

PROCURANDO NÃO SER APENAS MAIS UM NA REDE SECUNDÁRIA DE FAMÍLIAS MULTIASSITIDAS

Maria Picão
Psicóloga
maria_minas@hotmail.com

Banco Alimentar Contra a Fome – Projecto Educar para a Cidadania
Estação Alcântara Terra, Armazém 1, Av. Ceuta, 1350-254 Lisboa

Madalena Alarcão
Psicóloga; Professora Associada (Universidade de Coimbra); Terapeuta
Familiar (SPTF)
malarcao@fpce.uc.pt

Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação
Rua do Colégio Novo, 3001-802, Coimbra, Portugal

Resumo

Através de um estudo de caso pretende evidenciar-se a forma como uma Comissão de Protecção de Crianças e Jovens pode contribuir, enquanto elemento da rede secundária de uma família multiassistida, para a transformação de uma narrativa familiar e institucional muito desqualificadora e rigidificada no sintoma do jovem. É evidenciada, também, a importância da hipotetização sistémica na leitura da informação e na planificação da intervenção.

Palavras-chave: rede secundária; famílias multiassistidas; protecção de crianças e jovens; hipótese sistémica; reenquadramento.

Abstract

With this case study we intend to show the way by which a Protection Youth and Children Committee can contribute, as an element of the secondary network of a multiassisted family, in order to transform the familiar and institutional narratives that are, normally, very disqualifying and focused on the young's symptom. It is also enhanced the importance of systemic hypothesis as an instrument for reading the information and for planning the intervention.

Key-Words: formal network; multiassisted families; youth and children protection; systemic hypothesis; reframing.

Introdução

Este estudo de caso surge na sequência de uma investigação realizada sobre a rede secundária e o fenómeno da mutiassistência em famílias sinalizadas a uma Comissão de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ)¹. Face às múltiplas situações de multiassistência e à enorme dificuldade sentida na transformação das dificuldades e narrativas familiares, quisemos explorar de que forma é que, neste contexto de protecção e promoção da infância, os técnicos da CPCJ podem ajudar a promover a verdadeira mudança e a potenciar o bem-estar e o desenvolvimento familiar. Tal como evidenciámos no anterior trabalho (Minas & Alarcão, 2009), a rede secundária contribui, muitas vezes, apenas para um alargamento de apoios, mais pontuais do que prolongados, mais dirigidos ao indivíduo do que ao todo familiar, que acabam por transformar o suporte institucional numa “não ajuda”. Mantendo-se num quadro de cibernética de primeira ordem, a intervenção toma o sistema como uma entidade auto-regulada, deficitária, que é preciso “ensinar” a mudar, e a desarticulação institucional transforma a rede secundária num elemento mais alienador do que potenciador (Alarcão, 2005). As forças da família são frequentemente negligenciadas, criando um ciclo vicioso no qual a família se percebe como cada vez menos capacitada e os serviços como mais necessários (Imber-Black, 1988). Não obstante, o objectivo é criar um *nicho institucional* que potencie a transformação do sistema em dificuldades. Para isso é necessário considerar a dimensão auto-organizativa do sistema e valorizá-lo como um elemento necessariamente envolvido na construção da mudança (Alarcão, 2005), capaz de se apoiar, autonomamente, em instâncias externas (Linares, 1997: 42). A realização de encontros interinstitucionais afigura-se crucial para o aumento da eficácia das intervenções e para a redução do número de acções divergentes ou mesmo contraditórias. No fundo, a intervenção em rede secundária só poderá funcionar como agente de mudança quando cada instância se dispuser a ouvir a família e os outros profissionais, assim como a explorar, partindo de hipóteses sistémicas, o que pode ajudar a potenciar as capacidades da família ou, pelo contrário, o que pode paralisá-la. Foi com este objectivo que conduzimos o caso que passamos a apresentar.

1. Da sinalização à elaboração da primeira hipótese sistémica

¹ Picão, M. & Alarcão, M. (2009). A rede secundária em famílias multiassistidas. Estudo de um contexto de protecção da infância. *Mosaico*, 41, 115-126.

