

1 2 9 0



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Eliana Filipa Frazão Salgueiro

**A PRÁTICA TERAPÊUTICA COM CLIENTES
MANDATADOS/ INVOLUNTÁRIOS: UM ESTUDO
QUALITATIVO**

Dissertação no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia, área de especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, subárea de especialização em Psicoterapia Sistémica e Familiar, orientada pela Professora Doutora Maria Madalena de Carvalho e apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Julho de 2020

A Prática Terapêutica com Clientes Mandatados/ Involuntários: Um Estudo Qualitativo

Resumo

O objetivo deste estudo visa recolher contributos de peritos com experiência na intervenção com clientes mandatados/involuntários, incluindo a sua perceção sobre a viabilidade, utilidade e pertinência da criação de um guia orientador/protocolo para a prática terapêutica com estes clientes, em Portugal.

Foram entrevistados quatro interventores com experiência clínica compreendida entre os 16 e os 22 anos e, entre os 8 e 16 anos especificamente na área dos clientes involuntários/mandatados. Procedeu-se à aplicação de uma entrevista semi-diretiva em regime *online* e, posteriormente, à análise de conteúdo das mesmas através da técnica de análise categorial de Jorge Vala (1986).

Os resultados obtidos evidenciam a necessidade de uma crescente investigação e descomplexificação das noções em torno deste tipo de intervenção e sublinham a insuficiência de oportunidades de formação teórico-prática para os terapeutas que atuam na área. Preconiza-se que as sugestões propostas sejam analisadas e aprimoradas futuramente, com o intuito da criação de um protocolo aberto, flexível, extensível e replicável a nível nacional.

Palavras-chave: Clientes mandatados/ involuntários, protocolo, intervenção, sistémica, clínica.

Therapeutic Practice With Mandated/ Involuntary Clients: A Qualitative Study

Abstract

The aim of this study is to gather the contributions of specialists with experience on intervention with mandated/involuntary clients, including their perception of the viability, usefulness and pertinence of creating a guide/protocol for a therapeutic practice with these clients, in Portugal.

Four participants between 16 and 22 years of clinical experience and, between 8 and 16 years old, specifically in the area of involuntary/mandated clients were interviewed for this study. We proceeded to the application of an online semi-directive interview and, afterwards, to a content analysis through the categorial analysis technique of Jorge Vala (1986).

The results indicate the need for a growing investigation and the decomplexing around the notions of this type of intervention and underline the lack of opportunities for theoretical and practical training for therapists working in this area. It is recommended that the suggestions presented should be analyzed and improved in the future, in order to create an open, flexible, extensible and replicable protocol at the national level.

Key Words: Mandated/ involuntary clients, protocol, intervention, systemic, clinical.

Agradecimentos

Em primeiro lugar à Professora Doutora Madalena de Carvalho pela sábia orientação, pela transmissão de conhecimentos, pelo auxílio prestado, pela paciência, pelo rigor e exigência que me capacitaram para uma aprendizagem mais autónoma.

Em segundo lugar, agradeço a disponibilidade e todas as contribuições oferecidas pelos quatro peritos intervenientes neste estudo. O seu saber e experiência permitiram-me espreitar pelas suas lentes no que respeita o exercício da psicologia e, em particular a(s) realidade(s) da intervenção com clientes involuntários, no nosso país.

À minha mãe, minha predileta, por me apoiar e incentivar a nunca desistir dos meus sonhos. Pela palavra amiga e protetora nos momentos mais difíceis. Pelo orgulho com que festeja as minhas vitórias.

Ao Cláudio, por todo o amor, por acreditar em mim e no meu esforço, por valorizar o meu trabalho. Por todas as noites em que dormiu de luz acesa.

À Marisa Santos, que mesmo longe está sempre perto. Pela sua eterna amizade, pelo seu apoio, carinho e dedicação.

A Alguém, que estará certamente muito orgulhoso de me ver chegar aqui. Brindemos a isso.

Índice

Introdução.....	1
I. Enquadramento Conceptual	2
1. Clientes Involuntários e Mandatados: Identificar e Definir Para Intervir.....	2
2. A Intervenção com Clientes Mandatados.....	3
2.1. Conceitos de Resistência, Motivação, <i>Distress</i> e Coação.....	3
2.2. Abordagens Terapêuticas e o Impacto da Intervenção Mandatária.....	4
3. Competências, Dilemas e Vulnerabilidades do Terapeuta.....	6
II. Objetivos	10
III. Metodologia	11
1. Procedimentos de Investigação.....	11
2. Caracterização da Amostra.....	11
3. Instrumentos de Recolha de Dados.....	12
IV. Resultados	13
1. Definição de Clientes Involuntários e Mandatados.....	13
2. Singularidades e Regularidades entre Intervenção Voluntária e Involuntária.....	14
3. Instrumentos e Técnicas de Intervenção.....	15
4. Atitude e Postura do Terapeuta na Primeira Sessão.....	16
5. Abordagens de Intervenção.....	16
6. Evitar Movimentos de <i>Drop out</i>	17
7. Estratégias Preventivas de Conflitos Entre Terapeutas e Agências Mandatárias.....	18
8. Gestão da Discrepância Entre Pedidos.....	19
9. Outras Dificuldades de Intervenção.....	19
10. Vulnerabilidades do Terapeuta.....	20
11. Dilemas Éticos.....	20
12. Utilidade e Pertinência da Criação de um Protocolo de Intervenção com Clientes Involuntários.....	21
13. Variáveis, Normas e Procedimentos a Incluir num “Protocolo”.....	22
14. Avaliação da Prática da Intervenção Involuntária/Mandatada em Portugal.....	23
15. Perspetivas Sobre a Formação no Âmbito da Intervenção Mandatária/Involuntária.....	24
V. Discussão dos Resultados	24
Conclusões	29
Bibliografia	31
Anexos	35

Introdução

Revisitando os fundamentos conceituais e as práticas da psicoterapia ao longo da história, conclui-se que a maioria das teorias e modelos terapêuticos se baseiam no pressuposto de que os clientes procuram ajuda de modo livre e voluntário. Contudo, este raciocínio globalizante esquece que “(...) em terapia, se encontram crianças, sujeitos pouco capazes de tomar essa decisão de forma informada, pessoas que não admitem ter um problema e/ou famílias ou casais onde nem todos desejam tal tipo de ajuda” (Sotero, 2016, p.3). São estes clientes que, na literatura e de modo geral, são vistos como involuntários.

São clientes involuntários os indivíduos ou “famílias que estão em terapia devido a um encaminhamento de terceiros (serviços públicos ou privados, como escolas, centros de saúde, serviços de proteção de menores, etc.), associado ao seu desejo de não participação e envolvimento no processo terapêutico” (Sotero & Relvas, 2012, citado em Sotero, 2016, p.4). Estes clientes são muitas vezes mascarados como “involuntários invisíveis”, uma vez que os constrangimentos que enfrentam não são de cariz judicial, gerando confusão a quem os atende, ao serem encarados como voluntários resistentes. Por sua vez, o termo “clientes mandatados” refere-se aos indivíduos que são enviados/ trazidos por alguém à terapia, isto é, indivíduos referenciados por variadas fontes, como são exemplos, os tribunais. «Tanto os clientes mandatados como os não voluntários, devem ser caracterizados como involuntários e, em ambas as situações podem apresentar-se resistentes relativamente ao processo terapêutico» (Sotero, 2006, p. 39), pelo que, parece não fazer sentido uma distinção entre mandatados e não voluntários.

O presente trabalho propõe-se a refletir sobre a importância da identificação destes clientes, tendo em consideração o envolvimento dos mesmos na terapia, a aliança terapêutica, a motivação, a resistência, o impacto da coação/ coerção, o *distress*, entre outros aspetos que influenciam o sucesso dos *outcomes* terapêuticos. Tem como objetivo primordial, perceber a pertinência, viabilidade e utilidade da criação de um guia/protocolo para a prática clínica no contexto dos clientes mandatados/ involuntários. Encontra-se organizado em torno de uma primeira parte correspondente ao enquadramento conceptual das temáticas abordadas e de uma segunda parte de estudo empírico. Esta segunda parte engloba, pois, os objetivos do trabalho, a metodologia utilizada, a apresentação dos resultados, bem como a sua discussão e conclusão.

I – Enquadramento Conceptual

1. Clientes Involuntários e Mandatados: Identificar e Definir Para Intervir

Trotter (2015) descreve como clientes involuntários os sujeitos que não escolheram receber serviços que lhes estão a ser prestados. Estes serviços, habitualmente referenciados por ordem judicial/legal e assim, também designados de mandatados, ou sob pressão/ameaça de sanção (social ou moral), tendem a ser vistos como desnecessários e intrusivos.

Para Rooney (1992) os clientes involuntários podem ser subdivididos em duas categorias: clientes mandatados e clientes não voluntários. Os primeiros são indivíduos que vão ao encontro do profissional de saúde mental (psicólogo, assistente social, psiquiatra) devido a um mandato legal ou ordem judicial. Por sua vez, os segundos recorrem à intervenção psicológica ou psicossocial devido à pressão de entidades, de outras pessoas e/ou de eventos exteriores (e.g. escolas, entidades empregadoras ou outros significativos, como pais ou cônjuges). Neste último caso, embora os constrangimentos que enfrentam não sejam judiciais, os clientes não voluntários são muitas vezes encarados como relutantes ou “resistentes”.

A complexidade da definição destes conceitos dificulta o processo de intervenção terapêutica. Por esta razão, importa identificar os clientes involuntários através de dois critérios fundamentais: a referenciação (isto é, quem faz o pedido) e a vontade do cliente (representada pelas perceções do sujeito - objetivas e subjetivas - a respeito do pedido, objetivos de intervenção, possibilidades de escolha e poder no processo) (De Jong & Berg, 1998; Friedlander, Escudero & Heatherington, 2006; Osborn, 1999; Ronney, 1992; como citado em Sotero, 2016).

Na década de 80, Harris e Watkins (1987) sublinharam a dificuldade em articular e adaptar as teorias psicológicas existentes ao contexto dos clientes involuntários e relutantes. No entanto, já era partilhada a ideia de que havia uma tendência, por parte dos clientes, em resistir à entrada na terapia e, por conseguinte, em participar no processo de mudança, quando coagidos.

Ainda hoje, o estudo sobre a eficácia das técnicas de terapia tradicionais, geralmente utilizadas com clientes voluntários, quando aplicadas a clientes não voluntários, tem recebido atenção limitada no âmbito da psicoterapia, especialmente se entrarmos no campo da terapia de casal e familiar (Snyder & Anderson, 2009).

A resistência do cliente e a sua motivação para a mudança constituem, para Snyder e Anderson (2009), os determinantes-chave para os resultados psicoterapêuticos. Também Hachtel, Vogel e Huber (2019) sugerem que os clientes mandatados se apresentam mais resistentes à terapia, uma vez que a veem como uma intervenção obrigatória. Se os indivíduos orientados para a terapia não chegarem às sessões de forma voluntária é expectável um conjunto de consequências, como a passividade, a inadequada aceitação/implementação das recomendações terapêuticas, falha de assiduidade à terapia, escassez de motivação para a mudança,

desistência prematura e outras formas de resistência que resultam em *outcomes* pobres e negativos (Donovan & Rosengren, 1999).

2. A Intervenção com Clientes Mandatados

2.1. Conceitos de Resistência, Motivação, *Distress* e Coação

O termo “mandatados” evoca reações fortes e previsível aos indivíduos, a maioria delas negativa. Neste sentido, associam ao termo noções de “resistente”, “difícil”, “não cooperativo”, “negativo”, “cheio de atitude”, “em negação” e “frequentemente hostil”. Veem a intervenção psicoterapêutica como um contacto indesejado, uma intrusão nas suas vidas (De Jung & Berg, 2001).

DiClemente (1991) sugere que a resistência é o resultado dos “4 R’s”: relutância, rebelião, resignação e racionalização. Numa visão mais ampla, a resistência é entendida como uma reação normal a um tratamento coercivo e indesejável, sendo provável os indivíduos virem a resistir quando sentem que pode haver uma perda da sua liberdade e independência (Weakland & Jordan, 1990; Woody & Grinstead, 1992).

A motivação é um elemento importante para a construção de uma aliança terapêutica forte, entre cliente e terapeuta (Connors, DiClemente, Dermen, Kadden, Carrol & Frone, 2000; Prochaska, Velicer, Rossi, Goldeinstein, Marcus & Rakowski, 1994, citado em Snyder & Anderson, 2009) e um pré-requisito para o sucesso terapêutico (Orlinsky & Howard, 1986; Schottenfeld, 1989), em muitas das áreas da terapia com clientes mandatados, incluindo casos de violência doméstica, abuso de crianças, incesto e abuso de substâncias. Não obstante, para Snyder e Anderson (2009) é mais provável que os clientes mandatados entrem na terapia por pressão da família, das entidades empregadoras ou dos sistemas judiciais e legais, do que por motivação interna para a mudança e terminarem assim a terapia prematuramente.

Moore, Tambling e Anderson (2013) referem que os níveis de *distress* (angústia) e coação, sobretudo vindos daqueles que são exteriores à família, podem influenciar e afetar os clientes voluntários e mandatados diferentemente. Os resultados das suas pesquisas apontam para uma relação entre angústia e motivação e entre coação percebida e a motivação do cliente para a mudança. Objetivando a avaliação da motivação dos clientes, casais ou famílias e prever resultados positivos, os autores propuseram a utilização do Modelo Transteórico da Mudança. Este modelo divide-se em cinco estádios: pré contemplação (os clientes e famílias não preveem efetuar mudanças e muitas vezes culpam os outros pelos seus problemas), contemplação (os clientes começam a considerar mudanças nos próximos seis meses), preparação (os clientes planeiam empreender ações), ação (os clientes e famílias começam a exercer ações concretas e observáveis) e manutenção (os clientes trabalham para prevenir recaídas e manter as mudanças).

Segundo este estudo, os clientes mandatados encontram-se, na sua maioria, no estádio de pré contemplação, uma vez que os seus comportamentos são mais incómodos para os outros do que para si. A angústia em redor do contexto terapêutico é muitas vezes causada pela

incongruência entre as expectativas do terapeuta, da entidade referenciadora e do cliente, que experiencia níveis baixos de motivação, envolvimento e dificuldades de formação de aliança terapêutica. De igual modo foi considerado que quanto maior for o nível de coação/pressão para que o cliente, casal ou família frequente a terapia, menor é a sua motivação para a mudança, mais baixo será o seu envolvimento no processo e mais rápido será o abandono precoce das sessões. Não obstante, os efeitos da angústia e coação percebida podem ser atenuados pelas entidades referenciadoras e terapeutas, através da sugestão da terapia como um trabalho colaborativo de profissionais para ajudar, em vez de “tratar” o cliente por uma suposta patologia/ problema (Moore et al., 2013).

Para Manchak, Skeem e Rook, (2014) a qualidade da relação entre terapeuta e cliente pode influenciar os resultados da psicoterapia, onde a afiliação surge como um elemento que os maximiza e o controlo como um possível inibidor do sucesso terapêutico. Não obstante, os autores acrescentam que se o controlo exercido pelo terapeuta for guiado através de uma abordagem de respeito, de cuidado e de forma não autoritária, a qualidade da relação pode manter-se positiva e ser vista pelo cliente como uma tentativa de colaboração ao invés de punição.

Os clientes voluntários tendem a exibir maior motivação e vontade inicial em se envolverem no processo terapêutico e esta motivação intrínseca aparece como preditiva do sucesso terapêutico (O’Hare, 1996; Joe, Simpson & Broome, 1998; Schottenfeld, 1989, citado em Snyder & Anderson, 2009). Mas, os clientes mandatados podem também ser motivados a mudar e a tornarem-se voluntários após a terapia começar, podendo tal estar relacionado com o facto de os resultados estarem menos dependentes do *status* legal, e mais da qualidade da interação entre cliente e terapeuta ou da habilidade deste último ajudar a aumentar essa motivação (Donovan & Rosengren, 1999). Snyder e Anderson (2009) sugerem que embora os clientes mandatados falhem no que respeita à sua motivação inicial para frequentar as sessões, verifica-se *a posteriori*, e contrariando o que é expectável, que há uma maior tendência dos mesmos permanecerem durante mais tempo na terapia do que os clientes voluntários.

Cingolani (1984) e Rooney (1992) acrescentam que as respostas negativas dos clientes às terapias mandatadas podem resultar da inadaptação das intervenções aplicadas pelos terapeutas (treinados com modelos de trabalho com clientes voluntários), hipotetizando que trabalhar com clientes involuntários ou mandatados requer um modelo prático diferente.

2.2. Abordagens Terapêuticas e o Impacto da Intervenção Mandatária

Hachtel, Vogel e Huber (2019) sugerem que o impacto da coerção legal na relação terapêutica e no despertar de sentimentos de estigma é negativo e prejudicial aos resultados da psicoterapia. Contudo, a atividade mandatada não tem necessariamente de resultar em coação percebida e satisfação reduzida para com o processo terapêutico, pelo que um estilo de tratamento cuidadoso ajuda a uma aliança terapêutica, motivação e resultados terapêuticos favoráveis. Facilitar a integração da motivação

extrínseca através de contextos de relacionamento interpessoal, de tomada de decisões e de segurança, produz manutenção de mudança. Os terapeutas devem, por isso, ser encorajados a encontrarem um balanço entre controlo e flexibilidade que leve os clientes a envolverem-se, a permanecerem na terapia e a reduzirem comportamentos ofensivos, apesar da falta de motivação. Ao reduzirem-se sentimentos de coação, poderão melhorar-se os resultados da terapia e relação terapêutica e, ainda, prevenir o abandono das sessões.

Cingolani (1984) argumenta que ao trabalhar-se a partir de um modelo de conflito social se assume que o cliente e o agente mandatário têm potencialmente interesses e definições diferentes sobre a situação mandatária. Ivanoff, Blythe e Tripodi (1994) e Rooney (1992) defendem a necessidade de desenvolvimento de uma congruência motivacional entre clientes e terapeutas para uma prática efetiva com este tipo de clientes. Rooney (1992) acrescenta que para alcançar uma congruência motivacional, é necessário enfatizar, sempre que possível, a escolha dos clientes, informando-os sobre o que podem esperar durante todo o processo, qual a parte deles no mesmo, na definição do contrato terapêutico e no estabelecimento de metas e objetivos da intervenção.

São indicadas, também, importantes estratégias que maximizam o senso de escolha e controlo dos clientes, ao mesmo tempo que torna claro quaisquer assuntos não negociáveis (como é o caso dos mandatados por tribunal). Assim, no contexto do modelo centrado na tarefa (*task-centered model*), os autores sugerem cinco tarefas: 1) aceitação sem julgamento para explorar os pontos de vista dos clientes sobre os seus próprios problemas, de forma a diminuir a reatividade; 2) reformulação do contrato a fim de aumentar o ajuste entre a motivação do cliente e as pressões externas; 3) desenvolvimento de incentivos para aumentar a conformidade com requisitos não negociáveis; 4) explorar o objetivo do cliente em “manter o sistema nas suas costas” como motivação para a conformidade; 5) informar os clientes dos seus direitos em optar por não cumprir com as possíveis consequências como motivação para o cumprimento de requisitos mínimos (Rooney, 1992; Ivanoff, Blythe & Tripodi, 1994).

