6 são assinaladas como “*Recurso Principal*” (RP), há uma tendência para haver um “*Potencial de Mudança Encorajador*” mas é necessário ampliar a amostra para ver se a tendência se confirma e para estudar o que aconteceria caso estas dimensões fossem classificadas como “*Recurso Secundário*” (RS).

Tendo os dados utilizados sido previamente recolhidos, não foi possível, no quadro do presente trabalho, falar diretamente com os avaliadores, embora se considere que seria interessante voltar aos casos e aos profissionais para entender o que poderá ter influenciado o seu juízo clínico e a sua tomada de decisão: por exemplo, parece relevante perceber que informação consideraram mais importante, qual o possível efeito de crenças ou preconceitos acerca dos prestadores de cuidados e do seu potencial de mudança, se procedem à avaliação da capacidade parental em função daquilo que realmente observam ou se têm em atenção as possibilidades de intervenção no contexto comunitário em que os prestadores de cuidados se inserem e a capacidade de resposta dos serviços às possíveis dificuldades e desafios com que aqueles se confrontam.

Seria também interessante, com uma amostra de maior dimensão, dividir as respostas pelos diferentes *backgrounds* profissionais (que em princípio representarão formação em diferentes modelos teóricos de compreensão da realidade e do que significa a proteção da criança e a promoção do seu desenvolvimento), colocada a hipótese de que quanto menos treino e menos conhecimento se tem em relação às dimensões e quanto menor for a visão ecossistémica da “realidade” maior é a tendência para raciocínios lineares. A literatura revista tende, no que diz respeito à avaliação e intervenção na área da proteção à infância, a agrupar os profissionais num só grupo, como técnicos de serviços sociais, o que tornou mais difícil a discussão das diferenças evidenciadas pelos três avaliadores considerados nesta investigação.

Em outros trabalhos futuros, poderiam envolver-se outras dimensões, como a 2 e a 3 (respetivamente, a Saúde e o desenvolvimento da criança e a Vinculação), considerando que se pensa poderem ter impacto nas avaliações do Gestor de Caso e da Equipa, no sentido em que talvez estes tendam a ser mais tolerantes e a fornecer melhor prognóstico de mudança quando as sequelas da negligência ou do abuso ainda não são muito visíveis na criança ou adolescente, dado a tendência destes profissionais a terem um maior foco

no abuso do que no seu contexto (Corby, 2003; Platt, 2006).

Seria também interessante, de modo a poder estudar como esta avaliação pode ter impacto na intervenção por parte dos técnicos e a validar a Hipótese Prognóstica, que fossem feitas reavaliações às mesmas famílias/casos de modo a estudar se o que se sucedeu com a família foi de acordo com as classificações das diferentes dimensões e da Hipótese Prognóstica, ou não, havendo também uma descrição do que poderá ter motivado a evolução ou cronicidade dos problemas (por exemplo, se não houve uma melhoria em D9 será que isso foi motivado por conflitos na família ou uma avaliação negativa da Hipótese Prognóstica levou a que não fosse sequer feita uma intervenção?). Todavia, reconhece-se a dificuldade de realizar este estudo longitudinal, não só pela mobilidade de algumas destas famílias como pela existência de inúmeros *drop-outs* e de casos que transitam da CPCJ para o Tribunal.

Embora se considere importante uma leitura mais quantitativa para encontrar as regularidades e tirar conclusões, devido à grande complexidade de variáveis e relações seria também interessante aprofundar, como já se afirmou anteriormente, a compreensão das razões que levaram o avaliador a qualificar as dimensões em análise como Recurso ou Dificuldade Principal, ou Secundária. Tratando-se sempre de um juízo clínico, em que a dimensão é avaliada em si mesma, mas, simultaneamente, se relaciona com outras dimensões e aspetos relevantes do ecossistema da família, torna-se fundamental compreender como é que o avaliador pondera e valora a totalidade da informação que obtém. Parece efectivamente ser necessário esta análise mais qualitativa no sentido de entender melhor como o avaliador constrói o seu juízo e como conclui a sua avaliação prognóstica.

## VI - Conclusões

O presente estudo permitiu observar que, embora ligeira, há uma tendência para existirem avaliações finais diferentes perante o mesmo caso, dependendo da posição do avaliador (Investigador, Gestor de Caso ou membro da Equipa). De um modo geral, quando mais do que uma dimensão (e.g., Reconhecimento da Responsabilidade (D6) e Rede Social (D8) ou Reconhecimento da Responsabilidade (D6) e O Acesso aos Serviços (D9)) é definida como uma “*Dificuldade Principal*” (DP), não parece haver muitas dúvidas em relação à formulação de uma Hipótese Prognóstica de “*Alto risco de cronicidade*” (B), mas quando as dificuldades são classificadas como “*Secundárias*” (DS) há alguma indecisão por parte dos Avaliadores 2 e 3 (Gestor de Caso e membro de Equipa) que assinalaram mais vezes como “*Indefinida*” (AB) a Hipótese Prognóstica quando comparados ao Avaliador 1 (Investigadora). No entanto, a Investigadora e o Gestor de Caso parecem considerar mais vezes uma hipótese prognóstica de “*Potencial encorajador de mudança*” (A), do que seria esperado, quando assinalam “*Dificuldades Secundárias*” (DS) nas dimensões estudadas.