1.1. Sinalização

A situação do André foi sinalizada à CPCJ no início de Março, pelo Tribunal de Família e Menores, após recepção de uma informação do departamento de pedopsiquiatria. Tratava-se de um rapaz de 12 anos, com diagnóstico de perturbação obsessivo-compulsiva, em situação de absentismo escolar desde Novembro.

Nessa mesma semana, os pais do jovem apresentaram-se voluntariamente na CPCJ, a conselho da técnica de serviço social do referido departamento, no sentido de expor a situação e na esperança de obter resposta para aquilo que afirmavam ser uma emergência e uma necessidade de internamento imediato.

1.2. Breve história do sintoma e da família

A mãe, mostrando-se extremamente desgastada, assumiu o relato da história. O pai, por seu lado, admitiu a sua distância face aos problemas, explicando que o trabalho lhe consumia muito tempo e o mantinha, de alguma forma, à margem da rotina familiar.

Foi dito que o filho tinha uma POC, diagnosticada desde os 9 anos, e que havia abandonado definitivamente a escola, em Novembro, devido ao agravamento dos problemas. O início dos sintomas foi reportado, três anos antes, a uma época de fortes conflitos familiares.

Até aos seis anos, o André passava o dia com uma tia materna (para que os pais pudessem trabalhar), apenas regressando a casa de noite, para dormir. Essa tia tinha três filhos, dos quais o mais velho (Bruno) se foi progressivamente insurgindo pelo facto de o primo passar muito tempo em sua casa. Quando o Bruno constituiu família e teve uma filha ameaçou a mãe de que não voltaria a sua casa caso o André continuasse entregue aos seus cuidados. Estas tensões culminaram num episódio que envolveu a polícia, devido aos insultos que Bruno dirigiu a André e seus pais. A forma como relataram o episódio demonstrou que o impacto do conflito abalou muito toda a família.

Desde então, o André passou a ser acompanhado por técnicos de diferentes espaços institucionais que, natural (escola) ou circunstancialmente (serviços de saúde, sociais, policiais), frequentava (cf. figura 1), em consequência de um conjunto de sintomas que passou a ter (e.g., medo de tocar no papel, lavagem recorrente e sistemática das mãos, recusa em ter alguma parte do corpo descoberta, recusa em estar com algumas pessoas, bater com a cabeça nas paredes). Concomitantemente, as suas relações de amizade foram-se deteriorando. Segundo a mãe, o André foi sempre o mais pequeno e frágil, entre os colegas, relacionando-se sobretudo com meninas.

Cresceu rodeado por senhoras e foi desenvolvendo alguns maneirismos e comportamentos (e.g., ter o cabelo comprido, usar verniz nas unhas) que provocavam, nos colegas, comentários que o faziam sentir gozado e vexado. A própria família e os vizinhos diziam à mãe que “a culpa seria dela caso ele se tornasse homossexual”, fazendo com que a senhora se sentisse pressionada e tomasse atitudes contrárias à vontade do filho (e.g., separá-lo das colegas com quem se dava mais e inscrevê-lo numa nova escola).

As férias de Verão anteriores à actual sinalização são pontuadas pelos pais como um período muito negativo para o filho. Duas colegas suas amigas resolveram fazer um “teste à sexualidade” do André no sentido de esclarecer as suas dúvidas no tocante à orientação sexual: para tal, procuraram seduzi-lo, não tendo o mesmo sentido qualquer excitação o que o levou a concluir que era gay. Posta ao corrente do que se tinha passado, a mãe proibiu o filho de contactar com as raparigas (suas únicas amigas).

O regresso à escola, em Setembro, foi muito conturbado. O André mostrava-se bastante revoltado com os pais e profissionais que o acompanhavam. Passou a maquilhar-se e decidiu interromper a medicação (que tomava desde os 9 anos). Foi nesta sequência que, em Novembro, se recusou a voltar à escola. Todos os esforços de articulação entre a família e os diferentes serviços, no sentido de promover a reintegração escolar e social do André, foram gorados.

O rapaz mostra-se cada vez mais revoltado e reage a qualquer tentativa de aproximação da família a um novo ou antigo serviço, recusa a medicação, recusa voltar à escola, insurge-se contra os pais e vive em casa, isolado, levando os pais a considerar que o melhor é o seu internamento. A mãe diz-se esgotada. Procura sofregamente soluções, desmultiplica-se em pedidos de ajuda e decepciona-se ao compreender que os diferentes profissionais não acolhem a sua ideia de internamento. Sente-se esperançada em cada novo contacto mas desiludida e desesperada quando não obtém a resposta pretendida, partindo para um novo serviço. O resultado é uma teia de instituições e técnicos desalinhados e desarticulados (figura 1), também eles incapazes de alterar o registo discursivo e comportamental desta mãe e desta família.