De Jong e Berg (2001) apoiaram-se nos estudos de Rooney (1992), contudo adotaram a abordagem focada nas soluções (*solution-focused approach*). Esta abordagem enfatiza a construção de uma congruência motivacional, mas ao invés de a procurar como uma estratégia para aumentar a conformidade, basearam-se no reconhecimento dos clientes como pessoas que fazem escolhas sobre as suas ações futuras. Ou seja, os clientes são convidados a serem a sua própria autoridade no que concerne ao que querem mudar nas suas vidas e na forma como querem fazer essas mudanças. Assim, assumem o papel de peritos, sendo tratados como os mais conhecedores das suas vidas, experiências e perceções. Em complemento de uma postura de “*not-knowing*”, existe uma atitude curiosa dos terapeutas, importante para envolver os clientes mandatados, pois eles são chamados a tomar controlo para descreverem a situação mandatária e a si mesmos. Em suma, esta teoria coloca a tónica no ouvir e reconhecer as motivações e expectativas do cliente para a intervenção, o que este percebe sobre as razões que levaram a

entidade referenciadora a pedir o encaminhamento e o que esperam do mesmo, o que o próprio sente em relação às expectativas da entidade, o sublinhar dos êxitos, forças e sucessos do passado do cliente (resultados únicos), conferindo-lhe um senso de competência para alcançar soluções para os seus problemas e dificuldades e, por fim, a divulgação de *feedback* nos finais das sessões, cruciais para a co-construção de um caminho de cooperação entre cliente e terapeuta (De Jong & Berg, 2001).

Ainda no âmbito da terapia focada nas soluções, Rosenberg (2000) propõe aos terapeutas a adaptação da “questão-milagre”, nas intervenções com clientes mandatados. A “questão-milagre” convida os clientes a abordarem o que desejariam que fosse diferente nas suas vidas e constitui uma entrada no diálogo sobre os objetivos e exceções da terapia. Contudo, na maioria das vezes, os clientes mandatados não se reveem nos “problemas para os quais necessitam de ajuda”. Além disso, os clientes sentem muitas vezes que as suas experiências sobre o problema são minimizadas ou banalizadas. Neste sentido, a “questão-milagre” pode vir ampliar a distinção entre os objetivos do indivíduo/ família mandatado/a e da entidade referenciadora, além de que os clientes podem não encontrar sentido nos problemas e soluções definidas por essas entidades (Berg, 1994).

Rosenberg (2000) sugere aos terapeutas flexibilidade na utilização da questão, isto é, pode ser benéfico formular a pergunta como se o milagre acontecesse com a entidade referenciadora. Por exemplo: “o que mudaria na sua vida se esta (entidade) deixasse, por milagre, de o ver como tendo um problema?” Esta alteração pode, em alguns casos, fazer com que os clientes reflitam sobre o porquê de terem sido referenciados e qual a razão que essa entidade poderia ter para deixar de ver esse problema. Este senso de autonomia e competência possibilita aos clientes deixarem de ver a entidade referenciadora como “inimiga”, passando a formar uma aliança terapêutica no estabelecimento de metas terapêuticas comuns.

Moore, Tambling e Anderson (2013) propuseram algumas técnicas para promover resultados terapêuticos positivos: promover a comunicação entre terapeutas e entidades mandatárias com o objetivo de apresentarem objetivos comuns para o processo interventivo e, por conseguinte, permitirem aos clientes minimizarem a percepção de coação e julgamento. Coincidir estratégias de intervenção baseadas na capacidade do cliente para a mudança, usando ferramentas como o Modelo Transteórico da Mudança (Moore, Tambling & Anderson, 2013) e examinar o modo como os profissionais exercem o controlo e afiliação (Manchak, 2014), podem revelar-se instrumentos úteis para moldar a continuidade do sucesso dos tratamentos e aumentar a satisfação dos clientes.

3. Competências, Dilemas e Vulnerabilidades do Terapeuta

Brodsky e Lichtenstein (1999) consideram que as competências de relacionamento dos terapeutas são cruciais para a eficácia da terapia. Trotter, Evans e Bordawi (2015) enunciaram um conjunto de competências que os terapeutas devem possuir para trabalhar com clientes mandatados: competências relacionais, como a empatia, a escuta reflexiva e a clarificação de papéis, com o objetivo de ajudar os clientes a perceberem o propósito das

intervenções; competências relacionadas com a resolução de problemas, que incluem a definição de objetivos e estratégias de intervenção que promovam características e comportamentos positivos dos clientes; competências desafiadoras, como tentativa de prevenir os clientes sobre as consequências das suas ações (explorar as discrepâncias entre os comentários e os comportamentos dos clientes); e competências de confrontação, isto é, confrontar os clientes com alguns aspetos dos seus sentimentos ou comportamentos que estejam a contribuir para a manutenção das suas dificuldades (na ótica dos autores, esta poderá ser questionável e menos eficaz).

A forma como os terapeutas respondem aos comentários e/ou atitudes negativas dos clientes, pode influenciar os resultados da intervenção e a satisfação do cliente. No que concerne a satisfação dos clientes, os resultados mais positivos estão associados aos momentos nos quais os terapeutas respondem a comentários ou ações negativas dos clientes através da sugestão de formas positivas (alternativas) de lidarem com as situações/dificuldades. Resultados negativos estão associados a uma não resposta ou reação por parte do terapeuta quando surgem comentários negativos por parte do cliente. Por outro lado, quando os terapeutas percebem que os clientes não respondem/ reagem às abordagens de suporte, tendem a utilizar abordagens mais agressivas (confrontação ao invés de desafio).

Brodsky e Lichtenstein (1999) identificam um conjunto de “vulnerabilidades” do terapeuta que podem impedir o sucesso da intervenção. Os terapeutas deparam-se com conflitos quando têm de articular a sua resposta entre as obrigações das agências referenciadoras e as exigências dos próprios clientes. Falham ao não clarificarem aos clientes os objetivos do tribunal para a intervenção e em não utilizarem as resistências dos clientes para trabalhar os objetivos do tratamento. Os autores acrescentam que questionar como está o cliente, ou o que têm vindo a fazer, estrutura a sessão como um evento, onde o cliente só reporta informação, o que faz com que não se sinta bem-vindo e olhe a sessão como uma intrusão na sua privacidade. Acrescentam que os terapeutas tendem a preencher os espaços vazios com perguntas, de forma a obterem uma reação dos clientes. Contudo, na maioria das vezes os terapeutas já sabem as respostas a essas questões e quando o cliente se apercebe pode sentir-se triste, ressentido ou aborrecido. Os autores referem que estas “questões não autênticas” minam a intervenção, os clientes não se sentem envolvidos e os terapeutas sentem-se insatisfeitos com os resultados (Brodsky & Lichtenstein, 1999).

Questionar “porquê?” nas sessões procura um relacionamento de “causa-efeito”, e assume que ambos (terapeutas e clientes) têm uma visão clara e compartilhada em obter *insights*, o que nem sempre acontece. Assim, os autores propõem que se substituam as questões por observações. Estas observações devem ser sobre si mesmo ou comentários sobre o processo (declarar o que é visto ou ouvido), sendo aconselhável falar sobre possíveis opções que o cliente e o terapeuta possam fazer juntos (Brodsky & Lichtenstein, 1999). Por exemplo, ao invés de questionar “Não quer estar aqui?/ quer-se ir embora?”, afirmar “vejo que está às voltas na cadeira como

se tivesse pronto a sair por aquela porta fora”. Os autores referem que este tipo de perguntas influenciam a resposta do cliente, normalmente negativa, ao passo que perante uma afirmação/declaração, o cliente irá comentar e não simplesmente responder sim ou não, envolvendo-se mais na sessão.

Bergner (2019) reconhece que, enquanto terapeutas, procuramos saber mais sobre os nossos clientes (e.g. de onde vêm, como percecionam o seu mundo e a si mesmos, como percecionam a sua situação atual de serem pressionados ou coagidos a comparecer às sessões terapêuticas), o que torna mais fácil tomar decisões sobre como intervir. O autor reúne uma lista de crenças e perceções que são comuns aos clientes involuntários sobre a sua participação coerciva na terapia. É comum os clientes partilharem a ideia de que os terapeutas não têm nada do seu interesse para lhes oferecer, pelo que sentem que têm de comparecer às sessões porque “alguém” pensa que devem lá estar. Não percecionam nenhum objetivo que poderá ser alcançado junto dos terapeutas e, muitas vezes, nem partilham dos mesmos objetivos que a entidade que os referenciou. Assim, sentem que agem sob a motivação de “alguém” que veem como desrespeitador da sua autonomia. O cliente tende a ver o terapeuta como agente da entidade referenciadora, ou seja, acredita que o terapeuta irá comportar-se como se estivesse do lado dessa entidade e não do seu, vendo-o assim como seu oponente. Esta coerção provoca resistência (Ossorio, 2013).

Em alguns casos, os clientes acreditam e temem que a sua vinda à sessão possa ser confundida com a aceitação e/ou admissão de que a entidade que os referenciou está certa e que eles de facto têm ou são um problema, o que pode despoletar medo em serem estigmatizados, hospitalizados, em perder autonomia, que lhes sejam retirados os filhos ou outras consequências legais. Além disso, apesar de todas as garantias por parte dos terapeutas, o cliente teme a quebra dos princípios de confidencialidade. Tem também muita dificuldade em visualizar o que a terapia lhe pode trazer de bom e em que âmbito o pode ajudar. Alguns clientes possuem já um *background* negativo de outros programas terapêuticos que frequentaram, experiências negativas como sentirem que não foram genuinamente ouvidos ou que se sentiram pressionados a ver apenas o ponto de vista do terapeuta. Este facto cria nos clientes um sentimento de que, em intervenções futuras, o terapeuta irá insistir para que adote uma postura diferente de *coping* (Bergner, 2019).

Bergner (2019) apresenta uma série de recomendações que, embora não se confinam a nenhuma das situações supramencionadas, se podem aplicar a diferentes situações que envolvam este tipo de clientes. Em primeiro lugar provocar uma mudança de relacionamento, ao colocar os interesses do cliente em primeiro lugar. Para tal, quando o terapeuta percebe que a relação é vista pelo cliente como coerciva, deve empenhar-se em exibir comportamentos que não expressem esse tipo de relação.

Bordin (1979) definiu aliança terapêutica como uma ligação entre o cliente e o terapeuta, baseada no seu acordo acerca dos objetivos e tarefas da terapia. O autor hipotetizou que a força dessa aliança é um importante mediador dos resultados terapêuticos. O terapeuta deve, neste sentido estender esta ligação não apenas ao cliente individual, mas também com

cada um dos membros do seu subsistema. Para estabelecer esta aliança com qualquer sistema de clientes, mandatados ou não, deve começar-se por estabelecer uma relação baseada na confiança, abertura, respeito, genuinidade e empatia, aceitação positiva, confidencialidade e congruência (Sotero, 2016); intervir com técnicas aprimoradas com os clientes que exibem menor nível de prontidão motivacional para a mudança; ser sensitivo ao *background* cultural do cliente e do seu sistema; alcançar um vínculo emocional empático com cada um dos membros presentes, mas também a habilidade de gerir eventuais conflitos (Friedlander et al., 2006) e estabelecer consenso no que diz respeito aos objetivos da terapia e a uma mútua compreensão das tarefas a serem implementadas (Horvath & Symonds, 1991; Pinsoff, 1994).

Apesar dos clientes terem razões em não querer entrar na terapia, eles têm também opinião sobre a sua situação e objetivos para resolverem os seus problemas. Esta ambivalência deve ser respeitada pelo terapeuta, ou seja, este não deve forçar o cliente apenas a ver “o lado bom de vir à terapia”, ignorando e agindo como se as outras motivações não existissem. Deve, em contrapartida, ouvir as suas opiniões, de forma a que o cliente balanceie os seus prós e contras e perceba o melhor para si (Snyder & Anderson, 2009).

Por vezes, os terapeutas falham em normalizar a resistência dos seus clientes, encarando-a como rejeição (Snyder & Anderson, 2009). A incapacidade em lidarem com a rejeição e hostilidade, em situações inesperadas ou não expectáveis, leva a que assumam uma postura defensiva. A resistência pode, não obstante, ser propositadamente utilizada na terapia ao serviço da mudança terapêutica (Watzlawick, Weakland, & Fisch, 1974). Um objetivo claro de intervenção com clientes mandatados é o de transformar a terapia, o mais rápido possível, de um processo involuntário para um voluntário, estabelecendo uma forte aliança terapêutica, facilitando a mudança, sem aumentar a resistência do cliente nem a postura defensiva do terapeuta (Snyder & Anderson, 2009).

O terapeuta não deve adotar uma posição de especialista quando comunica com o cliente, mas sim uma postura curiosa, de *not-knowing*, de modo a manter uma posição neutral, clarificar a comunicação e conferir competência e autonomia ao cliente (Shallcross, 2014).

Erickson (2009) propõe uma abordagem de utilização (*utilization approach*), escutando constantemente o que os clientes querem, com o intuito de utilizarem as suas motivações existentes, em prol de resultados benéficos. Estabelecer o que querem os clientes facilitará a delineação da intervenção, criará menos conflitos e um maior controlo da intervenção.

Creaney (2015) afirma que para obter resultados positivos na intervenção com clientes involuntários torna-se relevante clarificar os objetivos e propósitos da terapia, particularmente de um modo colaborativo. Os clientes têm maior tendência em envolverem-se em programas onde tenham a oportunidade de partilharem as suas perspetivas. O autor acrescenta ainda que o terapeuta não deve focar-se nos *deficits* do cliente, apoiando-se, ao invés, em modelos capacitantes e consultativos (não

prescritivos), centrados na pessoa e capazes de provocar, nos clientes, *insights* sobre as experiências por si vividas.

Trevithick (2012) alerta também para a importância de o terapeuta utilizar linguagem simples e acessível ao cliente, de modo a clarificar a comunicação entre ambos.

Bergner (2019) acrescenta ainda sugestões mais específicas de intervenção, com o objetivo de tornar a relação terapêutica mais voluntária e colaborativa. O autor refere que as intervenções devem começar por uma relação não terapêutica, normalizando o primeiro contacto, sinalizando como o cliente poderá esperar ser tratado daí para a frente e começando a abordar possíveis medos e relutâncias anteriormente descritas. No primeiro encontro deve chamar-se o cliente a assumir um papel de convidado, fazendo questões ou afirmações “quebra-gelo” que agilizem a sessão. Após esse momento, torna-se importante transitar para uma interação mais terapêutica. Aqui, o terapeuta deve identificar e explicitar ao cliente quaisquer aspetos positivos que encontrar na sua narrativa (resultados únicos, aspetos positivos do cliente, elogios), validando-os. Provocar reflexões no cliente, perceber que sentimentos partilha sobre o facto de vir à sessão; não se opor ou colocar objeções ao que o cliente pensa e diz; respeitar as razões do cliente ser relutante e não lhe dar motivos para que considere o terapeuta enquanto agente da entidade referenciadora, e ouvir as objeções do cliente em frequentar as sessões não o contestando mostra-lhe que o terapeuta compreende o seu ponto de vista e que está interessado na sua visão.

É importante também que o terapeuta saiba dissociar-se da agência referenciadora, ou seja, que saiba distanciar-se dos pais, cônjuges, tribunais, empregadores, programas de assistência ou qualquer outra entidade que tenha pressionado o cliente em vir às sessões, de forma a não passar a noção ao cliente de que age em nome de determinada pessoa ou entidade e que não está ali para representar os seus direitos. Além disto, especialmente nos casos de clientes mandatados é crucial que os terapeutas reportem, à entidade referenciadora, apenas informação limitada/*feedback* essencial (comparecimento do sujeito e progresso geral das intervenções) e não conteúdo detalhado das sessões. O terapeuta deve estar do lado do cliente, isto é, deve estar em primeiro lugar e principalmente pelos seus melhores interesses, necessidades, objetivos e problemas, mas nunca em aliança contra a entidade que o referenciou (Bergner, 2019).

Não menos relevante é questionar o cliente se percebe o ponto de vista e as motivações da entidade referenciadora e o que pensa sobre essa posição. Após este movimento, tentar perceber quais as expectativas e objetivos do cliente para as sessões (independentemente da figura dessa entidade) e tentar, caso os seus pedidos sejam razoáveis, incluí-los na agenda terapêutica (Bergner, 2019).

II - Objetivos

O principal objetivo deste estudo visa recolher os contributos de interventores com experiência na intervenção com clientes mandatados/involuntários, incluindo a sua perceção sobre a viabilidade e

importância de um guia orientador/protocolo para a prática clínica/terapêutica no contexto da intervenção com estes clientes, em Portugal. Para isso, procurar-se-á:

- Conhecer a realidade e contextos da intervenção com clientes mandatados/involuntários;
 - Estudar, de modo exploratório, guias orientadores e sugestões de intervenção na área, fornecidos pela literatura existente;
 - Analisar a aplicabilidade teórico-prática de abordagens, modelos, estratégias e/ou instrumentos utilizados na intervenção com clientes involuntários/mandatados e a sua influência nos *outcomes* terapêuticos;
 - Recolher contributos de terapeutas peritos nesta modalidade de intervenção, através da realização de entrevistas semiestruturadas.
- Acrescenta-se, ainda, como objetivo deste estudo:
- Refletir sobre a criação, avaliação, aprimoramento, validação e replicação de um protocolo experimental no futuro, no contexto de intervenção sistémica com clientes mandatados.

III - Metodologia

1. Procedimentos de Investigação

Num primeiro momento e ao longo de toda a investigação foi realizada uma pesquisa constante e atualizada dos temas em estudo, nomeadamente sobre a realidade da intervenção mandatária/involuntária. Procurou-se conhecer que modelos, abordagens, estratégias, e instrumentos têm vindo a ser utilizados até ao momento e, refletir sobre a importância e utilidade da criação de um protocolo que surja como um guia orientador, prático, nesta modalidade de intervenção.

Num segundo momento, procedeu-se à redação do guião de entrevista (ver Anexo B) aos interventores peritos, bem como do consentimento livre e esclarecido (ver Anexo A).

Num terceiro momento, teve lugar a realização das entrevistas, em regime *online* e com recurso à gravação áudio. Importa salientar que todos os entrevistados foram informados acerca dos objetivos da entrevista e da não obrigatoriedade de resposta da mesma. Foram estabelecidas todas as garantias de anonimato e confidencialidade.

Num quarto momento procedeu-se à transcrição (ver Anexo C) e análise das entrevistas realizadas através da técnica de análise categorial de Jorge Vala (1986) e Isabel Guerra (2006).

2. Caracterização da Amostra

A amostra deste estudo é constituída por quatro interventores peritos na área da intervenção com clientes mandatados/involuntários. Devido à sua reduzida dimensão, os dados caracterizadores (sociodemográficos e outros) servem apenas o propósito de indicar o perfil-tipo dos seus intervenientes, não tendo, por isso, objetivos de validação estatística. São consideradas assim, as seguintes variáveis: idade, género, atividade profissional, formação académica (graus e cursos), área de especialização, número total de anos de

formação clínica (teórica e/ou de supervisão), número total de anos de experiência clínica e número de anos de experiência com clientes mandatados/involuntários.

Participaram no estudo um homem e três mulheres, de idades compreendidas entre os 41 e 44 anos, com atividades profissionais que vão desde a intervenção clínica e social, à docência universitária e investigação. Entre a formação académica dos interventores estão a licenciatura, o mestrado e o doutoramento em Psicologia Clínica, a licenciatura em Educação Social, pós-graduações e outras formações não conducentes a grau em áreas comitentes à terapia familiar, de casal e intervenção familiar. As áreas de especialização dos intervenientes estão afincas à Psicologia Clínica, subárea de sistémica, saúde e família, família e casal e terapia familiar e intervenção sistémica. O número total de anos de formação clínica (teórica e/ou de supervisão) está compreendido entre os 7 e os 23 anos. Por sua vez, o número total de anos de experiência clínica encontra-se entre os 16 e os 22 anos e, por último, o número total de anos de experiência com clientes involuntários/mandatados está entre os 8 e os 16 anos.