Estes resultados apontam para que haja uma relação entre a percepção, por parte dos profissionais, acerca do “Reconhecimento da Responsabilidade”, da existência/qualidade da “Rede de Apoio” e do

“Acesso aos serviços” e a sua percepção final da Hipótese Prognóstica. Tal pode indicar, então, a necessidade de proceder a uma avaliação integrada de várias dimensões, ponderando a forma como os vários fatores de risco e de proteção contribuem para a vulnerabilização dos prestadores de cuidados na sua função parental e colocando a tónica na avaliação da capacidade de mudança e na identificação dos pontos sensíveis para a promoção da mesma. Esta avaliação parece ser crucial para que a intervenção auxilie o sistema a concretizar verdadeiras mudanças, maximizando a hipótese de sucesso da intervenção e, sobretudo, a anulação do risco e a promoção do desenvolvimento e do bem-estar da criança.

Contudo, este estudo apresenta várias limitações. Devido à amostra reduzida, na investigação de um possível efeito de D8 e D9 sobre a relação entre D6 e a Hipótese Prognóstica, apenas foi fiável avaliar as “*Dificuldades*”, pois sendo os dados retirados de um contexto de Processos de Promoção e Proteção, as DP e DS eram as classificações mais frequentes. Seria importante expandir esta amostra de modo a poder verificar se a avaliação destas dimensões enquanto “*Recursos*” potencia a classificação de um “*Potencial encorajador de mudança*” (A) bem como a densificar as análises feitas para o seu ajuizamento enquanto “*Dificuldades*”.

Apesar destas limitações, o estudo atual constitui-se como uma porta para estudos futuros: durante a sua realização ficou claro que seria interessante explorar a influência de outras dimensões na Hipótese Prognóstica, como a Saúde e o Desenvolvimento da Criança (D2) e a Vinculação (D3), a área de formação e os modelos de conceptualização de caso dos profissionais e estudar a fiabilidade destas avaliações ao longo do processo.

### Referências Bibliográficas

- Agresti, A. (2002). *Categorical data analysis* (2nd ed.). Wiley. (Edição original, 1990)
- Alarcão, M. (2000). *(des)Equilíbrios familiares*. Quarteto.
- Ayala-Nunes, L., Jiménez, L., Saul, J., Nunes, C., & Hidalgo, V. (2018). An ecological model of well-being in child welfare referred children. *Social Indicators Research*, *140*(2), 811-836. <http://doi.org/10.1007/s11205-017-1807-x>
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child Development*, *55*(1), 83. <https://doi.org/10.2307/1129836>
- Bronfenbrenner, U. (1974). Developmental research, public policy, and the ecology of childhood. *Child Development*, *45*(1), 1-5.
- Bronfenbrenner, U., & Ceci, S. J. (1994). Nature-nurture reconceptualised: A bio-ecological model. *Psychological Review*, *10*(4), 568–586.
- Carmo, R. (2010). Contributo para a revitalização das comissões (alargadas) de proteção. In P. Guerra, A. Laborinho, & A. Leandro (Eds.). *Estudos em homenagem a Rui Epifânio* (pp.335-366). Almedina.
- Corby, B. C. (2003). Supporting families and protecting children. *Journal of Social Work*, *3*(2), 195-210. <https://doi.org/10.1177/14680173030032005>