Os pais que vieram ao encontro da CPCJ para “desabafar” sobre o filho (a mãe entrou na sala de atendimento benzendo-se, ao mesmo tempo que dizia “meu Deus, espero que aqui encontre a solução”), vieram também sinalizar a desordem deste ecossistema, cuja falta de sintonia se vai reflectindo no desânimo e desgaste de cada indivíduo e entidade envolvidos.

1.3. Primeira hipótese sistémica

Habituada a contar com o apoio e enquadramento da família alargada, esta família nuclear vê-se não só deles privada (na sequência do conflito potenciado pelo Bruno) como se confronta com uma desorganização crescente do seu filho André. A mãe, fortemente aberta à ajuda exterior e amedrontada pela sintomatologia crescente do filho, procura ajuda técnica.

A crise vivida pela família, que exigiria mudanças estruturais importantes (reforço e articulação do sub-sistema parental; reorganização das relações com a família de origem; filiação emocional do André por parte dos seus pais mas com promoção da sua progressiva autonomia; abertura da família ao exterior, com reforço das ligações sociais) é transformada em urgência (necessidade de curar os sintomas do André) o que reforça a pontuação sintomática e bloqueia o sistema familiar nas transformações que deveria realizar. Cria-se uma progressiva fusionalidade entre a mãe e o André, assente nos sintomas, e reforça-se a demissão do pai que passa a ter que trabalhar ainda mais para ganhar por ele e pela mulher uma vez que esta acaba por deixar de trabalhar para tomar conta do filho. A filiação emocional do André faz-se à custa de uma fusionalidade que bloqueia o seu crescimento, que esgota a mãe, que afasta o pai e que desorganiza a família. As dúvidas identitárias do André focalizam-se na dimensão sexual, o que agrava os medos da mãe e aumenta a conflitualidade e o isolamento familiar e social.

Procurando responder à urgência, os diferentes serviços reforçam a focalização sintomática. Face à manutenção das dificuldades do rapaz, a mãe parte para um novo contacto, coleccionando narrativas de desqualificação mútua (não se sentindo apoiada, a mãe critica os serviços que a definem como não cooperante e responsável pelas dificuldades do filho). O desconhecimento do histórico da relação da família com outros serviços faz com que cada novo encontro repita procedimentos semelhantes e cristalice a narrativa familiar centrada no problema e na patologia do André.

O André, sentindo-se prisioneiro de uma mãe que o apoia mas que também o sufoca, de um pai amedrontado que não sabe o que fazer, traído por tios e primos que o não aceitam, dominado por ideias de vingança e por pensamentos e sentimentos que o assustam e por profissionais que não o escutam e que o medicam mesmo sem o verem (face à sua progressiva recusa de sair de casa, é a mãe que vai à consulta e traz a medicação), encerra-se cada vez mais sobre si mesmo, centrado nas suas dúvidas e no seu comportamento sintomático.

Temos, então, uma mãe com enorme desejo de proporcionar qualidade de vida ao filho mas que se sente desamparada. Há serviços preocupados com o bem-estar do jovem mas desconfiados no que respeita à forma de proceder da mãe. E há um paciente identificado completamente triangulado entre a família (particularmente a mãe) e a rede secundária.