3. Instrumentos de Recolha de Dados

A pesquisa qualitativa procura a «demonstração lógica das relações entre conceitos e fenómenos, com o objetivo de explicar a dinâmica dessas relações em termos intersubjetivos» (Mendes, 2006, citado em Câmara, 2013, p. 181), e fornece os dados básicos para o desenvolvimento e compreensão detalhada das crenças, atitudes, valores, motivações, comportamentos e relações entre as pessoas em contextos sociais específicos (Câmara, 2013).

Para a investigação de dados desta pesquisa qualitativa, utilizou-se a entrevista exploratória e, para a interpretação da informação recolhida recorreu-se à técnica da análise de conteúdo (análise categorial).

De forma genérica, podemos definir uma entrevista como um encontro interpessoal, num quadro de determinada situação social (Quivy & Campenhoudt, 1995). A escolha de uma entrevista exploratória, semiestruturada ou semi-diretiva deveu-se à possibilidade de aprofundamento das temáticas em análise. Este instrumento possibilita a introdução de novas questões e a alteração da ordem das mesmas, adaptando o guião ao nível de receptividade do entrevistado. Deste modo, o guião da entrevista presente nesta dissertação foi criado e estruturado mediante os objetivos gerais e específicos deste estudo. Após uma breve caracterização sociodemográfica e profissional dos intervenientes, partiu-se para as questões relacionadas com a experiência teórica e prática dos interventores na área da intervenção mandatária. Procurou-se, sobretudo, aprofundar conhecimentos e recolher sugestões de peritos para compreender a utilidade e viabilidade da criação de um protocolo de intervenção terapêutica com clientes mandatados/involuntários.

As entrevistas exploratórias não têm como objetivo verificar hipóteses nem recolher ou analisar dados específicos, mas sim «abrir pistas de reflexão, alargar e precisar os horizontes de leitura, tomar consciência das dimensões e dos aspetos de um determinado problema, nos quais o

investigador não teria, decerto, pensado espontaneamente» (Quivy & Campenhoudt, 1995, p.79).

Na fase exploratória de uma investigação, a análise de conteúdo tem uma função essencialmente heurística, isto é, serve para a descoberta de ideias e de pistas de trabalho. Assim, com base na revisão da literatura e nas entrevistas realizadas, foi desenvolvida uma análise de conteúdo, tendo por referência a análise categorial de Vala (1986) e Guerra (2006). Esta técnica caracteriza-se por ser «uma técnica de investigação que através de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tem por finalidade as interpretações destas mesmas comunicações» (Berelson & Lazarsfeld, 1948, citado em Bardin, 1977/2014, p. 20).

IV – Resultados

O presente estudo procurou recolher os contributos de peritos interventores na área da intervenção mandatária/ involuntária, através da realização de entrevistas semiestruturadas. A leitura e compreensão do conteúdo das entrevistas pressupôs uma análise por categorias segundo o método de Vala (1986) e Guerra (2006), como referido anteriormente. Neste sentido, procedeu-se à conversão das categorias em áreas temáticas (ver Anexo D), como é proposto por Câmara (2013). A apresentação que se segue dos Resultados, em áreas temáticas, tem como alicerce o processo de construção de categorias, que permite agrupar as verbalizações dos participantes em quadros matriciais (ver Anexo E), conferindo-lhes coerência na organização da informação disponibilizada. Procurou-se, nesta análise, o cuidado de preservar o discurso dos intervenientes.

1. Definição de Clientes Involuntários e Mandatados

A primeira questão do guião de entrevista tinha como finalidade essencial clarificar o que cada um dos peritos intervenientes considera ser um cliente involuntário ou mandatado (ver Quadro 1, Anexo E). Os interventores apresentaram, a este nível, um discurso bastante similar, sublinhando sempre a complexidade da definição destes conceitos, por exemplo “(...) há de facto, uma complexidade importante na definição de clientes involuntários. Podemos olhar para estes constructos de involuntários, voluntários, mandatados como (...) voláteis, ou seja, não são rígidos, não são estanques ao longo do tempo” (E4). Como postulado por Rooney (1992), esta complexidade de definição dificulta a intervenção terapêutica. Para o autor, que subdividiu clientes involuntários em clientes mandatados e não voluntários, há uma confusão entre os dois constructos, o que faz com que sejam encarados como um todo. Por esta razão, têm sido possível observar, cada vez mais, na literatura, uma tentativa da sua distinção, com base nos critérios de referenciação e da vontade do cliente (Sotero, 2016).

Os clientes involuntários são aqueles que não vêm por vontade própria (...). Muitas vezes, não fazem (...) o pedido de marcação

por sua própria iniciativa, podem vir sugeridos por alguma outra entidade ou pessoa, mas não vêm (...) a mando de alguém ou de uma instituição. Não são voluntários, mas não são mandatados. Os clientes mandatados são aqueles que têm uma obrigação, que é determinada normalmente por uma instituição que tem esse poder” (E2).

2. Singularidades e Regularidades Entre Intervenção Voluntária e Involuntária

A primeira questão da entrevista remete necessariamente para a segunda, que se debate sobre as diferenças e semelhanças entre os tipos de intervenção voluntária e involuntária (ver Quadro 2, Anexo E). De facto, os terapeutas têm vindo a constatar, ao longo do tempo, que surgem, muitas vezes em contexto de terapia, dificuldades em adaptar as teorias, abordagens e modelos de intervenção habitualmente desenhados para processos voluntários, à intervenção com clientes involuntários (Harris & Watkins, 1987; Snyder & Anderson, 2009). Estas dificuldades estão alicerçadas num conjunto de singularidades características das intervenções involuntárias/mandatadas, como são exemplo o menor grau de motivação e colaboração dos clientes/ famílias para frequentarem e se envolverem no processo terapêutico, menor grau de confiança nos terapeutas e no próprio processo interventivo (nomeadamente maior dificuldade em estabelecer uma relação/aliança terapêutica), a incoerência entre os motivos dos pedidos das agências mandatárias e os pedidos dos próprios clientes (especialmente quando os pedidos das entidades não são claros ou quando os clientes não se reveem neles, a negociação pode ser encarada como mais morosa e difícil), as questões do sigilo e confidencialidade, que neste contexto têm limites claros, dada a necessidade de devolução de informações às entidades mandatárias e face aos objetivos de intervenção que são necessariamente diferentes tornando, por conseguinte, mais difícil a co-construção de objetivos e metas comuns.

No entanto, todos os peritos intervenientes consideram que estas diferenças se destacam num momento inicial dos processos e que, a partir do momento em que se conseguem ultrapassar os constrangimentos descritos, a intervenção “involuntária” não difere muito de uma “voluntária”:

Não considero que no decorrer do processo terapêutico, quando a relação já está estabelecida e quando os objetivos foram acordados (...) que a intervenção seja muito diferente. Considero que o início é muito diferente, é mais difícil estabelecer uma relação colaborativa, (...) termos objetivos colaborativos e de facto, co-construídos, ou seja, nos quais os próprios pacientes também se identificam (...) (E2).

Onde eu sinto mais a grande diferença é no início do processo, que tem que ver com todo o movimento que é necessário fazer para passarmos a ter um cliente voluntário. As dificuldades têm a ver com isso, com o estabelecimento da relação terapêutica inicial (...). Quando depois conseguimos, (...) fazer com que o pedido também

seja da família e transformá-lo, o processo acaba por correr mais facilmente (E3).

3. Instrumentos e Técnicas de Intervenção

Procurou-se perceber se os peritos entrevistados utilizam técnicas ou instrumentos específicos na condução dos seus processos com este tipo de clientes (ver Quadro 3, Anexo E). Em consonância com a literatura estudada (Hachtel, Vogel & Huber, 2019; Manchak, Skeem & Rook, 2014; Moore, Tambling & Anderson, 2013; De Jong e Berg, 2001; Rosenberg, 2000; Ivanoff, Blythe & Tripodi, 1994; Rooney, 1992; Cingolani, 1984), não há diferenças significativas naquilo que é a forma como os terapeutas guiam e orientam as suas sessões numa intervenção voluntária e numa involuntária: “(...) em termos de estratégias, eu diria que é trabalhar exatamente da mesma forma como se trabalha com os voluntários” (E4). Como exemplos de algumas estratégias surge o recurso às relações empáticas e colaborativas:

(...) tento utilizar estratégias nas quais eles sejam eles próprios, mais chamados a intervir, a dar a sua opinião, a poder construir alguma coisa connosco. Podemos utilizar mapas de rede, genogramas, ecomapas (...) mas também podemos utilizar (...) abordagens de outros modelos, da terapia focada nas emoções, nas abordagens narrativas (...) (E2).

A solicitação da clarificação dos pedidos às instituições mandatárias e posterior negociação com os clientes:

(...) se não tiver o pedido concreto da parte do tribunal (...), uma das estratégias que utilizo é devolver ao tribunal o pedido que me é feito de intervenção e pedir para clarificar o objetivo com que essa intervenção é solicitada”. “(...) eu procuro sempre também, (...) gastar algum tempo a recolher a perspetiva que as pessoas têm sobre os problemas e a recolher os seus próprios pedidos (E1).

E também, ser o mais transparente possível sobre aquilo que irá ser a informação devolvida às agências mandatárias:

(...) toda a informação é partilhada com os clientes e, por isso, nós não omitimos qualquer tipo de informação. (...) o estabelecimento de uma relação de confiança também é essencial. (...) se o processo é da família, toda a informação produzida no processo é devolvida à família ou ao cliente, para que possa tomar decisões que sejam informadas. (...) uma das estratégias que utilizamos é dar o poder de decisão do processo ao próprio cliente. (...) os relatórios são também partilhados com o cliente... e quando a informação é partilhada, o cliente já está a par dela (E3).

Como sugerem os interventores, e também defendido por Creaney (2015), para se obterem resultados positivos na intervenção com clientes involuntários torna-se relevante clarificar os objetivos e os propósitos da terapia de um modo colaborativo. Há uma maior tendência para os clientes se envolverem em sessões em que sejam utilizadas estratégias que lhes

ofereçam a oportunidade de partilharem as suas visões e onde o terapeuta se foca em modelos centrados na pessoa, capazes de provocar, nos clientes, *insights* sobre as suas vivências.

4. Atitude e Postura do Terapeuta na Primeira Sessão

A opinião dos interventores segue a perspetiva defendida por Manchak, Skeem e Rook (2014), que referem que se os terapeutas guiarem a sua intervenção através de uma abordagem de respeito, de cuidado e de forma não autoritária, conseguirão alcançar uma relação positiva com os clientes, que será entendida como uma tentativa de colaboração, de ajuda e não como um castigo (ver Quadro 3, Anexo E). Assim, a postura de um terapeuta numa primeira sessão com clientes involuntários não deve ser muito diferente daquela que utiliza numa de contexto voluntário. Esta deve englobar uma atitude “(...) cordial, (...) empática e (...) de contacto social mais ou menos informal de forma a que as pessoas se sintam à vontade” (E1). Além disso, deve-se procurar ao máximo “(...) compreender aquilo que é a realidade das pessoas que estão connosco (...), ouvi-las (...) de uma forma verdadeiramente empática e atenta” (E2) e isto implica uma postura de não julgamento e de não preconceito para que se possa construir uma relação colaborante, de compreensão e confiança.

É ter calma, é ser paciente, é ir devagar, é não ter pressa, é não tentar convencer os clientes que é importante para eles, é não tentar convencê-los que existe um problema, é evitar tudo aquilo que são posturas confrontativas, de primeira ordem, posturas de técnico-perito e não de técnico-colaborativo. Evitar sentir essa pressão e estar genuinamente com as pessoas, (...) interessado pela história das pessoas, dando-lhes espaço e tempo, mas assegurando aquilo que são os contornos do contexto terapêutico, aquilo que lhes permita promover alguma segurança dentro do espaço terapêutico e no, fundo, tentar que, a pouco e pouco, vamos conseguir construir algo que para eles faça sentido (E4).

5. Abordagens de Intervenção

A formação de base de todos os intervenientes deste estudo são as terapias sistémicas e familiares, pelo que a abordagem que utilizam para intervir no contexto dos clientes involuntários/mandatados é fundamentalmente sistémica (ver Quadro 4, Anexo E): “A minha abordagem é sistémica, portanto é a abordagem geral que fundamenta a minha forma de intervir com estas famílias, mas com qualquer outra família” (E1).

Neste sentido, os interventores apoiam-se em diversas teorias de autores como Bernard Prieur, E. Morin, Jay Haley, E. Hetherington, Valentín Escudero, Minuchin, Ausloos, Michael White, Monica McGoldrick, De Shazer, Insoo Kim Berg e Ana Melo, assentes em modelos, desde os mais clássicos aos mais contemporâneos como o modelo estrutural, o modelo estratégico, o modelo transgeracional, o modelo de avaliação familiar integrado, as terapias focadas nas soluções e as terapias do divórcio.

Deste modo, contrapondo Cingolani (1984) e Rooney (1992), que preconizam a ideia de que trabalhar com clientes involuntários requer um modelo prático diferente, ao levantarem a hipótese de que as respostas

negativas dos clientes às terapias mandatadas podem resultar da inadaptação das intervenções aplicadas pelos terapeutas afincos aos modelos tradicionais com clientes voluntários, os peritos referem que “(...) estes pressupostos assentam muitíssimo bem na intervenção, tanto com voluntários como involuntários, (...)” (E4), sendo que as adaptações das metodologias aplicadas são desenhadas especificamente para cada caso.

6. Evitar Movimentos de *Drop out*

Moore, Tambling e Anderson (2011) enfatizam a ideia de que quanto maior é o nível de pressão para os clientes ou famílias frequentarem a terapia, menor é o seu grau de motivação para a mudança, mais baixo é o seu envolvimento nas sessões e maior a tendência para abandonarem o processo. No entanto, contrariamente ao que é expectável revisitando a bibliografia existente em torno do conceito de *drop out*, os peritos entrevistados referem não ser habitual enfrentarem, ao longo da sua experiência profissional, situações de abandono precoce. Assim, como Snyder e Anderson (2009) sugerem, embora os clientes mandatados apresentem baixos níveis de motivação inicial para frequentar as sessões, verifica-se depois que há uma maior tendência dos mesmos a permanecerem durante mais tempo no processo, comparativamente aos clientes voluntárias, também em virtude das consequências legais que lhe estão associadas (ver Quadro 4, Anexo E).

Eu confesso que não tenho muitos *drop outs* (...). Os involuntários podem dizer “eu afinal não quero”, mas também tenho que lhe confessar que daquilo que é a margem de pessoas com quem eu trabalho, que não são mandatadas, a taxa de *drop out* é muito baixa. Nos casos mandatados, a taxa de *drop out* também é muito baixa, porque as pessoas têm que frequentar a terapia. (E2)

Eu, por um lado acho que há mais *drop outs* em clientes involuntários, por outro lado, também acho que muitas vezes os involuntários são aqueles que, embora não querendo, permanecem na terapia precisamente porque sentem essa pressão, muito mais que os voluntários. (...) acho que eles faltam menos do que os outros, porque se sentem pressionados para estar. E isso até é um aspeto positivo, porque faz com que eles estejam. Nós não queremos é que eles estejam contrariados, queremos que eles estejam com vontade, colaborantes, envolvidos no processo terapêutico (E4).

Importa referir, que o *drop out* é ainda um termo complexo de definir, se explorarmos todo o seu sentido e significado. Afinal, o que se entende por *drop out*? É simplesmente o abandono precoce da intervenção? É também uma questão relacionada com as dificuldades de adesão e envolvimento nos processos? E o *drop out* é necessariamente negativo, visto que um cliente ou família pode simplesmente deixar de ir porque o seu problema está resolvido?

Se acreditarmos na competência da família e pensarmos naquilo que Ausloos nos foi ensinando, é como se o *drop out* não existisse. Porque se a família considera que resolveu o seu problema, então é

porque o processo terminou e nessa perspectiva não existiria o *drop out* (E3).

O problema para mim, nos clientes mandatados não é o *drop out*, o problema é a não adesão. O problema não é eles faltarem (...) O que é que eles fazem? Desmarcam, tentam adiar as sessões ou simplesmente estão nas sessões e têm momentos em que aderem e colaboram e estão envolvidos no processo e têm outros momentos onde isso é mais difícil, onde se observa mais dificuldades em sair, às vezes, de uma perspectiva muito rígida sobre os problemas, em disponibilizarem-se para olhar para a realidade que os afeta (...) em confiarem naquilo que é o processo que o próprio terapeuta está a tentar desenvolver (...) (E2).

Entre algumas das estratégias, sinalizadas pelos terapeutas, para se evitarem movimentos de *drop out* estão a capacidade de se colocarem numa postura colaborativa com os clientes, através de uma negociação clara dos objetivos com que é realizada a intervenção e uma clareza sobre como será utilizada a informação facultada no processo; a abertura para trabalhar outras questões que são importantes para os clientes/famílias, para além daquilo que é pedido pelas entidades; a transmissão do senso de que o poder de transformarem as suas vidas está do lado delas, apesar da obrigatoriedade de frequentarem as sessões terapêuticas e, a tentativa de marcações de consulta mais colaborativas, isto é, em função da disponibilidade das pessoas.

7. Estratégias Preventivas de Conflitos Entre Terapeutas e Agências Mandatárias

Cingolani (1984) argumenta que os clientes e os agentes mandatários têm potencialmente interesses e definições distintas sobre e perante a intervenção. Rooney (1992) destaca a necessidade de enfatizar, sempre que possível, as escolhas e decisões dos clientes, informando-os acerca do que podem esperar do processo terapêutico, quais os limites e qual a parte deles no mesmo, na definição do contrato terapêutico e no estabelecimento de objetivos para a mudança. Em consonância com o que é descrito por estes autores, para evitarem conflitos com as entidades mandatárias, os terapeutas entrevistados procuram clarificar, junto das mesmas, os objetivos dos pedidos de intervenção que pretendem ver respondidos. Além disso, esforçam-se para, no momento de devolução, dosear a informação estritamente necessária para que as agências possam tomar decisões claras a respeito dos processos (ver Quadro 4, Anexo E).

Tudo aquilo que seja informação que nós facultemos, por muito bem consubstanciada que esteja e fundamentada, pode ser potencialmente utilizada para agudizar os conflitos que são existentes e, portanto, uma outra estratégia passa (...) por ser muito criterioso e muito transparente relativamente àquilo que é transmitido (...) (E1).

Outra das estratégias destacadas é a clarificação de papéis, posições e funções de todos os envolvidos na intervenção (como por exemplo, dos psicólogos, do Ministério Público, do Tribunal, das Comissões de Proteção

de Crianças e Jovens, entre outros) de forma a “(...) não só (...) evitar conflitos entre as famílias e as entidades decisoras mas também para evitar alguns jogos de aliança ou coligações (...)” (E1). Propor reuniões de rede com promotores, encaminhadores, no fundo, com os responsáveis pelos processos e com os próprios clientes ou famílias é também anotada como uma forma de promover a fluidez, a transparência e a honestidade na comunicação entre os vários sistemas.