- Dawson, K., & Berry, M. (2002). Engaging families in child welfare services: An evidence-based approach to best practice. *Child Welfare*, 81(2), 293-317 .
- De Rancourt, L., Paquette, F., Paquette, D., & Rainville, S. (2006). *Guide d'évaluation des capacités parentales: Adaptation du guide de Steinhauer: 0 à 5 ans* (3ème ed.). Centres Jeunesse de Montréal.
- Guadalupe, S. (2016). *Intervenção em rede: Serviço social, sistémica e redes de suporte social*. (2ª ed.). Imprensa da Universidade de Coimbra (Edição original, 2009)
- Guerra, P. (2016). *Lei de protecção de crianças e jovens em perigo: Anotada*. Almedina.
- Hayes, N., O'Toole, L., & Halpenny, A. M. (2017). *Introducing Bronfenbrenner: A guide for practitioners and students in early years education*. Taylor & Francis.
- Imber-Black, E. (1988). *Families and larger systems: A family therapist's guide through the labyrinth*. Guilford Press.
- Kemp, S. P., Marcenko, M. O., Hoagwood, K., & Vesneski, W. (2009). Engaging parents in child welfare services: Bridging family needs and child welfare mandates. *Child Welfare*, 88(1), 101-26.
- Lei de proteção de crianças e jovens em perigo (1999). Lei nº147/99, de 1 de setembro.  
<https://data.dre.pt/eli/lei/147/1999/p/cons/20180705/pt/html>
- Magnuson, D. (2014). The productive uses of conflict in child protection. *Social Sciences*, 3(4), 672-686. <https://doi.org/10.3390/socsci3040672>
- McGregor, C., & Devaney, C. (2020). A framework to inform protective support and supportive protection in child protection and welfare practice and supervision. *Social Sciences*, 9(4), 43. <http://doi.org/10.3390/socsci9040043>
- Melo, A. T., Alarcão, M. (2017). Exploring family change processes: A dynamic qualitative analysis of family trajectories, change and coordination in child protection cases. *The Qualitative Report*, 22(2), 601-634.
- Patterson, J. M. (2002). *Understanding family resilience*. *Journal of Clinical Psychology*, 58(3), 233-246. <https://www.doi.org/10.1002/jclp.10019>
- Peixoto, C., Ribeiro, C., & Manita, C. (2007). Avaliação psicológica forense das capacidades parentais. *Sociedade de Psicologia do Triângulo Mineiro*, 11(2), 142-156.
- Pereira, D. (2014). Parentalidade e proteção à infância: Um guia para a avaliação da capacidade parental [Tese de doutoramento, Universidade de Coimbra]. <http://hdl.handle.net/10316/23957>
- Pereira, D., & Alarcão, M. (2015). A tomada de decisão no âmbito da avaliação das capacidades parentais. *Intervenção Social*, 42/45, 43-64. <http://revistas.lis.ulsiada.pt/index.php/is/article/view/2189>
- Pereira, D., & Alarcão, M. (2016). *Guia de Avaliação das Capacidades Parentais* [Instrumento Psicométrico]. Instrumento não publicado.

- Picão, M., & Alarcão, M. (2009). A rede secundária em famílias multiassistidas: Estudo de um contexto de protecção da infância. *Mosaico*, 41, 115-126.
- Platt, D. (2006). Investigation or initial assessment of child concerns? The impact of the refocusing initiative on social work practice. *British Journal of Social Work*, 36(2), 267-281. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bch255>
- Sluzki, C. E. (2010). Personal social networks and health: Conceptual and clinical implications of their reciprocal impact. *Families, Systems, & Health*, 28(1), 1–18. <http://doi.org/10.1037/a0019061>
- Sousa, L. & Ribeiro, C. (2005). Percepção das famílias multiproblemáticas pobres sobre as suas competências. *Psicologia*, 19 (1-2), 169-191.
- Steinhauer, P., Leitenberger, M., Manglicas, E., Pauker, J., Smith, R., & Gonçalves, L. (1993). *Guide d'évaluation de la compétence parentale*. L'Institut pour la Prévention de l'enfance maltraitée.
- Stephens, T. N., Parchment, T., Gopalan, G., Burton, G., Ortiz, A., Brantley, T., Martinez, S., & McKay, M. (2016). Assessing the needs of reunified families from foster care: A parent perspective. *Child Welfare*, 94(6), 9-37.
- Thomas, M., Chenot, D., & Reifel, B. (2005). A resilience-based model of reunification and reentry: Implications for out-of-home care services. *Families in Society*, 86(2), 235-243. <http://doi.org/10.1606/1044-3894.2458>

## Anexos

### Anexo 1. Reconhecimento das responsabilidades \* Hipótese Prognóstica

#### Crosstabulation (Quando Select Cases > Avaliador = 1 AND D8= DP)

		Hipótese Prognóstica		Total
		B		
Reconhecimento das	DP	Am	14	14
Responsabilidades		RE	,0	
(D6)				
Amostra Total			14	14

Nota. DP: Dificuldade Principal. B: Alto risco de cronicidade. Am: Amostra; RE: Resíduo Estandarizado.

### Anexo 2. Reconhecimento das responsabilidades \* Hipótese Prognóstica

#### Crosstabulation (Quando Select Cases > Avaliador = 1 AND D9= RP)

		Hipótese Prognóstica		Total
		A		
Reconhecimento das	RP	Am	2	2
Responsabilidades		RE	,0	
(D6)				
	RS	Am	1	1
		RE		
Amostra Total			3	3

Nota. RP: Recurso Principal; RS: Recurso Secundário. A: Potencial de mudança encorajador. Am: Amostra; RE: Resíduo Estandarizado.