2. Da(s) hipótese(s) à concretização da intervenção

A partir da compreensibilidade permitida pela hipótese anteriormente referida, a CPCJ entendeu estar perante o seguinte dilema: ou aceitava a narrativa familiar e continuava a centrar-se no sintoma e no PI, reforçando o valor de urgência dado à crise, ou contrariava a narrativa familiar (nomeadamente no tocante ao internamento) e entrava em escalada simétrica com a mãe, ou procurava, através do reenquadramento sistemático, introduzir novas pontuações, perturbando, no sentido prigogeniano, o equilíbrio familiar (quer da família nuclear quer das suas relações com a família de origem) e o equilíbrio intersistémico (entre a família nuclear e a rede institucional). Selecionando a última opção, considerou a possibilidade de realizar uma sessão domiciliária (uma vez que o André não saía de casa) e uma reunião de rede secundária (para leitura sistémica das dificuldades e trabalho da rede e planificação da intervenção). Dada a necessidade de responder rapidamente à solicitação dos pais (mãe) e de começar a desconstruir a narrativa familiar, considerou-se prioritária a realização da sessão domiciliária. Face ao receio dos técnicos da CPCJ de que a mesma repetisse o atendimento feito aos pais nas instalações da comissão, foi feito, em regime de supervisão, um *role-play* de uma possível sessão, procurando entender que tipo de interacção favoreceria a mudança, que tipo de dificuldades o técnicos poderiam sentir, e porquê, que recursos pessoais e que estratégias poderia activar para lhes fazer face. Foram, ainda, ensaiados diversos reenquadramentos e conotações positivas para possíveis comportamentos e interacções, quer do jovem quer dos pais.

2.1. Primeira sessão domiciliária

A sessão ocorreu no domicílio embora apenas na presença da mãe. O pai tinha ido trabalhar e o André havia fugido (para casa da tia) ao tomar conhecimento da visita das técnicas. A mãe, apesar de haver acordado comunicar antecipadamente a visita ao filho, acabou por ocultar essa

informação acreditando que uma visita inesperada seria a melhor estratégia para evitar o seu nervosismo e a sua fuga.

O encontro serviu, então, para procurar estabelecer uma relação forte com a mãe, através da conotação positiva do seu comportamento como expressão da sua grande preocupação com o filho (traduzida numa protecção constante com ele e na desvalorização dos seus problemas de saúde; *daí a ideia do internamento para que outros mais capazes pudessem cuidar do André e para que a senhora pusesse realizar a operação de que tanto necessitava*). A mãe aceitou esta leitura e descreveu todo o historial de relação com os diferentes serviços a que tem vindo a recorrer, de forma a completar o ecomapa inicialmente traçado. Aceitou ainda colaborar com a CPCJ no sentido de que, nas semanas seguintes, não procuraria nenhum outro serviço nem enganaria o filho relativamente aos contactos com as técnicas da CPCJ. Pela primeira vez, a mãe concordou com a ideia de que o André tinha capacidades para tomar algumas decisões como, por exemplo, decidir em que momento queria falar com os elementos da comissão.

2.2. Reavaliação da hipótese sistémica e planificação dos contactos seguintes

Confirmada, na generalidade, a hipótese anteriormente formulada, considerou-se fundamental: a) permitir que o jovem se apropriasse do pedido de ajuda, no sentido de reforçar positivamente a sua necessidade de ser qualificado como pessoa competente e com alguma autonomia; b) alargar e retomar o apoio da família alargada curto-circuitado pelo conflito familiar ocorrido três anos antes.

No sentido de alcançar o 1º objectivo, definiu-se que iriam ser realizados tantos contactos telefónicos quantos os necessários até que o André aceitasse encontrar-se presencialmente com a técnica da CPCJ. Optou-se pelo contacto telefónico inicial na medida em que é um contacto mais indirecto e ao qual o André poderia furtar-se sem ter que agravar a sua sintomatologia. Optou-se também por ser uma outra técnica, com mais disponibilidade e mais nova, a manter este contacto com o André, ainda que em clara articulação com as gestoras do caso que ficariam mais disponíveis para desenvolver o trabalho com a mãe e a sua família de origem.

2.3. Primeiros contactos (telefónicos) com o PI

No espaço de duas semanas e meia, foram efectuados 7 contactos telefónicos: inicialmente era a mãe que atendia o telefone, pois o André recusava-se a fazê-lo, ainda que ficasse a ouvir a conversa. A técnica pedia à mãe que repetisse ao André o que ela estava a dizer (*que sabia*