8. Gestão da Discrepância Entre Pedidos

Quando há efetivamente uma discrepância significativa entre o pedido de uma entidade mandatária e de um cliente/família “(...) é importante despende algumas sessões para discutir claramente essa discrepância” (E1), isto é, os interventores sentem a necessidade de fazer ajustamentos (ver Quadro 4, Anexo E). Redefinir o pedido, negociar objetivos e “ajudar as pessoas a perceberem se podem haver objetivos diferentes daqueles que elas tinham pensado, (...) se é útil para a pessoa desenvolver outras estratégias que não aquelas que a pessoa tinha pensado.” (E2). Os peritos acrescentam ainda que:

“Nós temos recursos e alguns instrumentos que criámos, que nos ajudam a fazer escalonamentos do impacto do problema da família, o que é que pode acontecer se nada for feito (...), para que a família também possa visualmente perceber o impacto da não mudança e o impacto da mudança e porque é que está ali” (E3).

9. Outras Dificuldades de Intervenção

Os peritos sublinham outras dificuldades com que se deparam no decurso das intervenções involuntárias (ver Quadro 4, Anexo E). Uma delas tem que ver com o facto de estes processos serem tendencialmente morosos, reincidentes, onde nem sempre é possível observar resultados terapêuticos de sucesso:

(...) há uma gestão daquilo que é a descrença de todos, até da própria família de que é possível alcançar determinadas mudanças que são importantes face aquilo que é um conjunto de insucessos que estão acumulados. E portanto essa gestão da pouca esperança numa mudança, é um dos desafios grandes que também às vezes tenho nesses processos, particularmente aqueles que tem um tempo maior de intervenção (E1).

Outra dificuldade remete para as “(...) situações emocionalmente difíceis de gerir para o próprio terapeuta, que podem ter a ver com situações que até configuram algum tipo de crime e que sejam graves, de violência, de abuso, etc” (E2). Os terapeutas confrontam-se também com a necessidade de aprenderem a gerir alguma agressividade que pode surgir nestes contextos: “Dificuldades de ter que lidar com esses clientes pouco simpáticos e pouco colaborantes” (E4).

Sair do papel de especialista, de terapeuta-perito, “(...) o sair do quadro de avaliador, de juiz, de alguém que vai dar um parecer” (E2) parece

também facilitar o estabelecimento de uma relação de confiança. Na ótica dos nossos entrevistados este constrangimento resulta, em parte, do próprio desenvolvimento pessoal dos profissionais e da sua falta de formação teórico-prática para lidarem com este tipo de casos, levando-os a “(...) práticas muito baseadas no senso comum e no julgamento fácil (...)” (E2).

10. Vulnerabilidades do Terapeuta

Brodsky e Lichtenstein (1999) ressaltam que para a terapia ser eficaz é necessário considerar as competências dos terapeutas (relacionais, de resolução de problemas, desafiadoras e de confrontação). Os autores identificam um conjunto de vulnerabilidades do terapeuta que podem determinar o sucesso ou insucesso de uma intervenção. Como exemplos estão a incapacidade de articularem uma resposta quando há um conflito com uma agência referenciadora, a não clarificação dos objetivos dessas entidades aos clientes, a não utilização da resistência destes para trabalhar uma potencial mudança e a utilização de questões “não autênticas”, isto é, questões às quais o terapeuta já sabe a resposta, que podem impedir a construção de uma relação de confiança e fazer com que o cliente se sinta invadido na sua privacidade.

Os peritos intervenientes acrescentam outros exemplos como a ausência de formação específica, profunda e permanente, seja na área diretamente ligada aos contextos involuntários, quer relacionada com conhecimentos no domínio dos próprios diplomas legais vigentes que enquadram as intervenções, não procurar trabalhar em equipa, em co-terapia, em rede e ter uma adequada supervisão onde possam discutir casos mais complexos e obter uma visão mais externa dos mesmos (ver Quadro 5, Anexo E). Outra vulnerabilidade, também já referida, prende-se com as questões da “pessoa” do terapeuta:

(...) para trabalhar com este tipo de situações, os terapeutas devem ter uma grande tranquilidade terapêutica e devem ter um bom desenvolvimento pessoal e isto raramente acontece. (...) e para isso é preciso ter uma noção da complexidade da situação que implica conhecimentos, mas que implica também postura amadurecida e refletida sobre estas situações (E2).

“(...) querer ir depressa demais, (...) ter uma postura mais confrontativa, mais direta, (...) assertiva” (E4) e o uso e abuso de poder por parte do profissional, o não ser claro quanto aos limites da confidencialidade, trabalhar com objetivos que são impostos (não com aqueles que foram negociados com os clientes) são também erros bastante graves e que podem resultar numa escalada assimétrica terapeuta-cliente.

11. Dilemas Éticos

Bergner (2019) afirma que, apesar de todas as garantias dos terapeutas, os clientes temem a quebra dos princípios de confidencialidade. As questões relacionadas com a ética profissional surgem como os principais dilemas com que os terapeutas intervenientes neste estudo se debatem (ver Quadro 6, Anexo E):

Por vezes nós ficamos nessa situação de ter que decidir entre salvaguardar aquilo que é a confiança que a família deposita em nós... guardando sigilo relativamente a determinada situação... ou termos que partilhar essa informação porque ela é importante e relevante para determinado aspeto daquilo que nos é pedido (E1).

Os dilemas afincos ao princípio da privacidade e confidencialidade levantam-se especialmente quando os terapeutas necessitam de devolver informação às entidades referenciadoras ou quando simplesmente solicitam supervisão de casos:

Acho que nós temos de ter muito cuidado no tipo de acesso que temos à informação da vida das pessoas e estar suficientemente libertos para trabalhar da forma que achamos que devemos trabalhar (...). (...) temos sempre muito respeito pela vida das pessoas e muito cuidado naquilo que são as informações que vamos transmitir (...). (...) a troca de informação com outros colegas é uma coisa que tem de ser ponderada de forma muito cuidadosa (...).

Outros dos dilemas salientados pelos peritos remetem para a manutenção de uma postura de neutralidade, sendo que há histórias de vida, identidades e “(...) há problemas que mexem connosco, do ponto de vista dos nossos valores” (E3). Se por um lado os terapeutas procuram assegurar essa capacidade de se preservarem neutros numa intervenção, há um pedido de uma entidade ao qual têm de responder que influencia a subjetividade da leitura compreensiva que fazem dos processos.

Também surgem dilemas relacionados com os princípios da competência e da responsabilidade, nos quais o interventor “(...) deve avaliar se tem condições para intervir com estes casos, quer pessoais, quer profissionais e de formação”, pois “(...) esse posicionamento depois pode interferir naquilo que é a condução que a pessoa está a fazer daquele processo” (E2).

Não raras as vezes os terapeutas sentem-se responsáveis pelas mudanças na vida dos seus clientes, algo que os faz questionar sobre se são “bons ou maus profissionais”. Contudo, os peritos entrevistados são da opinião que essa responsabilidade deve ser partilhada: “Eu acho que a responsabilidade da mudança é sempre dos clientes e os terapeutas são sempre vistos como catalisadores dessa mudança, facilitadores ou não dessa mudança” (E4)

12. Utilidade e Pertinência da Criação de um Protocolo de Intervenção com Clientes Involuntários

A questão do nosso guião de entrevista relativa à utilidade e pertinência da criação de um protocolo de intervenção sistémica com clientes involuntários representa uma das mais relevantes neste estudo (ver Quadro 7, Anexo E). Neste sentido, procurou-se conhecer a opinião de interventores, que já possuem uma vasta experiência na área, tomando consciência daquilo que são as atuais necessidades no decurso da sua prática clínica/terapêutica.

De modo geral, os terapeutas têm vindo, no âmbito das áreas de trabalho em que operam, a desenvolver protocolos e modelos específicos que facilitam e orientam as suas intervenções: “(...) eu e um conjunto de colegas estamos a desenvolver um modelo de intervenção, mas é apenas e só, em situações de conflitualidade parental elevada” (E2) e “Já vão existindo alguns. Eu não sinto assim falta porque eu acho que cada processo é um processo” (E3).

Ainda que algumas entidades se venham a esforçar para criarem os seus próprios protocolos, específicos para cada caso/ situação, os peritos sentem que seria útil e pertinente a criação de um protocolo que fosse formalizado e extensível a outras instituições com as quais habitualmente articulam o seu trabalho (tribunais, comissões...), isto é, não há apenas a necessidade dos terapeutas acederem a um guia que conceda linhas orientadoras para a sua intervenção, como também a extensão desse mesmo guia a outras instituições que colaboram em/ou mandatam determinados processos, no sentido de facilitar a intercomunicação entre elas e o trabalho em rede:

Acho possível, acho útil. Acho que é uma necessidade neste momento (...). (...) era muito importante e interessante que pudesse ser feito realmente aqui um protocolo (...) que clarificasse muito bem (...) aquilo que é o papel da entidade decisora, aquilo que é o papel de quem intervém, os tais limites da confidencialidade, (...) como é que se faz a devolução da informação, como é que se gere as tais situações que nos colocam limites em relação aos aspetos éticos e deontológicos da intervenção e (...) acho que isso mais do que ser possível, é uma necessidade neste momento, de haver algumas linhas orientadoras em relação a este tipo de intervenção (E1).

O que não faz sentido para estes interventores é a criação de um protocolo fechado, demasiado rígido e limitativo: “(...) porque cada caso é um caso, mas um protocolo que permita ter linhas orientadoras daquilo que está cientificamente comprovado que pode ser útil” (E2); “(...) há alguns princípios orientadores, alguns pressupostos, algumas metodologias até, algumas técnicas, sobretudo naquela fase inicial dos processos, que podem ajudar a definir, a estipular, a organizar a nossa intervenção com estes clientes” (E4).

13. Variáveis, Normas e Procedimentos a Incluir num “Protocolo”

Quando questionados acerca de que procedimentos ou variáveis incluiriam, caso tivessem de criar um protocolo de intervenção com este tipo de clientes (ver Quadro 7, Anexo E), os peritos mencionaram:

Procedimentos em relação à forma como o pedido é feito pela entidade decisora, (...) relativos a uma primeira sessão e à clarificação dos limites da confidencialidade, (...) relativos à forma como é devolvida a informação à entidade decisora e (...) relativos à forma como são enquadrados os pedidos da própria família que nada têm que ver com aquilo que nos é pedido pela entidade decisora (E1).

(...) incluiria questões para o início do processo, (...) questões que permitissem identificar os casos que devem ser encaminhados para intervenção, colocaria questões sobre o próprio profissional, sobre que formação e que treino o profissional deve ter (...) variáveis mais de fundamentação da intervenção em si, (...) mais geral, (...) mais práticas sobre como desenvolver a intervenção, metodologia, sessões, etc.

Há aqui três desafios muito particulares (...). O primeiro (...) é “para quê” da terapia/intervenção e, neste sentido é importante num primeiro momento aceitar e ir trabalhando com este “para quê” da terapia, que nem sempre é claro com estes clientes. Depois um segundo desafio que tem a ver com a co-construção dos objetivos partilhados, portanto de como fazer este casamento entre os objetivos das entidades e os objetivos dos clientes e como ir negociando e ajustando isto para o nosso processo. Ainda aqui neste desafio, trabalhar as questões da segurança e da confidencialidade. E depois um terceiro desafio (...) que tem a ver com o estabelecimento da aliança terapêutica (...) (E4).

Dentro destas categorias mais latas, incluiriam também outros aspetos mais específicos, como a gravação (ou não) das sessões em suporte áudio/vídeo e os limites da utilização dessas gravações, procedimentos acerca de como gerir as relações com outros interventores nos processos e ainda elementos “desde a receção do cliente até aos cuidados a ter numa primeira sessão, algumas dicas para o guião de entrevista (...) o antes da sessão, os cuidados com o encaminhador, (...) com a linguagem (...)” (E3).

14. Avaliação da Prática da Intervenção Involuntária/Mandatada em Portugal

Solicitámos aos entrevistados que avaliassem a prática da intervenção involuntária/mandatada em Portugal (ver Quadro 8, Anexo E). Foi sublinhada a escassez de formação e experiência clínica na área “Acho que há muitos profissionais a intervir nesta área sem formação específica e sem noção sequer do enquadramento legal (...)” (E1), e aliado a este fator, a falta de clareza, uma confusão/dualidade entre aquilo que é uma intervenção terapêutica e uma intervenção forense (áreas que atuam nestes contextos), embora considerem que há hoje um maior esforço por parte de outros profissionais, que integram e colaboram nestes processos, a explorarem e entenderem a génese deste tipo de intervenções:

(...) acho que os juízes, procuradores e comissões vão estando mais sensíveis a este tipo de intervenção, mas ainda não há uma total clareza para eles daquilo que é a forma como esta intervenção se processa e aquilo que são os limites e aquilo que este tipo de intervenção pode ou não pode fazer (...) (E1).

Consideram existir uma assimetria entre zonas/regiões do país, entre comarcas e até entre tribunais/ comissões, no que respeita a acessibilidade a este tipo de intervenções, ou mesmo quando falamos a respeito das normas

internas gerais que definem a forma como estes processos devem ser desencadeados, apesar de haver enquadramentos legais para o efeito. Acrescentam que há ainda um longo caminho a percorrer no sentido de os terapeutas procurarem sair do papel de especialista e colocarem-se em posições mais empáticas com os clientes: “Há todo um conjunto de dinâmicas que precisa de ser trabalhada e todo um conjunto de crenças e valores que precisam de ser analisados (...). (...) acho que ainda há aí um grande caminho a fazer-se, a nível nacional” (E3).

Ainda assim, a perspetiva geral é, dentro daquilo que é a realidade de trabalho que conhecem, positiva: “Sinto que o trabalho que tem sido feito (...) tem sido trabalho muito valorizado pelos tribunais (...) tanto de parte das famílias, como de parte dos profissionais que as encaminharam, há uma avaliação positiva do trabalho que tem sido feito” (E4).

15. Perspetivas Sobre a Formação no Âmbito da Intervenção Mandatária/Involuntária

Por fim, os terapeutas ressaltam, uma vez mais, a escassez de formação específica e concreta no âmbito das intervenções com clientes involuntários (ver Quadro 8, Anexo E). Sentem que tiveram de aprender a lidar com “uma nova” modalidade de intervenção apenas quando se confrontaram com a mesma, num momento em que já se encontravam a trabalhar. Contudo, consideram que, a pouco e pouco, e também devido à investigação desenvolvida nos últimos anos, quer no estrangeiro, quer em Portugal, o estudo e a pesquisa em torno dos contextos involuntários tem vindo a crescer e a aprofundar-se:

Acho que devíamos ter muito mais formação sobre clientes involuntários. (...) não tive nenhuma formação sobre clientes involuntários, foi algo que comecei a estudar, a investigar, a explorar e a descobrir, já depois de ter chegado à prática e me ter confrontado com estes clientes. (...) eu acho que já vai havendo alguma formação sobre estes clientes, pouca ainda... (...) também acho que a nossa formação, na Faculdade e fora da Faculdade, continua a ser muito baseada naquilo que são os modelos teóricos, na formação teórica em termos de modelos... e muito menos em termos daquilo que é as competências relacionais, competências para estar em relação em consulta com uma família e com clientes involuntários. E portanto, eu acho que a formação deveria ter um maior pendor (...) por todas as singularidades que ela apresenta comparativamente aos voluntários (...) (E4).

V - Discussão

Neste capítulo é apresentada uma reflexão crítica dos resultados obtidos, procurando dar-lhe uma significação coerente com a literatura a que tivemos acesso sobre a problemática em estudo.

Os clientes involuntários e mandatados constituem um público que tem sido alvo de uma acrescida investigação e análise por diferentes

perspetivas e abordagens da psicologia e, segundo diversos autores, representam um objeto de estudo relevante enquanto meio de leitura e compreensão dos processos interventivos.

Ao realizarmos uma pesquisa em torno da intervenção clínica/terapêutica, é possível constatar que grande parte dos modelos de orientação teórico-prática no âmbito da psicologia se baseiam na suposição de que os clientes procuram ajuda, de forma livre e voluntária, mostrando-se motivados e colaborantes para o início da terapia. No entanto, sabemos que, muitas vezes os clientes chegam às sessões sob pressão de familiares (pais, filhos, cônjuges...), onde frequentemente um ou mais membros do sistema familiar expressarem vontades e motivos diferentes, níveis motivacionais e objetivos distintos para frequentarem e se envolverem (ou não) nas sessões. Um subconjunto de clientes involuntários compreende aqueles que são referenciados por agências externas (escolas, serviços de saúde mental, serviços de proteção à criança, tribunais...) e enfrentam consequências legais se abandonarem a terapia – os clientes mandatados. Neste sentido, a noção de "cliente involuntário refere-se tanto ao encaminhamento institucional quanto à indisposição do cliente em fazer terapia" (Sotero et al., 2017, p. 820).

A complexidade de definição e identificação de clientes involuntários e mandatados tem hoje recebido maior atenção por parte dos investigadores. Indo ao encontro das conceções teóricas acima apresentadas, os resultados obtidos neste estudo sugerem que a definição e distinção, não apenas entre clientes involuntários e voluntários, mas também entre involuntários e mandatados, é crucial para o desenho e delimitação de estratégias de intervenção com este tipo de clientes. Ainda que, à partida, o processo terapêutico pareça promover uma convergência entre aquilo que é a forma de trabalhar nos contextos voluntários e involuntários, é unânime a ideia de que os clientes involuntários/ mandatados apresentam maiores desafios aos terapeutas, por exemplo, no que respeita o estabelecimento de uma aliança terapêutica de qualidade, na exibição de um grau de motivação e envolvimento satisfatórios (Sotero et al. 2017), na apresentação de níveis mais baixos de *distress* e agressividade (Moore et al., 2013), de um menor senso de coação percebida e até mesmo no despertar de sentimentos de estigma (Hachtel et al., 2019), variáveis que podem facilitar/prejudicar a mudança e o sucesso dos resultados terapêuticos, sobretudo num momento inicial.

“Ser involuntário” é apenas uma das características que definem estes clientes. O facto de representarem um maior desafio não reside apenas na forma como se apresentam e se envolvem na terapia, mas também porque colocam uma maior pressão sobre aquilo que devem ser as competências dos terapeutas. Os modelos e definições das intervenções tradicionais podem ser inadequados e insuficientes para lidar com clientes e famílias multidesafiadas, pelo que a conceptualização das dinâmicas internas das famílias deve necessariamente ser integrada num trabalho multisistémico que considere aspetos ambientais, sociais e culturais (que podem estar na origem e manutenção do problema). Para isso as intervenções terapêuticas devem coordenar a sua ação com outros serviços (Melo & Alarcão, 2011).

Autores como Ivanoff, Blythe e Tripodi (1994) e Rooney (1992) propuseram estratégias assentes no modelo centrado na tarefa (*task-centered model*); por sua vez, Rosenberg (2000) e De Jong e Berg (2001) adotaram a abordagem focada nas soluções (*solution-focused approach*). Ambas enfatizam a utilização das competências dos clientes para efetuar mudanças e encontrar alternativas/soluções aos seus problemas/ dificuldades, conferem destaque ao seu papel de perito, enquanto conhecedor da sua vida, experiências e percepções, salientam a sua capacidade de escolha e decisão na definição do contrato terapêutico e no estabelecimento de metas objetivos de intervenção e ainda outorgam importância à divulgação de *feedback*, essencial para a co-construção de uma aliança terapêutica entre cliente e terapeuta. Também Moore, Tambling e Anderson (2013) e Manchak, Skeem e Rook (2014) apontaram diversas técnicas para promover o sucesso terapêutico bem como uma melhor qualidade na comunicação entre terapeutas e entidades referenciadoras (com o objetivo de possibilitarem aos clientes uma menor percepção de coação e julgamento), importantes estratégias de intervenção que maximizam o senso de escolha e controlo dos clientes, estratégias baseadas na capacidade do cliente para a mudança, e para examinar o modo como os profissionais exercem o controlo e afiliação, usando ferramentas como é exemplo o Modelo Transteórico da Mudança. Os modelos supramencionados, conhecidos e utilizados no âmbito das terapias sistémicas com clientes voluntários oferecem pistas úteis que se adequam também à intervenção em contexto clínico/terapêutico com clientes involuntários/ mandatados. Através dos contributos dos peritos intervenientes neste estudo, foi possível constatar que, contrariamente ao postulado por alguns autores, a maioria das teorias, abordagens, técnicas e instrumentos tradicionais utilizados nas intervenções sistémica e, também, no âmbito das terapias familiares, são passíveis de ser utilizados adequadamente pelos terapeutas que intervêm em contextos involuntários, em Portugal.