que ele estava cansado de contar a sua história a pessoas desconhecidas, que entravam na sua vida, actuavam e saíam, alheias à sua vontade, mas que queria fazer diferente, permitindo que fosse ele a dizer o que fazia sentido para si; que compreendia que ele tivesse necessidade de mais algum tempo para atender o telefone e para poder marcar o dia em que quisesse falar com ela sobre aquilo que o incomodava e que o fazia ficar em casa), ainda que nos dois primeiros telefonemas a senhora acrescentasse sempre mais alguma coisa da sua lavra no sentido de forçar o filho a falar com a técnica. Durante os primeiros telefonemas o jovem recusou falar ao telefone, suplicando à mãe que o deixassem em paz e afirmando que *não confiava em doutores e não queria que mais pessoas se intrometessem na sua vida;* apercebendo-se, contudo, da ineficácia da sua estratégia, a mãe acabou por apropriar-se do discurso que lhe era comunicado, transmitindo-o, fidedignamente, ao filho. A partir de então o André começou a ouvir e a partir do quarto telefonema começou a perspectivar-se a possibilidade de um encontro presencial. Sempre que assumia o telefonema e falava na primeira pessoa, o André deixava de ter uma voz tensa e entrecortada e evidenciava alívio e algum prazer na conversa.

O tempo, contudo, tornava-se um inimigo, uma vez que as exigências legais colocadas à intervenção da CPCJ não se coadunavam com o tempo de que o André parecia necessitar. Por essa razão foi estabelecido contacto com o Tribunal de Família e Menores tendo este compreendido a necessidade de prolongar o tempo inicialmente dado para a fase avaliativa. Desta forma, pudemos, junto do rapaz, reforçar a ideia de que não lhe imporíamos uma data para estar com ele, esperando que nos dissesse quando estava preparado para o fazer. Em cada telefonema mobilizámos energias para realçar as competências e recursos do André e procurámos perturbar a narrativa familiar qualificando-o como elemento chave da solução para a família. Conferimos-lhe autoria no que toca à construção da mudança, tanto no espaço familiar como individual e sugerimos-lhe que o encontro fosse perspectivado como uma oportunidade de começar a construir, colaborativamente, o seu bem-estar e o da família. Arriscar no encontro seria dar oportunidade de expressão ao *seu lado corajoso*, aquele que vinha falando mais alto, de telefonema para telefonema.

Quando a concretização do encontro começou a tornar-se uma realidade surgiu um novo entrave: a inclusão de um novo elemento na rede secundária familiar, neste caso a nova médica de família. A mãe regressa da consulta reforçada na sua antiga narrativa, dizendo que a médica havia apoiado as suas preocupações e considerado que a única solução para o seu filho muito doente seria o internamento. Os gestores do caso, na CPCJ, retomam, também eles, a visão que inicialmente

tinham construído acerca da mãe como uma pessoa manipuladora e doente, desadequada e prejudicial para o filho, começando a equacionar até que ponto é que o André estava ou não em perigo neste agregado familiar e colocando a hipótese de estudar a viabilidade do internamento. Curiosamente, esta visão vai ao encontro daquela que a mãe receia que os serviços tenham a seu respeito e que, quando transmitida, acaba por gerar cortes e escaladas comunicacionais. Nessa altura foi feita nova supervisão e reflectido o sentido (o *para quê* deste comportamento materno) e as implicações desta visão no desenrolar do processo.

No dia marcado para o primeiro encontro presencial, a técnica acabou por atrasar-se meia hora e, quando chegou, o André tinha saído: de acordo com a mãe, ele *ficou cheio de pânico e a tremer e fugiu* o que levou a mãe a pensar que tudo estava a voltar para trás. A técnica aproveitou para reenquadrar o episódio, normalizando a reacção do André. Depois, falou telefonicamente com o André, reenquadrando e normalizando o seu comportamento e desafiando o seu *eu corajoso* a ultrapassar os seus medos e a marcar um novo encontro.

2.3. Encontro com a família alargada

A sessão com a família alargada potenciou surpresas, uma vez que a tia tinha uma visão diferente e menos saturada do que a da mãe, demonstrando mais facilidade em destacar os pontos fortes do André e as suas capacidades escondidas. A mãe acabou por mostrar mais esperança na intervenção, reconhecendo os importantes passos que já tinham sido dados e mostrando disposição para colaborar na promoção da participação do André na construção da mudança. Nesta sessão foi também evidente a possibilidade da tia e sua família apoiarem o André e o pai durante o período em que a mãe estivesse hospitalizada para realizar a intervenção cirúrgica que vinha adiando há vários meses.