Ainda que não faça parte dos requisitos para a profissão, o desenvolvimento pessoal do psicólogo é considerado, pelos intervenientes deste estudo, como crucial para o exercício da prática clínica e terapêutica. Pela natureza da sua atividade, os terapeutas são muitas vezes confrontados com relatos de sofrimento, experiências traumatizantes e episódios de angústia e, apesar da sua formação e preparação, não são imunes aos efeitos de determinadas situações às quais possam ter uma especial ressonância. Neste sentido, o desenvolvimento pessoal é um trabalho de autoconhecimento aprofundado, que além da exploração do seu mundo interior, permite ao psicólogo “conhecer os seus limites, compreender as suas reações e preparar-se para o eventual impacto de determinados acontecimentos” (Faria et al., 2020). O trabalho realizado em desenvolvimento pessoal pode ser complementado com a atividade de supervisão, que pressupõe um acompanhamento regular por parte de um profissional mais experiente, e que pode ajudar o terapeuta a refletir sobre os casos nos quais está a trabalhar, de forma a diminuir as suas vulnerabilidades e a otimizar a eficiência da sua intervenção. Num segundo plano, a supervisão permite ao psicólogo uma autorreflexão acerca da sua prática

num ambiente que propicia segurança, auxiliando-o na tomada de consciência das questões pessoais que necessita elaborar com maior profundidade e onde pode explorar os seus limites, sentimentos e dificuldades, dando resposta a alguns dilemas com que se possa deparar. Deste modo, é de sublinhar a importância de os psicólogos se atualizarem regularmente, para garantirem conhecimentos que fomentem melhores práticas de intervenção em diferentes problemáticas e públicos-alvo, através não só da supervisão mas também pela articulação com profissionais de outras áreas, em equipa, em rede, que caminhe numa mesma direção (Faria et al., 2020).

Em adição ao supramencionado, especialmente num contexto involuntário (mas não apenas neste), os terapeutas devem guiar as suas intervenções mediante a utilização de uma abordagem colaborativa, que vise uma postura empática e de escuta ativa, que defenda princípios em torno da ideia de justiça social, de igualdade, respeito, transparência, de valorização da capacidade de autodeterminação e de escolha de cada indivíduo ou sistema familiar. Uma atitude que promova o aumento do grau de liberdade dos clientes e que estabeleça um consentimento verdadeiramente informado, quer dos limites da intervenção, quer sobre toda a informação a ser partilhada. Os profissionais ainda não encontram uma formação específica adequada aos contextos involuntários e mandatados e são muitas vezes guiados por modelos baseados naquilo que é uma postura de “terapeuta-especialista”, ao invés de abordagens que fomentem uma postura de curiosidade, de *not-knowing*, genuinamente colaborativa, prática que demora a desenvolver-se, a contruir-se e a amadurecer (A. Melo, comunicação pessoal, 10 de Junho, 2020).

Se parece haver uma maior tendência para os clientes involuntários resistirem ou mostrarem-se menos disponíveis e menos motivados para frequentarem a terapia num momento inicial, o que é possível constatar depois é que, ultrapassando estes constrangimentos na formação de uma aliança terapêutica, os mesmos apresentam um movimento de *drop out* menor que os clientes voluntários. O facto de existir uma coação percebida e consequências potencialmente legais para quem abandona os processos, pode causar sofrimento e angústia aos clientes e suas famílias. Contudo, esta “resistência” dos clientes pode também ser utilizada pelos terapeutas como uma oportunidade de mudança ou de resolução de problemas. Assim, se o quadro de referência e valores dos terapeutas for flexível e aderir às competências necessárias para garantir uma abordagem colaborativa é possível alcançar uma intervenção eficaz e obter resultados positivos (A. Melo, comunicação pessoal, 10 de Junho, 2020).

A morosidade com que, habitualmente, estes processos se desenrolam, chegando aos terapeutas numa situação de quase “fim de linha” chama à atenção para a necessidade de atuar perante estes casos de forma mais preventiva e menos remediada. A descomplexificação deste tipo de intervenções poderia mesmo evitar, aquilo que é, muitas vezes, uma postura de agressividade, de descrença na terapia e culpabilização dos profissionais pelo seu adiamento/fracasso, o desconforto e falta de motivação por parte dos clientes involuntários para frequentarem a terapia. Numa fase inicial, os

profissionais devem negociar um contrato claro com a entidade referenciadora e a família, esclarecendo o papel de todos os envolvidos no caso, os objetivos da intervenção bem como os procedimentos e prazos estabelecidos. Deste modo, em consonância com os resultados obtidos, os terapeutas devem procurar despende algum tempo na negociação dos contratos terapêuticos, nomeadamente no que respeita clarificar aquilo que é o entendimento do pedido e dos objetivos para a intervenção, a transparência das regras e o enquadramento de “o quê?” e “para quê?” da terapia, pois se os clientes acreditarem que os terapeutas estão “ali” para ouvir genuinamente a sua história, dispostos a não julgar, a não ocupar um papel de avaliador, não os sentirem como aliados da entidade referenciadora, mas sim, conseguirem vê-los como parceiros potenciadores das suas competências e capacidades na co-construção de objetivos e metas comuns, o seu estatuto de involuntário pode transformar-se em voluntário (Melo & Alarcão, 2014).

Por fim, após abordados e discutidos alguns dos principais resultados obtidos, bem como a sua confrontação com a bibliografia existente na área, importa relembrar um dos principais objetivos deste estudo qualitativo: criar pistas orientadoras para a prática clínica/ terapêutica nos contextos involuntários/ mandatários. Se por um lado é defendido que este tipo de clientes não necessita de um “tratamento especial”, a opinião, dos peritos intervenientes neste estudo, é a de que a criação de um protocolo que seja aberto, moldável, extensível e inclusivo é útil, é pertinente e mais do que possível, é necessário. Neste sentido, propõe-se a criação de um protocolo que se adapte às especificidades dos clientes involuntários/ mandatados, mas que não seja rígido e limitativo. Preconiza-se um guia alternativo, que não divirja no que respeita as abordagens, modelos e perspetivas e a própria postura que deve ser utilizada pelos terapeutas num processo voluntário, mas que dê ênfase a determinados procedimentos, que nos parecem singulares e mais desafiadores neste tipo de intervenções, especialmente aqueles conducentes ao início da terapia. Fala-se, por exemplo, de procedimentos referentes à forma como são realizados os pedidos pela entidade decisora, procedimentos relativos às primeiras sessões (nomeadamente ao primeiro contacto entre terapeuta e cliente), normas, assentes numa transmissão colaborativa e empática, daquilo que é a plena clarificação dos limites da confidencialidade, bem como o que concerne à devolução de informação (*feedback*) à entidade decisora, procedimentos que contribuam para a negociação e co-construção de objetivos partilhados, procedimentos relativos ao enquadramento de pedidos e objetivos dos próprios clientes, que nada têm a ver com aquilo que foi mandatado, variáveis relacionadas com a fundamentação da própria intervenção (por exemplo, metodologias, técnicas ou instrumentos a aplicar consoante os contornos gerais de cada caso), grelhas de identificação e avaliação das competências, qualificações, formação e treino dos terapeutas chamados a intervir, questões que permitam identificar os casos que devem (ou não) ser encaminhados para este tipo de intervenção, entre outros. No fundo, variáveis que facilitem não só a comunicação e o estabelecimento de uma relação terapêutica positiva entre cliente e psicólogo, mas também que

promovam intervenções sustentadas numa articulação entre psicólogos e outros profissionais, que seja menos morosa, menos remediada e mais preventiva, bem como um melhor entendimento entre os diferentes serviços no que respeita ao papel, função e aquilo que cada um pode (e lhe compete) responder em determinado processo.

VI - Conclusões

Este estudo teve como objetivo principal, através da recolha de contributos de peritos, compreender a utilidade e pertinência da criação de um protocolo de intervenção sistémica para a prática clínica/terapêutica com clientes involuntários/mandatados.

A tentativa de descomplexificação em redor dos termos “cliente involuntário/mandatado” tem recebido, nos últimos anos, maior atenção por parte da literatura e investigações, em Portugal e noutros países (e.g., Trotter, 2015; Sotero, 2016; Snyder et al., 2009, Rooney, 1992). É unânime a noção de que para guiar uma prática clínica assente em pressupostos coerentes, especializados e não redutores, é fundamental perceber as singularidades e regularidades entre uma intervenção de cariz voluntário e involuntário.

É possível concluir que, no decorrer da sua vida profissional, os terapeutas enfrentam diversos constrangimentos quando encaram clientes/famílias que não procuram ajuda de forma autónoma ou de livre vontade, o que pode resultar numa maior dificuldade em estabelecerem uma relação terapêutica positiva com os clientes e/ou um obstáculo no que concerne o entendimento e articulação com as entidades referenciadoras. A falta de formação dos psicólogos na área, bem como o seu desenvolvimento pessoal e os princípios éticos e deontológicos que guiam a sua conduta, são variáveis que influenciam a eficácia de uma intervenção.

O princípio da competência pode ser definido pela capacidade para aprender a desempenhar adequadamente uma tarefa, dever ou papel e caracteriza-se por integrar vários tipos de conhecimento, habilidades e atitudes (Roe, 2002). Conhecer a história pessoal dos clientes, fazer uma leitura compreensiva das suas dinâmicas de interação, sem julgar e sem avaliar, escutar ativamente e negociar os seus pedidos e objetivos, bem como clarificar muito bem todos os limites do processo, numa postura empática e colaborativa, são estratégias já utilizadas nos contextos voluntários que devem ser cuidadosamente firmadas e adaptadas ao âmbito involuntário. É necessário ainda ter consciência de que o baixo nível de motivação, a aparente “resistência inicial” e a coação (pressão social/moral) ou coerção (ordem judicial/legal) que caracterizam genericamente estes clientes, podem ter, nos mesmos, consequências dolorosas, de sofrimento, de angústia, de estigma, expondo-os a situações socialmente desvantajosas e desprovidos de respeito próprio, do seu poder pessoal, autonomia, capacidade de autodeterminação e de sentimentos de não pertença, tornando-os vulneráveis na convivência com os demais (Godoi & Garrafa, 2014).

Pelas razões descritas acima, entende-se que é altamente complexo e desafiador, para os terapeutas, lidarem com determinados casos/situações no

exercício da sua profissão. Neste sentido, sugere-se o investimento na investigação nesta área, através da criação de oportunidades de formação nova (teórica e prática), cientificamente e empiricamente credível e atualizada, onde os profissionais de saúde, da educação e todos aqueles a quem compete atuar nestes contextos, possam alargar os seus horizontes de conhecimento e trabalhar em rede, em equipa, em supervisão, em multidisciplinaridade, de modo a alargarem o leque de soluções, de alternativas, de mudanças para a intervenção nos problemas e dificuldades destes clientes.

Por fim, como vínculo de continuidade do presente estudo e face ao crescimento do número de solicitações de intervenção, nos últimos anos, por parte dos tribunais ou outras entidades mandatárias, propõe-se que as sugestões de orientação para a intervenção com clientes involuntários/mandatados explanadas, sejam analisadas, aprimoradas e se repense a pertinência, a utilidade, viabilidade e importância do desenho de um protocolo aberto, que ofereça modelos, estratégias, técnicas, procedimentos e normas congruentes, não limitativas e não lineares. Protocolo que seja avaliado e posteriormente extensível e replicado no nosso país.

Bibliografia

- Bardin, Laurence (1977). *Análise de Conteúdo* (5ª ed.). (L. Antero & A. Pinheiro, Trad.) Lisboa: Edições 70.
- Berg, I. K. (1994). *Family-based services: a solution-focused approach*. New York: W. W. Norton & Company.
- Bergner, R. (2019). Ideas for enabling involuntary clients to engage voluntarily in therapy. *Journal of Systemic Therapies*. 38, 32-46.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-259.
- Brodsky, S. & Lichtenstein, B. (1999). Don't ask questions: a psychotherapeutic strategy for treatment of involuntary clients. *American Journal of Psychotherapy*, 53(2), 215-220.
- Câmara, R. (2013). Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. *Revista Interinstitucional de Psicologia*, 6(2), 179-191
- Cingolani, J. (1984). Social conflict perspective on work with involuntary clients. *Social Work*, 29, 442-446.
- Creaney, S. (2015). Still working with “involuntary clients” in youth justice. *British Journal of Community Justice*, 13(1), 41-54.
- De Jong, P., & Berg, I. K. (2001). Co-constructing cooperation with mandated clients. *Social Work*, 46(4), 361-374.
- DiClemente, C. C. (1991). Motivational interviewing and the stages of change. In W. R. Miller & S. Rollnick (Eds.), *Motivational interviewing: preparing people for change*. (pp. 191-202). New York: Guilford Press.
- Donovan, D. M., & Rosengren, D. B. (1999). Motivation for behavior change treatment among substance abusers. In J. E. Tucker, D. M. Donovan, & G. A. Marlatt (Eds.), *Changing addictive behavior: Bridging clinical and public health strategies* (pp. 127-159). New York: Guilford Press.
- Erickson, M. (2009). Further clinical techniques of hypnosis: utilization techniques. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 51, 341-362.
- Faria, C., Brites, R., Paulino, M. & Silva, F. (2020). *Intervenção em Psicologia Clínica* (1ªed.). Lisboa: PACTOR – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.

- Friedlander, M., Escudero, V., & Heatherington, L. (2006). *Therapeutic alliances in couple and family therapy: an empirically informed guide to practice*. Washington, DC: American Psychological Association. doi: 10.1037/11410-000
- Godoi, A., & Garrafa, V. (2014). Leitura bioética do princípio de não discriminação e não estigmatização. *Saúde e Sociedade*, 23(1), 157-166. doi: 10.1590/S0104-12902014000100012
- Guerra, I. (2006). *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo: sentidos e formas de uso* (1ªed.). Estoril: Príncipe Editora, Lda.
- Hachtel, H., Vogel, T., & Huber, C.G. (2019). Mandated Treatment and its impact in therapeutic process and outcome factors. *Frontiers in Psychiatry* 10(219), 1-8. doi: 10.3389/fpsyt.2019.00219
- Harris, G. A., & Watkins, D. (1987). *Counseling the involuntary client*. College Park, MD: American Correctional Association.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139-149.
- Ivanoff, A., Blythe, B. J., & Tripodi, T. (1994). *Involuntary clients in social work practice: a research-based approach*. New York: Aldine de Gruyter.
- Manchak, S. M., Skeem, J. L. & Rook, K. S. (2014). Care, control or both? Characterizing major dimensions of the mandated treatment relationship. *Law and Human Behavior*, 38(1), 47-57. doi: 10.1037/lhb0000039
- Melo, A. & Alarcão, M. (2014). Training professionals in community settings: change processes and outcomes in a child protection context. *Psychologica* 57(2), 53-72. doi: 10.14195/1647-8606_57_2_3
- Melo, A. & Alarcão, M. (2011). Integrated family assessment and intervention model: a collaborative approach to support multi-challenged families. *Contemporary Family Therapy* 33,400-416. doi: 10.1007/s10591-011-9168-0
- Moore, L. E., Tambling, R. B., & Anderson, S. R. (2013). The intersection of therapy constructs: the relationship between motivation to change, distress, referral source and pressure to attend. *American Journal of Family*, 41(3), 245-258. doi: 10.1080/01926187.2012.685351
- Orlinsky, D. E. & Howard, K. I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In S. L. Grfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 311-381). New York: Wiley.

- Ossorio, P. G. (2013). *The behavior of persons*. Ann Arbor, MI: Descriptive Psychology Press.
- Pinsoff, W. M. (1994). An integrative systems perspective on the therapeutic alliance: theoretical, clinical and research implications. In A. O. Horvath & L. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research and practice* (pp. 173-199). New York: John Wiley.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (1995). *Manual de investigação em ciências sociais* (5ªed.). (J. Marques, M. Mendes & M. Carvalho, Trad.). Lisboa: Gradiva.
- Roe, R. (2002). What makes a competent psychologist?. *European Psychologist*, 7(3), 192-202. doi: 10.1027/1016-9040.7.3.192
- Rooney, R. H. (1992). *Strategies for working with involuntary clients*. New York: Columbia University Press.
- Rosenberg, B. (2000). Mandated clients and solution focused therapy: “its not my miracle”. *Journal of Systemic Therapies*, 19(1).
- Schottenfeld, R. S. (1989). Involuntary treatment of substance abuse disorders – impediments to success. *Psychiatry*, 52, 164- 176.
- Shallcross, L. (2010, Fevereiro). Managing resistant clients. *Counseling Today*. Disponível em: <https://ct.counseling.org/2010/02/managing-resistant-clients/>
- Snyder, C., & Anderson, S. A. (2009). An examination of mandated versus voluntary referral as a determinant of clinical outcome. *Journal of Marital and Family Therapy*, 35(3), 278-292.
- Sotero L. (2016). *Clientes (In)Voluntários em Terapia Familiar. Aliança Terapêutica e Resultados (Dissertação de Doutoramento não publicada)*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra e Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.
- Sotero, L. & Relvas, A. P. (2012). A intervenção com clientes involuntários: Complexidade e Dilemas, *Psicologia & Sociedade*, 24, 187-196. doi: 10.1590/S0102-71822012000100021
- Sotero, L., Cunha, D., Silva, J. T., Escudero, V., & Relvas, A. P. (2017). Building alliances with (in)voluntary clients: A study focused on therapists' observable behaviors. *Family Process*, 56(4), 819-834. doi:10.1111/famp.12265

- Trevithick, P. (2012). *Social work skills and knowledge: a practice handbook* (3rd ed.). Open University Press.
- Trotter, C. (2015). *Working with involuntary clients: A guide to practice* (3rd ed.) London; New York: Routledge.
- Trotter, C., Evans, P. & Bordawi, S. (2015). *The effectiveness of challenging skills in work with young offenders*. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 1-19. doi: 10.1177/0306624x155967
- Vala, J. (1986). A análise de conteúdo. In A. S. Silva e J. M. Pinto (Eds.). *Metodologia das ciências sociais* (4^aed., pp. 101-128). Porto: Edições Afontamento.
- Watzlawick, P., Weakland, J., & Fisch, R. (1974). *Change: principles of problem formulation and problem resolution*. New York: Norton.
- Weakland, J. H., & Jordan, L. (1990). Working briefly with reluctant clients: child protective services as an example. *Family Therapy Case Studies*, 5(2), 51-68.
- Woody, J. D., & Grinstead, N. (1992). Compulsory treatment for families: Issues of compliance. *Topics in Family Psychology and Counseling*, 1(2), 39-50.

ANEXOS

Anexo A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O meu nome é Eliana Filipa Frazão Salgueiro e sou estudante do 5º ano do mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, subárea de especialização em Psicoterapia Sistémica e Familiar, na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (FPCEUC). Estou a desenvolver, no âmbito da minha dissertação de mestrado, uma investigação sobre a intervenção sistémica com clientes mandatados/involuntários, sob orientação da Professora Doutora Madalena de Carvalho. Este estudo tem como objetivo primordial recolher os contributos de interventores com experiência na intervenção com clientes mandatados/involuntários, incluindo a sua perceção sobre a viabilidade e importância de um guia orientador/protocolo para a prática clínica/terapêutica no contexto da intervenção com estes clientes, em Portugal.