2.4. Sessão presencial com o PI

O encontro ocorreu passados dois dias. Ao contrário das expectativas mais pessimistas, o próprio André surpreendeu-se com a naturalidade com que aconteceram as apresentações. Não se revelou especialmente nervoso, muito menos limitado do ponto de vista cognitivo. Passeámos. O André ficou gradualmente mais descontraído, o que se notou na forma como começava a falar de si. Centrámos-nos nos seus gostos e recursos. Sempre que o André se dizia incapaz, referíamos a concretização do actual encontro para desafiar as suas crenças auto-desqualificadoras. Introduzimos a questão milagre (De Shazer, 2005), pedindo-lhe que

descrevesse o seu acordar se, durante a noite, todos os seus problemas se resolvessem. O André disse que acordava *curado*. Pedimos-lhe que esclarecesse o que queria dizer, tendo ele referido que queria dizer sentir-se bem. Fez referência a algumas actividades que considerava importante realizar, como ir ao dentista e ao médico, assim como voltar para a escola. No entanto, *estava convencido da sua incapacidade para as concretizar*. Dizia que, apesar da consciência da imprescindibilidade de dar aqueles passos, desejando os resultados, por considerá-los construtivos, o medo era mais forte. Talvez pelo facto de a conversa ter assentado nas suas áreas mais saudáveis, a descrição que fazia das suas dificuldades ia contrastando com uma postura de maior confiança. Naturalmente surgiram vários *resultados únicos* em que o André *derrotava o medo*. Orientámo-nos para esses episódios e para a forma como se sentia *depois de cada vitória*, provando como era capaz de *mandar no medo*. *Propusemos que a CPCJ fosse sua aliada, neste combate ao medo*.

Já na presença da mãe e do André, sintetizámos o que tinha sido falado com ele e agradecemos à mãe tudo o que tinha feito para que este passo pudesse ser dado. Qualificamos a mãe como aliada do André na luta contra o medo, tendo o importante papel de ajudá-lo a conhecer os seus recursos e capacidades.

2.5. Segundo contacto presencial com o PI

No segundo encontro deparámo-nos com uma família mais leve. Mãe e filho pareciam menos desgastados e não esconderam que estavam à espera da visita. A mãe mostrou-se mais animada e confiante, incentivando, por sua iniciativa, o nosso espaço individual com o filho. O André estava descontraído e mais arrojado. Durante a semana havia expressado à mãe o desejo de ir ao médico. Na conversa desse dia mostrou-se motivado no que respeita aos passos que necessitaria percorrer para alcançar o maior bem-estar que pretendia. Ponderámos, em conjunto, pequenos passos, tendo-se o André mostrado confiante nas suas capacidades para os executar.

Finalmente, de novo juntamente com a mãe, sintetizou-se o conteúdo daquele encontro, realçando as pequenas conquistas que se vinham fazendo. Nesse dia, o André subscreveu o consentimento que autorizava a CPCJ a intervir.

2.6. Nova planificação da intervenção

Tomar o André como elemento fundamental da solução (invertendo a habitual narrativa que o responsabilizava pelo problema) e externalizar a

dificuldade, qualificando o André como autor da sua vida e capaz de enfrentar o medo, revelou-se fundamental no estabelecimento de uma relação de confiança que permitiu ao André aceitar a intervenção da CPCJ e pôr a hipótese de ir ao médico (pedopsiquiatra). Para reforçar a mudança que parecia estar a instalar-se, definiu-se um plano de acompanhamento individual semanal, centrado na externalização dos medos do André, no reforço das suas competências e na avaliação da possibilidade de reconstrução da sua rede primária.

No sentido de apoiar a mãe e de diluir a relação fusional mãe-filho, foi-lhe oferecido um espaço pessoal, nas instalações da CPCJ, com uma das gestoras do caso.

Com o objectivo de ajudar esta família a reorganizar as suas relações com a família de origem, foi marcada uma nova reunião com a tia e a mãe do André, preparatória do período de internamento da mãe.

Com o intuito de organizar a rede secundária e de reforçar o contexto colaborativo que tinha sido iniciado entre o André, a sua família e a CPCJ, considerou-se necessário marcar uma reunião com a médica de família e, posteriormente, com todos os profissionais/serviços que viessem a integrar este processo no sentido de partilhar a compreensão sistémica e definir conjuntamente a intervenção.