Deste modo, venho solicitar a sua colaboração, enquanto terapeuta perito na área da intervenção com clientes involuntários, no sentido de refletir sobre esta realidade.

A sua participação é voluntária, podendo desistir em qualquer momento, retirando o seu consentimento informado. No âmbito do tratamento de dados, a metodologia utilizada requer a gravação áudio das entrevistas realizadas. Os dados recolhidos serão utilizados apenas para fins de investigação. Os dados sociodemográficos e complementares serão usados para caracterização da amostra, sendo garantida a confidencialidade.

A sua participação é extremamente importante para a realização deste estudo.

Grata pela sua disponibilidade e colaboração.

Declaro que concordo participar no presente estudo

Assinatura do(a) Participante

Assinatura da Orientadora

Assinatura da Estudante

_____, ___, ___, 2020

Anexo B

Guião de Entrevista

CATEGORIAS		QUESTÕES
Dados Sociodemográficos e outros	Pessoais	Idade
		Género
	Profissionais	Atividade Profissional
		Formação Académica (graus e cursos)
		Área de Especialização
		Nº Total de Anos de Formação Clínica (teórica e/ou supervisão)
		Nº Total de Anos de Experiência Clínica
Nº de Anos de Experiência com Clientes Mandatados/ Involuntários		
Conceitos	Involuntários/ Mandatados	Como define clientes involuntários e mandatados?
Tipos de Intervenção	Involuntária	Para si, e da sua experiência, o que difere entre uma intervenção num contexto de clientes involuntários/mandatados e uma no âmbito de clientes voluntários (disponibilidades, relação terapêutica, aliança, dificuldade do processo, sucesso terapêutico, <i>drop out</i> , ...)?
	Voluntária	
Estratégias e Instrumentos de Intervenção		<p>Que estratégias e/ou instrumentos procura utilizar/utiliza na intervenção com clientes involuntários ou mandatados?</p> <p>Que postura deve um terapeuta adotar na primeira sessão com o cliente ou família?</p>
Desafios da Intervenção Mandatária		Ao longo da sua prática profissional, em que teorias, modelos ou abordagens se apoia para intervir com estes utentes?

	<p>E, em particular, para evitar movimentos de <i>drop out</i> por parte dos utentes?</p> <p>Define estratégias/metodologias particulares para prevenir eventuais conflitos com as agências mandatárias?</p> <p>Como gere a discrepância entre os motivos dos pedidos das agências referenciadoras e as necessidades e objetivos dos clientes?</p> <p>Na sua perspetiva e da sua experiência, que (outras) dificuldades particulares enfrentam os terapeutas no contexto da intervenção com clientes mandatados?</p>
Vulnerabilidades do Terapeuta	Quais as principais falhas/lacunas dos terapeutas na intervenção com clientes mandatados?
Dilemas Éticos	Que dilemas éticos pode o terapeuta enfrentar na intervenção com estes clientes?
Protocolo de Intervenção Sistémica com Clientes Involuntários/ Mandatados	<p>Considera possível e útil criar um Protocolo de Intervenção Sistémica com Clientes Involuntários/ Mandatados?</p> <p>Se tivesse de desenhar um protocolo de intervenção sistémica, que variáveis, normas ou procedimentos incluiria?</p>
Prática e Formação - Intervenção Mandatada em Portugal	Como avalia a prática da intervenção com clientes mandatados em Portugal (realidade, pertinência, mudanças, potencialidades, vulnerabilidades, ...)?

	Qual a sua perspetiva sobre a formação (teórico e prática) no âmbito da intervenção com clientes mandatados em Portugal?
Encerramento	Para terminarmos, gostaria de acrescentar algo?

Anexo C

Transcrição das Entrevistas

Entrevista 1

Data: 14/05/2020 **Duração:** 50 minutos.

Dados sociodemográficos e outros

Idade: 41

Gênero: Masculino

Atividade Profissional: Psicólogo Clínico e Terapeuta Familiar

Formação Acadêmica (graus e cursos): Mestrado Integrado em Psicologia (subárea de sistêmica, saúde e família), formação em terapia familiar e intervenção sistêmica e Pós-Graduação em Análise e Intervenção Familiar.

Área de Especialização: Psicologia Clínica: Sistêmica, Saúde e Família.

Nº Total de Anos de Formação Clínica (teórica e/ou supervisão): 23 anos

Nº Total de Anos de Experiência Clínica: 19 anos

Nº de Anos de Experiência com Clientes Mandatados/ Involuntários: 15 anos.

Questões:

1. Como define clientes involuntários e mandatados?

Os clientes involuntários ou mandatados são aqueles clientes que não procuram, espontaneamente os serviços. Regra geral há uma entidade que os encaminha para um determinado tipo de intervenção, com determinado objetivo. Regra geral, há uma entidade decisora que tem um determinado processo num âmbito do qual é solicitado um objetivo de intervenção para esse cliente e, depois cabe a nós, no fundo, responder, a esse objetivo. Claro que, há outros tipos de clientes involuntários, podemos até discutir se todos os clientes não serão, em certa medida, involuntários, porque as pessoas são sempre constrangidas em função de determinadas expectativas de si próprias ou de terceiros, que as levam a procurar a nossa ajuda. Agora, os clientes mandatados, numa versão mais estrita têm que ver com esta primeira definição que partilhei, que é haver alguma entidade que os encaminhe para um determinado tipo de intervenção que é obrigatória e que com essa intervenção é feito um pedido de resposta a um determinado objetivo.

2. Para si, e da sua experiência, o que difere entre uma intervenção num contexto de clientes involuntários/mandatados e uma no âmbito de clientes voluntários (disponibilidades, relação terapêutica, aliança, dificuldade do processo, sucesso terapêutico, *drop out*,...)?

As diferenças são muitas. Para começar, há um número significativo de clientes involuntários ou mandatados que não estão motivados, espontaneamente para a procura de ajuda e, portanto, vêm precisamente por uma questão de obrigação imposta por uma entidade terceira. E aí há um grau de motivação para o envolvimento com o processo terapêutico ou de intervenção que é mais baixo e portanto da nossa parte, enquanto interventores, há uma necessidade de conquistar as pessoas para o espaço terapêutico e ganhar a confiança delas e de as ajudar a encontrarem um sentido para o pedido que é feito por parte da entidade que faz o pedido de intervenção. Depois há aqui outra diferença importante que é, em regra, quando os clientes nos procuram voluntariamente e de forma espontânea, nós temos um ou vários pedidos, ou vários problemas em relação aos quais nos é pedida ajuda que depende exclusivamente daquilo que é a visão do cliente e daquilo que se constrói em termos de espaço terapêutico. Quando nós temos clientes mandatados, as pessoas chegam com as suas próprias preocupações e problemas, com pedidos, quando chegam, às vezes não chegam... mas, depois há um pedido da própria entidade que nos encaminha estes clientes e estes pedidos tanto podem ser consonantes, mais dificilmente são consonantes, como regra geral são dissonantes. Normalmente há uma diferença grande entre aquilo que a entidade nos pede e aquilo que o próprio cliente nos pede e às vezes o cliente tem um único pedido que é, de alguma forma, ver-se livre da obrigação de frequentar a intervenção que foi ordenada por determinada entidade.

Depois, há outras diferenças que são importantes, que tem que ver com a questão do sigilo e da confidencialidade do espaço, que necessariamente têm limites. Portanto, quando os clientes nos procuram voluntariamente há uma garantia de sigilo e confidencialidade que não pode, obviamente ser posta em causa. Quando os clientes são mandatados há uma necessidade inicial de discutir aquilo que são os limites da confidencialidade do espaço terapêutico, na medida em que as pessoas têm de perceber e aceitar que há um pedido de uma entidade externa ao qual tem de existir uma resposta e isso implica que haja uma devolução de informação. No modelo que utilizo em termos de trabalho, aquilo que costumo negociar com os clientes involuntários é que, apresentados claramente aquilo que é o pedido que é feito por essa entidade, explicar-lhes claramente que, mais tarde ou mais cedo terei que devolver informação a respeito desse pedido, que nunca devolvo qualquer tipo de informação que não seja previamente apresentada e discutida com os clientes e eles têm sempre a possibilidade de se prenunciar sobre essa informação junto, depois, da entidade que faz o pedido e eles também ficam cientes de que o *drop out* é de comunicação obrigatória à entidade que faz o pedido. Aqui, falo de entidades como os Tribunais de Família de Menores, Comissões de Proteção de Crianças e Jovens e a Direção Geral de Reinserção Social e Serviços Prisionais, que são as três entidades com as quais tenho trabalhado em termos de clientes involuntários.

A minha prática em relação a essa questão do sigilo e confidencialidade é que, quando as pessoas nos dizem expressamente que não concordam com essas condições, ainda que haja esse

mandato, eu devolvo à entidade que, apresentadas as condições para aquilo que nos é pedido em termos de intervenção, que a pessoa ou família, não concordou com as mesmas e, depois cabe ao tribunal ou à comissão DGRS, ver de novo com a pessoa, em que medida é que ela está ou não disponível para se submeter à intervenção. E obviamente não mantendo essa disponibilidade podem existir consequências (...) mas não parto para a intervenção sem *ficar* bem claro esta questão dos limites da confidencialidade.

Da minha experiência de trabalho, não é tão fácil acontecerem *drop outs*. As pessoas chegam menos motivadas e menos disponíveis para se envolverem na relação terapêutica, em regra, ainda que depois hajam aqui algumas variações, mas também fazem menos *drop out* que os clientes voluntários porque sabem que existe uma entidade que vai estar atenta ao cumprimento dessa obrigação e que o não cumprimento pode implicar consequências e, portanto, não é muito frequente os clientes involuntários fazerem *drop outs*, digamos assim. Há também outras diferenças que têm que ver com o jogo de alianças e de tentativas de coligação neste tipo de processos. É também frequente serem processos em que a gestão de alianças e coligações é mais exigente e consome mais os nossos recursos em termos de condução do próprio processo e tornando-os também, de alguma forma, mais complexos. Depois, há aqui um desafio adicional que é nós transformarmos essa obrigação do cliente frequentar a nossa intervenção, criando uma aliança em torno dessa obrigação. É bom perceber que o objetivo de ambos é de poder responder a um pedido dessa entidade e que ambos possamos, de alguma forma, libertarmo-nos dessa obrigação de ter que fazer esta intervenção, de uma forma que seja produtiva para aquilo que é o objetivo do processo.

3. Que estratégias e/ou instrumentos procura utilizar/utiliza na intervenção com clientes involuntários ou mandatados?

É muito variado. Eu criei um protocolo que obedece a alguns passos. Há aqui uma primeira estratégia que é essencial, um ponto essencial, que é a clarificação dos pedidos. É muito importante neste tipo de intervenção com clientes involuntários que se torne claro qual é que é o pedido da entidade que nos solicita a intervenção e, é muito frequente, por exemplo, um tribunal fazer pedidos de intervenção com famílias, pedindo urgência, definindo até prazos, mas eu nunca parto para a intervenção propriamente dita e para o contacto com a família, mesmo quando há o risco de não cumprir esse prazo que é exigido, se não tiver o pedido concreto da parte do tribunal e, portanto, uma das estratégias que utilizo é, por vezes, devolver ao tribunal o pedido que me é feito de intervenção e pedir para clarificar o objetivo com que essa intervenção é solicitada. Porque as entidades nem sempre são claras naquilo que nos pedem em termos de intervenção e, é óbvio se nós partirmos para esta intervenção sem uma noção clara daquilo a que é suposto respondermos ou o que é suposto trabalharmos com as pessoas ou famílias, é meio caminho

andado para a intervenção não ter sucesso. Depois, eu procuro sempre também, após clarificar todas aquelas condições da própria intervenção e, após clarificar qual é que é o pedido da entidade, gastar algum tempo a recolher a perspetiva que as pessoas têm sobre os problemas e a recolher os seus próprios pedidos. Explicar-lhes que ainda que haja a obrigação de responder a um determinado objetivo que é imposto pela entidade, isto não é incompatível com elas próprias poderem trazer as suas próprias preocupações, aquilo que são as suas expectativas e aquilo que são alguns aspetos em que a intervenção também pode incidir como forma de as poder ajudar. Depois, tenho também por hábito, em termos do meu modelo de trabalho, deixar bem claro, nos momentos chave em que sempre que houver informação à entidade que solicita a intervenção, que informação é que vai ser lida, fazer relatórios tão claros quanto possível, dar estes relatórios a ler às pessoas para elas terem oportunidade de serem esclarecidas sobre porque é que há determinadas conclusões que são devolvidas e terem até oportunidade de se poderem pronunciar sobre aspetos do relatório, com os quais podem, eventualmente, não concordar, mas que constituem a minha perspetiva sobre determinado pedido que é feito pela entidade decisora ou pela entidade que solicita a intervenção.

Depois, em termos de técnicas ou estratégias específicas, depende muito da problemática em causa, porque é diferente trabalhar-se um pedido que for com uma família que nos é encaminhada pela Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em que o pedido é muito circunscrito a determinados aspetos da dinâmica familiar ou da relação dos pais e filhos, ou se o pedido tiver uma dimensão de avaliação de competências parentais, ou se for feito um pedido do Tribunal de Família de Menores num processo em que há litígio parental e que o objetivo passa por gerir esse litígio parental, aí a estrutura das sessões, dos momentos e dos intervenientes vão sempre ser variáveis em função do pedido e, portanto, as próprias estratégias de intervenção usadas vão variando sempre em função do pedido.

Ou seja os próprios instrumentos que utiliza têm mais que ver com os pedidos e objetivos das sessões, do que propriamente com o facto de serem clientes voluntários ou involuntários?

Exatamente.

4. Que postura deve um terapeuta adotar na primeira sessão com o cliente ou família?

Nesse sentido, uma primeira sessão com uma família involuntária ou mandatada não é substancialmente diferente duma primeira sessão com um cliente voluntário. Tem que haver por um lado, uma postura cordial, uma postura empática, haver também um momento inicial de alguma socialização ou de contacto social mais ou menos informal, de maneira a que as pessoas se sintam mais à vontade. É importante ter também a capacidade de aceitar e de fazer as pessoas sentirem que nós percebemos que elas podem não vir motivadas para aquele espaço, podem não

ter vontade de estar ali e que vêm contrariadas e, isso também ser claramente discutido e aceite. Empatizarmos com a situação difícil em que elas estão. É fundamental depois, nós podermos informar as pessoas sobre a informação que já temos e aí, para além do que é costume pedir aos tribunais ou comissões, peço também que clarifiquem muito bem o que nos estão a pedir. Também costumo pedir que nos enviem algumas peças processuais chave para poder contextualizar esse pedido e aí, se eu tiver já alguma informação ou relatórios anteriores ou algum tipo de descrição mais profunda sobre a família faço também uma súmula de alguma informação que já tenho a respeito da própria família. Depois costumo falar sobre as tais condições da intervenção, dos limites da confidencialidade e daí em diante há uma recolha daquilo que é a história da família, da perspetiva que tem sobre os problemas, das suas próprias expectativas em relação ao espaço. Daí em diante não é muito diferente daquilo que é uma sessão com qualquer outro tipo de família.

5. Ao longo da sua prática profissional, em que teorias, modelos ou abordagens se apoia para intervir com estes utentes?

A minha abordagem é sistémica, portanto é a abordagem geral que fundamenta a minha forma de intervir com estas famílias, mas com qualquer outra família. Para além disso, quando comecei a trabalhar com clientes involuntários, nomeadamente famílias que eram encaminhadas pela Comissão de Proteção de Crianças e Jovens de Coimbra, na altura, nós criamos um modelo de intervenção com famílias mandatadas que foi inspirado no modelo de Bernard Prieur, e também nalguns modelos de dupla terapia integrada em conveniência com a sua família e, portanto construímos a partir de algumas ideias gerais desse modelo. Um dos modelos que, de alguma forma, me fez aprofundar a maneira como trabalho com as famílias foi o modelo de Ana Melo, que ela tinha para os CAFAP, para os Centros de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental, quer o MAIFI, quer o modelo de avaliação familiar integrado, quer especificamente a intervenção sistémica com famílias, com crianças e jovens dentro do sistema de comissão e proteção.

A inspiração acaba por ser sempre semelhante. São os modelos de inspiração sistémica e muitas das ferramentas são as da terapia familiar de intervenção sistémica, depois, com essas *nuances* da intervenção específica com clientes mandatados.

6. E, em particular, para evitar movimentos de *drop out* por parte dos utentes?

Não utilizo nenhuma forma particular para evitar movimentos de *drop out*. O que eu considero é que a partir do momento em que nós nos posicionamos numa abordagem colaborativa com as famílias... o que é essencial para evitar os *drop outs* é precisamente nós termos a capacidade de nos colocarmos numa postura colaborativa com as famílias. Essa postura colaborativa implica, primeiro, uma clareza em relação aos objetivos com que é feita a intervenção, uma clareza com aquilo que vai ser a nossa utilização da informação que nos é

facultada e uma abertura para poder trabalhar outras questões que são importantes para a família, para além daquilo que nos é pedido.

Depois, o outro lado que é, também as famílias sentirem, a cada momento, que apesar de haver essa obrigação de frequentarem a intervenção e de haverem potenciais consequências para elas não poderem frequentar ou de haver *drop out*, elas perceberem que o poder está do lado delas. Mais do que aquela imposição, é uma oportunidade que está a ser dada de poderem transformar a sua vida. E que nós somos parceiros dessa potencial mudança e transformação. E se as famílias sentirem que nós somos aliados delas na resolução do problema, e se conseguirem ver-nos dessa forma e não exclusivamente como aliados da entidade decisora ou do sistema que está de alguma forma a entrar nas suas vidas e a colocar um conjunto de imposições, acho que esse *drop out* é menos provável. É manter essa postura colaborativa porque cada vez mais, e à medida que os anos vão passando eu apercebo-me disso, se nós pensarmos no sistema de comissão e proteção de crianças e jovens em perigo, nós temos três patamares de intervenção. Aquilo que são as entidades, que no fundo são todos os serviços de caixa, de saúde, os psicólogos que trabalham em termos privados, as autarquias, todos aqueles serviços que as famílias podem procurar voluntariamente e que podem ser parceiras delas na resolução de problemas.

De alguma forma, quando surgem situações de perigo, surgem as Comissões de Proteção de Crianças e Jovens que abrem processos e que intervém junto das crianças, jovens e das suas famílias e em que há uma dimensão colaborativa grande, na medida em que a intervenção tem de ser consentida. E depois há aqui o último patamar de intervenção que são os tribunais, onde supostamente já há uma dimensão coerciva mais marcada. Mas verdadeiramente, o poder está sempre nas mãos das famílias, independentemente do grau de potencial de coação que exista da parte destas entidades. Porque se as famílias não estiverem disponíveis para colaborar, nós não conseguimos fazer a intervenção, nem mesmo o tribunal vai conseguir impor. E, portanto, se nós entrarmos na relação terapêutica com essa noção clara do limite do nosso poder sobre aquela família e se nós formos transparentes em relação a isso, e se a família conseguir perceber que o poder está do lado dela, é mais difícil serem feitos *drop outs* e as famílias acabam por encontrar um sentido para a própria intervenção. E quando encontram esse sentido, de alguma forma as peças encaixam-se e comprometem-se de uma forma muito mais colaborativa também com a intervenção.