Conclusões

No contexto particular da CPCJ, onde as famílias chegam com uma herança de intervenções mal-sucedidas, frequentemente rotuladas como disfuncionais e consideradas como incapazes de mudarem, parece-nos especialmente importante a promoção de uma leitura sistémica do microsistema familiar e do seu ecossistema, bem como das comunicações desenvolvidas entre os vários sistemas.

O desenvolvimento de um relação colaborativa com a família, num contexto que não deixa de ser por ela entendido como coactivo, revela-se fundamental para o processo de ajuda, uma vez que é impossível dois ou mais sistemas cooperarem num quadro de desqualificação e/ou desconfiança e na ausência de leituras e objectivos mutuamente significativos e aceites. Por esta razão, o processo avaliativo comporta, desde o primeiro contacto, uma dimensão interventiva na medida em que os profissionais devem criar condições para que, conjuntamente com a família, se busquem novas formas de promover o desenvolvimento e o bem-estar individual e familiar.

A elaboração e discussão da hipótese sistémica surge como um instrumento fundamental no processo de recolha e leitura da informação na medida em que permite e obriga a rede secundária a compreender *quem e como se mantém a dificuldade* e abre as portas para o

reenquadramento, tarefa indispensável à construção da relação colaborativa e à potenciação do processo de mudança. É com o reenquadramento que os profissionais partilham a hipótese sistémica com o sistema familiar e é num processo permanente de (re)construção da mesma que se (re)define e planifica a intervenção e se procura transformar a crise numa oportunidade de transformação e crescimento. Uma vez mais pudemos constatar que a acumulação de intervenções não só não é sinónimo de transformação e evolução familiar como, muitas vezes, contribui para a perpetuação das dificuldades, para a desqualificação e bloqueio do sistema familiar.

A CPCJ, enquanto instituição oficial não judiciária que intervém quando já não é possível às entidades com competência em matéria de infância e juventude actuar de forma adequada e suficiente para remover o perigo em que crianças e/ou jovens se encontram, deve adoptar uma posição meta, na hora de reflectir sobre os casos que acompanha. Para tal, e como pensamos ter podido deixar claro, é indispensável que proceda a uma recursiva hipotetização/planificação da intervenção, no sentido de ir, progressivamente, avaliando as abordagens promotoras ou constrangedoras da evolução familiar. Duas questões parecem revelar-se muito úteis na condução do processo e na construção da relação colaborativa: a) a exploração das crenças e expectativas que família e serviços têm e que ajudam ou dificultam a mudança; b) o conhecimento dos processos que têm bloqueado e promovido a mudança.

A supervisão, enquanto olhar externo, responsável por potenciar visões alternativas, pode ajudar a CPCJ a colocar-se na posição meta e pode ajudar a rede secundária a criar novas, e mais úteis, narrativas acerca de uma intervenção que não é fácil mas é cada vez mais necessária no quadro de uma sociedade que se assume como responsável pela defesa dos direitos das crianças e das famílias.

BIBLIOGRAFIA:

- Alarcão, M. (2000). *(des)Equilíbrios familiares*. Coimbra: Quarteto editora.
- Alarcão, M. (2005). *Laçadas armadilhantes e laçadas virtuosas nos laços da rede secundária*. Texto policopiado.
- Cancrini, L., Gregório, F., & Nocerino, S. (1997). Las familias multiproblemáticas. In M. Coletti, J. & L. Linares (comp.). *La intervencions sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática, la experiència de la ciutat vella* (pp. 45-82). Barcelona: Paidós.

- De Shazer, S. (2005). *More than miracles: The state of the art of solution-focused therapy*. Binghamton, NY: Haworth Press.
- Hartman, A. (1995). Diagrammatic assessment of family relationships. *Families in Society*, 76, 2, 111-122.
- Imber-Black, E. (1988). *Families and larger systems*. New-York: The Guilford Press.
- Linares, J. L. (1997). Modelo sistémico e família multiproblemática. In M. Colletti & J. L. Linares (comp.). *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática, la experiencia de la ciutat vella* (pp. 23-44). Barcelona: Paidós.
- Relvas, A. P. (2000). Hipotetização em terapia familiar. A curiosidade co-construída. In A. P. Relvas, *Por detrás do espelho* (pp. 37-83). Coimbra: Quarteto editora.
- Sousa, L. (2005). *Famílias multiproblemáticas*. Coimbra: Quarteto editora.

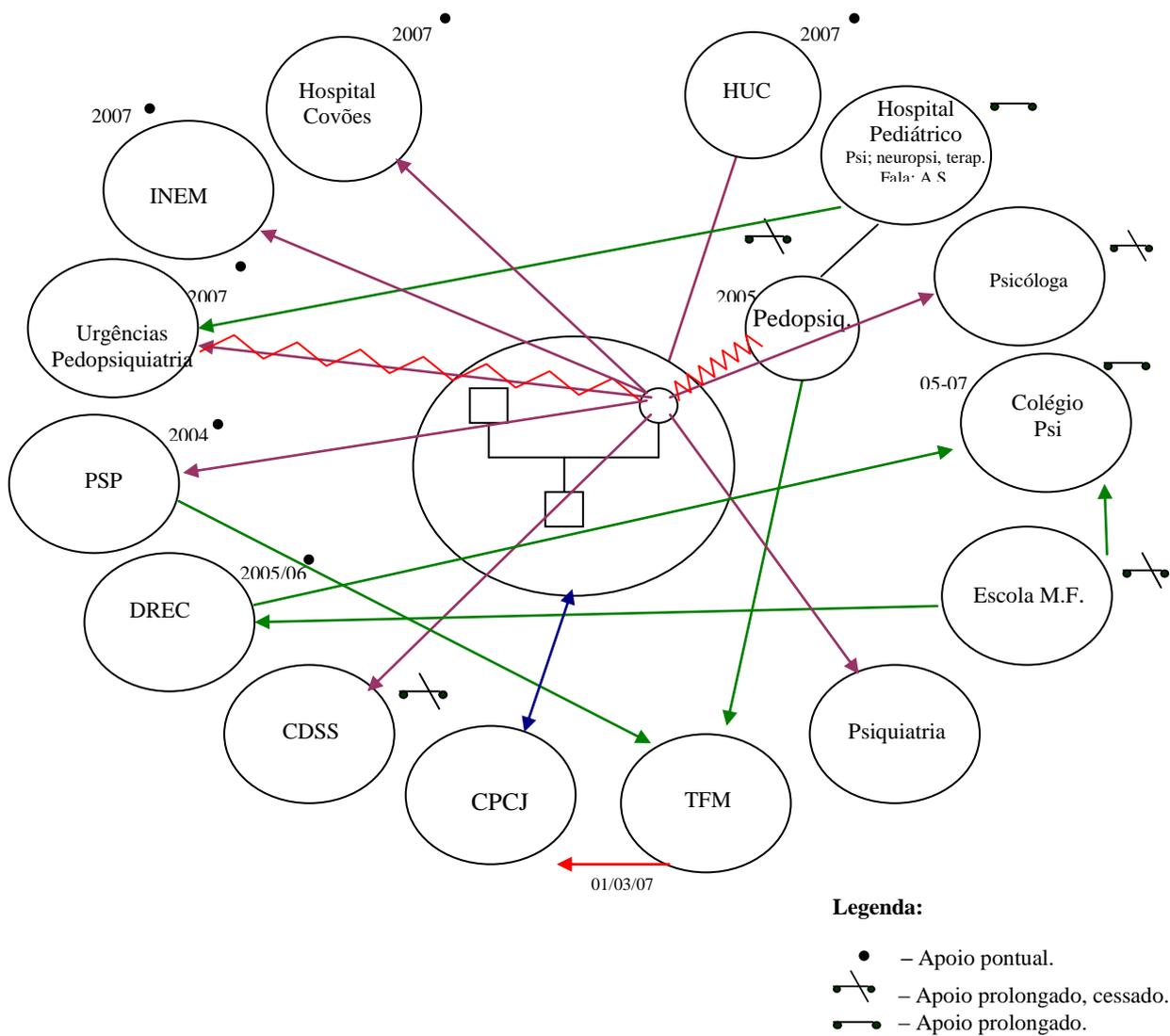


Fig. 1 – Eco-mapa do André e da sua família.