7. Define estratégias/metodologias particulares para prevenir eventuais conflitos com as agências mandatárias?

Primeiro a clarificação muito clara e objetiva do pedido, daquilo que querem ver respondido e aí, eu procuro depois, na informação que devolvo, dosear também essa informação de maneira a responder a esse pedido com clareza e incluir, para além dessa clareza, a estrita informação que permita à entidade tomar uma decisão sobre o processo e evitar ao máximo informação excessiva

que possa tornar-se potencialmente mal utilizada, quer pela entidade decisora, quer por outros intervenientes, que às vezes surgem aqui. Vou dar um exemplo muito concreto: numa intervenção mandatada, num âmbito de um processo de decisão da regulação das responsabilidades parentais, em que há incumprimento das responsabilidades parentais, em que há pai e mãe em litígio, há as crianças, há um procurador do Ministério Público que representa as crianças, há o juiz, há os advogados do pai e da mãe e às vezes há advogados das próprias crianças... Tudo aquilo que seja informação que nós facultemos, por muito bem consubstanciada que esteja e fundamentada, pode ser potencialmente utilizada para agudizar os conflitos que são existentes e, portanto, uma outra estratégia passa por aí, ser muito criterioso e muito transparente relativamente àquilo que é transmitido em relação ao pedido que é feito pela entidade decisora. Depois, uma outra coisa que eu tento fazer, na medida do possível, é ajudar as pessoas a perceberem os intervenientes no processo, porque nem sempre as famílias têm uma noção clara daquilo que é o papel do Ministério Público, do Tribunal, das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens, no caso de uma intervenção nesse contexto. E quando nós ajudamos a perceber o papel dos diferentes intervenientes e porque é que eles em determinados momentos adotam determinadas posturas, isto pode ser também protetor, não só para evitar conflitos entre as famílias e as entidades decisoras mas também para evitar alguns jogos de aliança ou coligações, nos quais as famílias também se tentam envolver.

É muito fácil nós, às vezes, nos aliarmos com as famílias, contra a própria entidade decisora, contra os tribunais, contra as comissões, quando começamos a sentir que há decisões que são pouco razoáveis e pouco respeitadoras da dinâmica familiar. Tento também, na medida do possível e sempre que isso é importante, propor, quer à comissão, quer... No caso da comissão, propor reuniões de rede, que é, para além daquilo que se escreve na informação que se devolve, haver a possibilidade de reuniões com diferentes intervenientes da rede daquela família onde seja possível, eu dar a minha perspetiva, enquanto pessoa que está a trabalhar com a família, mas haver também a recolha de outras perspetivas. Sendo certo que, nessas reuniões de rede, negoceio sempre com as famílias muito claramente quais são os limites da informação que eu posso ou não partilhar, aquilo que estou a pensar dizer ou não dizer, que assuntos de todo, não sendo relevantes para o processo, eu não irei partilhar. É fundamental uma discussão muito prévia, muito aberta daquilo que pode ou não ser conversado nessas reuniões e depois é feita também uma devolução às famílias, quando elas não participam nas reuniões de rede, daquilo que é discutido. No caso dos tribunais, eu procuro também, quando o tribunal normalmente chama para as conferências de pais, ou para outros momentos de esclarecimento das situações (e mesmo quando não chama), eu próprio propor ser ouvido ou propor que, em determinados momentos, a família ou determinados elementos da família sejam ouvidos no âmbito do processo... também com esse objetivo.

8. Como gere a discrepância entre os motivos dos pedidos das agências referenciadoras e as necessidades e objetivos dos clientes?

Quando essa discrepância é muito aguda e está muito cristalizada, por vezes há processos em que é importante despende algumas sessões para discutir claramente essa discrepância. Porque é que aquilo que o tribunal, comissão ou qualquer entidade nos pede é importante para o tribunal e porque é que está a pedir e, depois refletir com a família porque é que aquilo está ou não a ser importante e porque é que têm uma visão tão diferente. E às vezes a discussão dessas visões é também importante, até para a família poder perceber, porque é que há legitimidade da entidade que pede em pedir aquilo e porque é que esse pedido acaba por ser complementar daquilo que é uma função da família e, portanto, que a família também o deve integrar nas suas próprias preocupações.

9. Na sua perspetiva e da sua experiência, que (outras) dificuldades particulares enfrentam os terapeutas no contexto da intervenção com clientes mandatados?

Ao responder a essa questão, nesta fase... talvez há uns 3 anos, esta questão remete para uma particularidade que é, também, pelo tipo de situações que me vêm sendo referenciadas, crescentemente mais complexas, no sentido em que são situações em que já houve várias intervenções em que houve insucesso, em que os problemas se cristalizaram e se agudizaram, em que há um sentido, às vezes, das entidades decisoras de que nada está a funcionar... e têm-me encaminhado aquilo, que, vamos chamar-lhe assim “situações de fim de linha”, em que já tudo falhou e portanto, uma das dificuldades que vou sentido, que acho que acontecem em todos os processos, mas nestes ainda mais visível é, uma mistura de duas coisas que é o elevado grau de complexidade nas relações, quer nos sistemas e subsistemas familiares, quer na relação do sistema familiar com outros suprassistemas.

E depois há uma gestão daquilo que é a descrença de todos, até da própria família de que é possível alcançar determinadas mudanças que são importantes face aquilo que é um conjunto de insucessos que estão acumulados. E portanto essa gestão da pouca esperança numa mudança, é um dos desafios grandes que também às vezes tenho nesses processos, particularmente aqueles que tem um tempo maior de intervenção. Até porque os tribunais e comissões, que é com quem eu mais trabalho, também tendencialmente fazem pedidos de intervenção, precisamente para os processos que eles próprios percebem como mais complexos e com maior grau de insucesso. Não tem muito uma abordagem preventiva de assumir que em muitos desses casos, uma intervenção mandatada, sistémica, num momento-chave, quando os problemas ainda não estão demasiados cristalizados, quando ainda é fácil identificar áreas de competência que podem ser amplificadas, tem muito mais sucesso do que os outros casos em que a intervenção já é muito longa e marcada por grandes insucessos. E portanto, essa gestão da complexidade e das

dificuldades dos casos e das expectativas de mudança de todos, até da própria entidade que encaminha, que já encaminha com baixa expectativa de mudança, isso é algo que é difícil de gerir.

10. Quais as principais falhas/lacunas dos terapeutas na intervenção com clientes mandatados?

Eu acho que são muitas. Para começar, é importante fazer muita formação específica neste domínio e nem sempre é feita a formação específica para este tipo de intervenção com a devida profundidade e é uma formação que deve ser permanente. Nem sempre se procura adequada supervisão deste tipo de intervenção e essa supervisão também é importante. É importante nós termos a possibilidade de discutir casos que são altamente complexos e ter essa visão externa dos casos. Nem sempre os terapeutas que intervêm com os clientes mandatados, obviamente eu não conheço a realidade toda do país, tenho de me circunscrever aos tribunais, às comissões com quem eu tenho trabalhado mais, e os tribunais e comissões vão-se socorrendo basicamente de um conjunto de profissionais que existem na área onde estão implantados, em relação aos quais têm referências e que estão disponíveis. E nem sempre as pessoas que são referenciadas e que estão disponíveis tem formação específica para este tipo de intervenção e tem sensibilidade para questões tão básicas como a necessidade de clarificar os pedidos, os limites da confidencialidade, aquilo que é a obrigação de devolver à entidade que encaminha o caso, um conjunto de informações e negociar isso com a família, de gerir aquilo que são as particularidades dessas famílias em termos de grau de motivação para a participação no processo, em termos de uma série de coisas que fui falando ao longo desta conversa e que não havendo essa experiência e formação prévia, não é fácil responder às particularidades deste tipo de intervenção.

E depois há aqui duas coisas que se confundem. Há essencialmente dois tipos de profissionais que intervêm neste contexto, que são os psicólogos forenses e há até a defesa de que esta intervenção deve ser essencialmente forense por pessoas com formação forense e, depois há os psicólogos clínicos e as pessoas especializadas na intervenção familiar, que têm uma formação essencialmente de intervenção terapêutica e nem sempre é fácil os profissionais conseguirem posicionar-se num adequado grau de intervenção, na medida em que esta, na minha perspetiva, não pode ser estritamente terapêutica, mas também não deve ser exclusivamente encarada numa perspetiva forense. É necessário criar aqui um contexto de intervenção, que também não é muito fácil de gerir se não houver aqui alguma clareza e formação prévia para o gerir. Tem que haver um domínio grande dos próprios diplomas legais que enquadram a intervenção, a lei de proteção de crianças e jovens em perigo, do regime tutelar cível, para também se perceber com é que funcionam as entidades com as quais vamos estar a articular e também perceber o nosso papel enquanto interventores com clientes involuntários e perceber de que forma esse papel pode ser conciliável com um conjunto de outras questões que estão inerentes ao nosso papel, como a

confidencialidade e uma série de outros aspetos da nossa intervenção que têm de ser adaptados a este contexto específico de intervenção.

11. Que dilemas éticos pode o terapeuta enfrentar na intervenção com estes clientes?

Um dos maiores desafios que temos com este tipo de clientes é a neutralidade. Nós, por um lado, temos de manter essa capacidade de sermos neutras na intervenção, mas não podemos nos esquecer que há um pedido de uma entidade a que temos de responder e necessariamente isso é um primeiro compromisso da nossa neutralidade, para além de outros que já temos enquanto terapeutas, que temos um *self* e os nossos valores e temos as nossas visões do mundo e o grau em que conseguimos ser neutros é sempre limitado. Mas depois há um segundo patamar de compromisso dessa neutralidade que é haver um pedido de uma entidade externa e há ainda um terceiro grau de compromisso dessa neutralidade que é, no decurso de um processo, nós podemos ficar na posse de um conjunto de informações a respeito da família, particularmente quando estamos a falar de famílias de crianças e jovens em perigo, que nós não podemos deixar de reportar às entidades que nos fazem a solicitação da intervenção. Mesmo quando o pedido que as entidades nos fazem não têm conexão direta com essa informação que entretanto é obtida. O que eu tento fazer com estas famílias é deixar-lhes claro o objetivo logo na primeira sessão, de que há informações de que poderei ser obrigado a reportar à entidade decisora, nomeadamente se existirem crimes cometidos contra crianças, ou situações de perigo graves, envolvendo essa criança e justificando também legalmente porque é que o tenho de fazer.

Por vezes nós ficamos nessa situação de ter que decidir entre salvaguardar aquilo que é a confiança que a família deposita em nós, guardando sigilo relativamente a determinada situação ou termos que partilhar essa informação porque ela é importante e relevante para determinado aspeto daquilo que nos é pedido. Penso que é um dos equilíbrios mais difíceis de gerir, em termos da condução desses projetos, no que diz respeito aos dilemas éticos. Depois, é também isso mesmo, às vezes ficamos na posse de informações sobre as histórias das pessoas e das famílias que nada têm que ver com aquilo que nos é pedido mas que simultaneamente são informações que, em relação às quais nós podemos não ter possibilidade de conseguir guardar sigilo face àquilo que é o foco da própria intervenção e, portanto, essa gestão de informação é de facto, muito sensível nestes casos.

12. Considera possível e útil criar um Protocolo de Intervenção Sistémica com Clientes Involuntários/ Mandatados?

Acho possível, acho útil. Acho que é uma necessidade neste momento porque vão existindo alguns modelos, falei há bocado, por exemplo, do MAIFI, que fez um percurso grande em termos dos Centros de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental, mas foi o modelo que ainda está presente porque inspirou muitas equipas mas que nunca foi adotado formalmente. Há depois

outras experiências, como as que estão a ser feitas por um juiz de Mafra que, de alguma forma, também se encaixam um bocadinho nessa lógica, mas penso que era muito importante e interessante que pudesse ser feito realmente aqui um protocolo para essa intervenção que clarificasse muito bem... eu recorro um bocadinho aquilo que foi o modelo que criamos no CEIFAC em 2003/4, na altura para trabalhar com as famílias da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens... esse protocolo tem sempre de clarificar muito bem aquilo que é o papel da entidade decisora, aquilo que é o papel de quem intervém, os tais limites da confidencialidade, as tais etapas do processo, como é que se faz a devolução da informação, como é que se gere as tais situações que nos colocam limites em relação aos aspetos éticos e deontológicos da intervenção e portanto, acho que isso mais do que ser possível, é uma necessidade neste momento, de haver algumas linhas orientadoras em relação a este tipo de intervenção.

13. Se tivesse de desenhar um protocolo de intervenção sistémica, que variáveis, normas ou procedimentos incluiria?

Incluiria no fundo, tudo o que já fui adiantando. Procedimentos em relação à forma como o pedido é feito pela entidade decisora, procedimentos relativos a uma primeira sessão e à clarificação dos limites da confidencialidade, procedimentos também relativos à forma como é devolvida a informação à entidade decisora e procedimentos relativos à forma como são enquadrados os pedidos da própria família que nada têm que ver com aquilo que nos é pedido pela entidade decisora. Essencialmente isto, porque são categorias latas mas depois dentro disto há um conjunto de aspetos mais específicos, como até a gravação ou não das sessões em suporte áudio ou vídeo, os limites dessa utilização, aquilo que é também um conjunto de procedimentos de como lidar com outros interventores no processo, como os advogados, por exemplo, e com os pedidos que às vezes os próprios advogados fazem às pessoas que estão a intervir no processo e portanto, acho que há todo um universo... a dimensão de como organizar os momentos de trabalho com toda a família, como lidar com um processo em que há separação, em que há uma regulação das responsabilidades parentais e como é que se se houver uma residência alternada quando estiverem a decidir os processos de intervenção, como é que se gerem os momentos específicos de intervenção com as crianças quando eles são necessários, portanto há aqui todo um conjunto de temas que têm espaço nesse eventual protocolo. Eu mentalmente, ao longo do tempo fui organizando um conjunto de procedimentos, mas obviamente não se trata de um protocolo formal, eu acho que era aqui importante uma formalização desse modelo.

14. Como avalia a prática da intervenção com clientes mandatados em Portugal (realidade, pertinência, mudanças, potencialidades, vulnerabilidades, ...)?

Eu acho que há uma grande assimetria, porque dependendo de cada comarca e de cada tribunal é sempre ligeiramente diferente, ou dependendo de cada zona onde há diferentes

Comissões de Proteção de Crianças e Jovens é diferente. Dentro dos próprios tribunais está muito dependente dos pares de juizes e procuradores e de acessibilidade com este tipo de intervenção portanto, não há propriamente também uma norma interna sobre como é que este tipo de intervenção pode ou não ser desencadeada, apesar dela ter enquadramento legal e de ficar claro que na ausência de resposta formal do estado, podem ser aqui acionados meios privados para fazer este tipo de intervenção. Acho que há a tal confusão ou a tal dualidade entre aquilo que é a intervenção terapêutica e a intervenção forense que introduz aqui também um outro patamar de falta de clareza porque há situações em que faz sentido uma intervenção estritamente forense, há outras que faz sentido uma intervenção mais próxima de uma intervenção terapêutica, mas a generalidade das situações precisam aqui de um meio-termo que tem que ser também clarificado e penso que nem sempre há essa clareza. Acho que há muitos profissionais a intervir nesta área sem formação específica e sem noção sequer do enquadramento legal com que estão a fazer esta própria intervenção, particularmente desde que houve alteração no regime do processo tutelar cível de 2015, e se tornou mais frequente e mais fácil acionar profissionais privados para auxiliar em tribunal enquanto peritos neste tipo de intervenção e depois, acho que os juizes, procuradores e comissões vão estando mais sensíveis a este tipo de intervenção, mas ainda não há uma total clareza para eles daquilo que é a forma como esta intervenção se processa e aquilo que são os limites e aquilo que este tipo de intervenção pode ou não pode fazer, as perguntas a que pode ou não pode responder e os objetivos que é ou não possível alcançar neste tipo de intervenção. Depois há o tal desafio, não sei se estarei a generalizar, mas nos sítios por onde tenho passado, eu acho que este tipo de intervenção só é solicitado nos casos onde tudo falha, nos casos de última linha, digamos assim. Não há essa dimensão mais preventiva, de utilização mais generalizada deste tipo de resposta para as situações e eu, aí, acredito que algumas destas situações podiam não se tornar tão complexas se houvesse uma intervenção mais precoce e preventiva numa fase em que ainda existem mais potencialidades nas famílias.

15. Qual a sua perspetiva sobre a formação (teórico e prática) no âmbito da intervenção com clientes mandatados em Portugal?

Há esta dualidade, intervenção forense e intervenção terapêutica, depois há determinados tipos de intervenção psicológica, que obviamente são legítimos e têm o seu espaço e a sua importância, mas estão muito circunscritos ao indivíduo e portanto, estando muito circunscritos ao indivíduo e à ideia da confidencialidade, do sigilo estrito, depois acabam por não se encaixarem muito naquilo que é necessário em termos de intervenção. Já fui respondendo de alguma forma a esta questão, acho que há aqui uma necessidade de formação mais específica nesta área.

Entrevista 2

Data: 27/05/2020 **Duração:** 50 minutos.

Dados sociodemográficos e outros

Idade: 44

Gênero: Feminino

Atividade Profissional: Docência Universitária e Psicóloga Clínica.

Formação Acadêmica (graus e cursos): Licenciatura em Psicologia, Mestrado em Psicologia Clínica e Doutorado em Psicologia Clínica.

Área de Especialização: Psicologia Clínica: Sistêmica, Saúde e Família.

Nº Total de Anos de Formação Clínica (teórica e/ou supervisão): 22 anos

Nº Total de Anos de Experiência Clínica: 22 anos

Nº de Anos de Experiência com Clientes Mandatados/ Involuntários: 8 anos.

Questões:

1. Como define clientes involuntários e mandatados?

Os clientes involuntários são aqueles que não vêm por vontade própria, ou seja, que não têm iniciativa própria de vir. Muitas vezes, não fazem a marcação ou o pedido de marcação por sua própria iniciativa, podem vir sugeridos por alguma outra entidade ou pessoa, mas não vêm, no fundo, a mando de alguém ou de uma instituição. Não são voluntários, mas não são mandatados. Os clientes mandatados são aqueles que têm uma obrigação, que é determinada normalmente por uma instituição que tem esse poder. São mandatados a fazer terapia, ou seja, são compelidos, devem fazer terapia. Eu recebo esses casos sobretudo de duas instituições: do tribunal e das CPCJ's. Ou seja, não são referenciados, faz parte de um acordo, normalmente de um processo, terem que fazer terapia por algum motivo muito específico. Os involuntários podem não ter iniciativa de vir e pode ser sugerido, por exemplo, aos pais que o filho tenha consulta e é um cliente involuntário porque não quer vir à consulta, mas não é mandatado.

2. Para si, e da sua experiência, o que difere entre uma intervenção num contexto de clientes involuntários/mandatados e uma no âmbito de clientes voluntários (disponibilidades, relação terapêutica, aliança, dificuldade do processo, sucesso terapêutico, drop out,...)?

Do meu ponto de vista há três coisas que diferem, tem a ver sobretudo com a forma como a terapia se inicia, quem é o nosso cliente e depois, num terceiro nível que é, qual é que é o objetivo da própria intervenção. A forma como a terapia se inicia é uma questão muito relevante porque o facto da pessoa ser voluntária num processo terapêutico facilita o estabelecimento da relação, facilita a identificação daquilo que são os problemas, facilita a própria acoplagem no sentido

terapeuta e cliente poderem co-construir objetivos conjuntos... e do ponto de vista das questões éticas também é muito mais fácil, no sentido que é mais claro a sua gestão.

Nos clientes mandatados, o início da terapia é mais complexo porque é importante esclarecer o contexto da terapia, que o terapeuta não é um juiz, que é alguém que está ali com um objetivo de colaborar com o paciente ou cliente, no sentido de atingir um bem-estar específico que é solicitado por qualquer agência. Ou seja, o pedido não é do próprio, a negociação do pedido é muito mais difícil e o chegarmos a acordo sobre o pedido também é mais difícil, porque por exemplo, o tribunal pode ter um pedido, o cliente outro e a conjugação destes dois pedidos pode ser mais complicada. Também é mais difícil o estabelecimento da relação terapêutica porque tem que se clarificar papéis é que nós vamos ocupar num sistema todo que intervém com o paciente ou com a família, com os nossos clientes. No fundo, essa clarificação pode não ser sempre muito fácil, porquê? Porque nós temos também que clarificar com o paciente que, no fundo, ele é o nosso paciente/ cliente mas que nós temos outro paciente/cliente que é a instituição que mandata. E depois, do ponto de vista do objetivo da própria intervenção, pode ser um objetivo mais de avaliação ou de intervenção e esta conciliação daquilo que é o objetivo do cliente e daquilo que é o objetivo da instituição que mandata... esta conjugação pode não ser fácil.

Do ponto de vista das questões éticas, também se levantam aqui questões que tem a ver com a extensão da confidencialidade e a forma como essa confidencialidade tem que ser gerida, muito cuidadosamente, porque tudo o que se refira àquilo que é o pedido, por exemplo, que a agência externa nos faz, face àquela situação e uma vez que o cliente consente em fazer essa terapia, todas as informações relevantes sobre esse pedido vão ter que constar para, no fundo, a agência que nos envia o pedido. E isso levanta questões à confidencialidade que são questões que interferem em todo o processo, ou seja, a natureza da informação que pode surgir nestes processos pode estar condicionada pelo facto da confidencialidade ter que ser gerida num contexto mais alargado. As informações também... há quebra da confidencialidade que, nestes casos, também são muito frequentes, porque pode haver crianças em risco, pode haver situações em que nós, de facto, temos que quebrar as regras da confidencialidade, também perturbam, novamente, a parte inicial da terapia, que tem a ver com o estabelecimento da relação terapêutica. Ou seja, são estes três níveis que são mais difíceis.

Não considero que no decorrer do processo terapêutico, quando a relação já está estabelecida e quando os objetivos foram acordados... não considero que a intervenção seja muito diferente. Considero que o início é muito diferente, é mais difícil estabelecer uma relação colaborativa, é mais difícil termos objetivos colaborativos e de facto, co-construídos, ou seja, nos quais os próprios pacientes também se identificam e isto é fundamental, não faz sentido fazer uma intervenção com clientes mandatados sem que os objetivos sejam objetivos nos quais os próprios se reveem. Mas depois existe um metasistema, que nos engloba a todos, que normalmente é um sistema de justiça, ou de promoção e proteção que limita o prosseguimento destas fases, por isso

há muitas diferenças. Para mim, só não há diferenças tão grandes naquilo a que nós chamamos o processo de intervenção em si, quando a relação já está estabelecida. Até isso acontecer, pode demorar muito tempo.

3. Que estratégias e/ou instrumentos procura utilizar/utiliza na intervenção com clientes involuntários ou mandatados?

Procuro utilizar estratégias o mais colaborativas possíveis, ou seja, a tentação com clientes involuntários ou mandatados, até poderia ser, ter uma atitude mais impositiva, uma vez que o terapeuta está legitimado, por um sistema superior, hierarquicamente superior, a fazer aquela intervenção, no entanto, aquilo que é a nossa experiência e que a literatura, que eu acho que reforça essa ideia, é que não é por aí que nós devemos ir. As estratégias que nós temos que utilizar ou que devemos utilizar são estratégias o mais colaborativas possíveis, por isso não utilizo propriamente a estratégia a, b, c ou d de uma forma específica com estas pessoas, utilizo na base uma abordagem colaborativa, que utilizo com todas as pessoas com quem trabalho, na generalidade. E, depois com estes pacientes tento utilizar estratégias nas quais eles sejam eles próprios, mais chamados a intervir, a dar a sua opinião, a poder construir alguma coisa connosco. Podemos utilizar mapas de rede, genogramas, ecomapas, até para eles poderem perceber qual é que é a realidade em que se encontram, mas também podemos utilizar estratégias ou técnicas, ou até abordagens de outros modelos, da terapia focada nas emoções, nas abordagens narrativas... Não utilizo propriamente estratégias... o que não utilizo certamente são estratégias psicoeducativas. Eu baseio-me muito, do ponto de vista com clientes mandatados, a minha experiência fundamental tem a ver com a intervenção a pedido do Tribunal de Família e Menores em situações de incumprimentos das responsabilidades parentais, o litígio grave, o conflito grave entre os pais e aí, estamos inclusivamente a desenvolver uma abordagem específica para esse tipo de casos e, do ponto de vista da terapia, eu baseio-me muito nos pressupostos das terapias do divórcio, sobretudo aquilo que têm sido os trabalhos desenvolvidos pelo Jay Haley.

4. Que postura deve um terapeuta adotar na primeira sessão com o cliente ou família?

Acho que a postura que facilita a relação é uma postura... primeiro, tentar ao máximo, compreender aquilo que é a realidade das pessoas que estão connosco, ou seja, ouvi-las e ouvi-las de uma forma verdadeiramente empática e atenta, tentando aceder àquilo que é a realidade que elas trazem, àquilo que elas vivenciam, àquilo que elas experienciam, àquilo que elas sentem. Ou seja, tentar ao máximo entrar na visão que as pessoas têm daquilo que é o problema, seja com quem for. Acho que isto é extremamente importante, que as pessoas sintam, independentemente da situação e do papel que ocupam na situação, porque há pessoas que ocupam, nos processos de intervenções mandatados, papéis ou posições mais confortáveis do que outras pessoas, e é muito importante que o terapeuta consiga, com cada uma das pessoas, construir uma relação em que

aquela pessoa sente que está a ser ouvida e que está a ser compreendida e que aquilo que são os seus pontos de vista e as suas experiências estão efetivamente a ser consideradas pelo terapeuta. Ou seja, eu acho que é muito importante que o terapeuta ganhe uma visão sobre aquilo que é a realidade das pessoas com as quais nós estamos a conversar. Mesmo que essas pessoas tenham pontos de vista e realidades completamente opostas. Independentemente da visão de cada um, o entender essa visão é extremamente importante.

Acho que o terapeuta deve ter uma postura de não julgamento, de não preconceito e deve, de facto, posicionar-se o mais possível à descoberta daquilo que é a experiência de cada pessoa naquela situação e o seu próprio ponto de vista. Acho que deve clarificar, logo na primeira sessão a posição em que ele próprio se encontra e esclarecer todas as questões que são inerentes a essa posição, apresentar o *setting* de uma forma muito clara, para que o *setting* seja confortável e não um problema.

Outra questão que para mim é particularmente importante é que eu raramente leio os processos antes de ouvir as pessoas. Leio o pedido, a identificação das pessoas, mas não leio as peças processuais porque tenho a experiência de que quando o fiz, logo de início, isso acabou por enviesar muito a minha perspetiva sobre o que depois as pessoas diziam na sessão. Então, como postura inicial, esclareço isto às pessoas, não leio as peças processuais e tento que sejam as pessoas a contar-me aquilo que elas acham que é importante contar. Para além disto, aquilo que também tento fazer é que comecemos a criar aqui algumas estratégias de articulação e comunicação entre os próprios terapeutas e os clientes, que permitam ir introduzindo outras perspetivas sobre as quais, as pessoas nunca tinham pensado. Nas primeiras sessões acho que o fundamental é tentar começar a estabelecer uma relação, sobretudo uma relação de compreensão, empática e de confiança. Claro que é completamente ilusório achar que num processo deste tipo, uma relação de confiança se estabelece nos *timings* que são os *timings* normais de uma relação terapêutica. Acho que demora muito mais tempo e tem muito mais desafios.

Basicamente, eu acho que os primeiros momentos da intervenção, sobretudo as primeiras sessões são as mais importantes porque vão determinar se nós conseguimos, ou não, construir um sistema novo onde nos sentimos todos minimamente confortáveis, ouvidos e considerados. Há situações em que isso acontece, em que é possível, há outras situações em que não é possível. Quando não é possível, ou porque o cliente não se sente confortável, não se sente seguro, não acredita na própria intervenção... isto acontece por exemplo quando os clientes já passaram por muitos serviços e nós somos só mais um serviço, ou quando o próprio cliente... porque nós não vemos as famílias logo no início juntas, normalmente quando há dificuldades a este nível, vemos primeiro os pais, separadamente, durante algumas vezes e depois só chamamos os filhos se, de facto, sentirmos que é importante. Tentamos ajudar os pais a intervir com os filhos e quando é preciso, para questões de avaliação, também chamamos os filhos, mas tentamos que o trabalho seja feito, fundamentalmente, com os pais.

5. Ao longo da sua prática profissional, em que teorias, modelos ou abordagens se apoia para intervir com estes utentes?

Claro que a formação de base em terapia familiar é muito importante, porque tem modelos que nos ajudam a fazer o trabalho mais básico que nós fazemos com qualquer família, o modelo estrutural, o modelo estratégico, o modelo transgeracional, as abordagens mais contemporâneas, mas de facto, as intervenções com clientes mandatados, sobretudo se forem em contextos de divórcio conflituoso, exigem que sejam trabalhadas dimensões muito específicas. Por isso aquilo que eu tenho feito é, ler, estudar e desenvolver, inclusivamente, uma metodologia específica a partir dessas leituras sobre as intervenções terapêuticas em contexto de divórcio, aquilo que se chama “a terapia do divórcio” e intervir de uma forma fundamentada e pensada com estas pessoas. E há vários autores, E. Morin, o Jay Haley, E. Hetherington, há muitos autores nos quais eu me baseio para desenvolver o meu trabalho, o Valentín Escudero...

6. E, em particular, para evitar movimentos de *drop out* por parte dos utentes?

Eu confesso que não tenho muitos *drop outs*, porque como eles são mandatados, o *drop out* não acontece muito. Eu até tenho muito poucos clientes involuntários, eu trabalho muito pouco com pessoas involuntárias, trabalho mais com mandatados. Os involuntários podem dizer “eu afinal não quero”, mas também tenho que lhe confessar que daquilo que é a margem de pessoas com quem eu trabalho, que não são mandatadas, a taxa de *drop out* é muito baixa. Nos casos mandatados, a taxa de *drop out* também é muito baixa, porque as pessoas têm que frequentar a terapia. Ou seja, durante um tempo está negociado que as pessoas têm que frequentar a terapia. O problema para mim, nos clientes mandatados não é o *drop out*, o problema é a não adesão. O problema não é eles faltarem... faltarem também faltam... os clientes mandatados simplesmente não desaparecem, pelo menos essa não é a experiência que eu tenho. O que é que eles fazem? Desmarcam, tentam adiar as sessões ou simplesmente estão nas sessões e têm momentos em que aderem e colaboram e estão envolvidos no processo e têm outros momentos onde isso é mais difícil, onde se observa mais dificuldades em sair, às vezes, de uma perspetiva muito rígida sobre os problemas, em disponibilizarem-se para olhar para a realidade que os afeta, de uma forma alternativa, inclusivamente, em confiarem naquilo que é o processo que o próprio terapeuta está a tentar desenvolver, o tipo de questões que introduz, o tipo de áreas que acha que é importante trabalhar, ou seja, não tenho uma experiência de *drop outs* com os clientes mandatados, eu tenho uma experiência de dificuldades de adesão, que pode depois refletir-se noutra tipo de coisas, como desmarcações, alterações de datas de consultas, chegarem atrasados, terem dificuldade em envolver-se naquilo que é o trabalho desenvolvido na sessão.

Na parte que falou sobre as dificuldades de adesão, será talvez mais no início do processo? Talvez, por exemplo, adiar uma primeira consulta?

Não, porque a primeira consulta é marcada pelo tribunal, ou seja as notificações e as marcações das consultas nós marcamos... Eu tento com eles, e no nosso serviço, nós trabalhamos no serviço que é o Gabinete de Intervenção Sistémica (GIS), que é o Instituto Superior Miguel Torga, tentamos fazer uma marcação mais colaborativa, que é, marcamos em função da disponibilidade das pessoas e marcamos diretamente com as pessoas. Mas isto é depois de recebermos as pessoas. Logo a primeira consulta até aquela que é o tribunal que marca. E quando é o tribunal que marca, são muito raras as pessoas que não comparecem.

Depois, quando o processo passa a ser mais gerido entre os próprios pacientes e o serviço, é que há mais desmarcações ou atrasos, mas mesmo assim, nós temos como obrigação, porque o tribunal exige, que sempre que há uma consulta... Imagine, eu marco a consulta com a própria família, mas depois nós temos que informar o tribunal que fizemos aquela marcação. E muitas vezes o tribunal faz questão de fazer uma notificação e uma notificação pode ser, é uma ação por via judicial. Por isso, eu não tenho propriamente a experiência do adiamento consecutivo. Aquilo que eles fazem é, muitas vezes vão, chegam atrasados, porque não estão motivados, porque muitas vezes não reconhecem a pertinência da intervenção... há outros casos que não é assim, mas também há casos destes. E a não adesão não tem a ver com faltas, tem a ver com o estar, mas ter momentos em que, de facto, é difícil envolverem-se no processo. Claro que isto acontece mais no início, sim é verdade.

7. Define estratégias/metodologias particulares para prevenir eventuais conflitos com as agências mandatárias?

Há algumas estratégias que para mim são básicas, que é perceber qual é que é a posição que nós vamos ocupar no sistema, quando o pedido que nos é feito não é claro, fazer um pedido de esclarecimentos sobre esse pedido, ou seja, ter uma comunicação mais clara possível, definir os papéis que nós ocupamos também de forma mais clara possível, e a verdade é que não temos tido grande experiência negativa, no sentido da articulação com as agências.

Nós trabalhamos sobretudo com o Tribunal de Família e Menores e com a CPCJ. Com a CPCJ a articulação é mais direta, normalmente com o gestor de caso ou técnico responsável pelo caso que, inclusivamente é quem nos encaminha. Com o tribunal há sempre um ofício em que vem um pedido de intervenção ou de avaliação, quando essa intervenção não é clara, nós fazemos um pedido de clarificação. Tentamos comunicar de forma direta com as pessoas responsáveis pelo processo, inclusivamente já participei, algumas vezes, em reuniões com a rede que está a intervir na situação e também com o juiz ou com o promotor que está a acompanhar a situação. Isto já aconteceu várias vezes, por isso a minha articulação com os tribunais tem sido positiva.

O grande problema tem a ver com o tipo de linguagem que cada um dos sistemas utiliza. Nós utilizamos uma linguagem mais psicológica, mais emocional, mas próxima da linguagem dos pacientes e os contextos judiciais utilizam uma linguagem muito jurídica, que tende a ser muito

objetiva, o que está muito longe da realidade das pessoas, porque as pessoas têm uma realidade subjetiva muito própria e essa articulação de linguagens às vezes é difícil. Até porque o sistema judicial tem uma linguagem que, às vezes, é distante... não trata as crianças pelo nome, mas por “menor”, não trata os pais por “pais”, ou por “pai” ou por “mãe”, mas por “progenitores”, o que é qualquer coisa que às vezes dificulta um bocadinho a possibilidade de nós falarmos a mesma língua. Mas eu acho que se vai conseguindo e a experiência que tenho, é que cada vez mais os tribunais solicitam a intervenção, provavelmente porque também veem mais-valias nessa intervenção.

8. Como gere a discrepância entre os motivos dos pedidos das agências referenciadoras e as necessidades e objetivos dos clientes?

Esse é um dos grandes problemas com que nós nos confrontamos. Quando o pedido da agência não é claro, nós tentamos esclarecer. Por exemplo, eu já recebi pedidos onde dizia para fazer terapia do divórcio num contexto onde não era ajustado, Já recebi pedidos que envolviam menores e que envolviam crianças, em que também havia a necessidade de intervir com crianças, onde o que era pedido era terapia de casal. Por isso... outras situações em que o pedido é uma coisa dúbia. Quando é com a agência em si, nós enviamos uma informação a tentar... nós não precisamos tanto do termo técnico, nós precisamos é que o tribunal diga o que é que pretende. Por exemplo se é melhorar a relação dos pais, se é permitir que eles comuniquem, se é permitir que a criança possa alternar de uma casa para a outra, de uma forma mais pacífica, se é que os pais cheguem a acordo sobre algumas questões dos filhos, pronto, tentamos esclarecer o pedido.

Aquilo que acontece é que o tribunal normalmente tem um pedido que engloba toda a gente, ou seja, que por norma tenta englobar a participação das pessoas, que por exemplo têm responsabilidades com as crianças e nem sempre as pessoas, em si, querem isso. Ou seja, o que pode acontecer é que, por exemplo, o tribunal quer que nós trabalhemos no sentido em que a comunicação entre os pais funcione de uma forma mais ajustada, para que a criança possa transitar de casa sem que haja conflito, mas depois, por exemplo, os pais não querem que a criança ande de uma casa para a outra. Ou seja um quer ficar com a guarda total e outro também. O que nós tentamos fazer quando os pedidos são discrepantes? Tentamos perceber se é possível negociar um pedido conjunto e se é possível, dentro desse pedido conjunto, enquadrá-lo naquilo que é o pedido do tribunal. Podemos não conseguir o pedido ideal, que pode ser que os pais comuniquem muito bem, mas podemos conseguir negociar que eles comuniquem só sobre aquilo que são as grandes regras relativamente aos filhos.

Utilizamos as estratégias que utilizamos frequentemente para fazer a redefinição do pedido, negociar objetivos, ajudar as pessoas a perceberem se pode haver objetivos diferentes daqueles que elas tinham pensado, mas que possam na mesma ser interessantes, se é útil para a pessoa desenvolver outras estratégias que não aquelas que a pessoa tinha pensado. Por exemplo, imagine

que o tribunal pede que, de facto, se possa trabalhar a comunicação entre os pais para que os miúdos possam estar alternadamente com um e com outro. Isto significa que o tribunal já decidiu que os miúdos vão estar alternadamente com um e com outro. Se tivermos um dos pais que nos vem pedir ajuda porque quer conseguir que os filhos não vão ao outro pai, isto não vai ser possível, porque nós não vamos trabalhar nunca sobre esse tipo de coisas. E também não trabalhamos sobre questões que impliquem decisões, ou seja, o que é que nós fazemos? Normalmente tentamos trabalhar competências transversais e competências básicas de articulação. Quando há muito conflito, fazemos aquilo a que nós chamamos “um trabalho nas questões mínimas”, muitas vezes, quando há elevado conflito, nunca chegamos a juntar os pais numa sessão, mas trabalhamos sempre colaborativamente com um e com outro.

9. Na sua perspetiva e da sua experiência, que (outras) dificuldades particulares enfrentam os terapeutas no contexto da intervenção com clientes mandatados?

Há outras questões que os terapeutas enfrentam, que tem a ver com questões específicas, que podem surgir com as situações que nos aparecem. Podem ser situações emocionalmente difíceis de gerir para o próprio terapeuta, que podem ter a ver com situações que até configuram algum tipo de crime e que sejam graves, de violência, de abuso, etc. Acho que pode haver questões relacionadas com este tipo de dificuldades...

Pode haver questões relacionadas também com alguma agressividade, que surgem no contexto terapêutico, muitas vezes, por todo o contexto de *stress* em que estas pessoas vêm procurar ajuda. E que pode fazer com que surjam na sessão, situações em que as pessoas com quem nós trabalhamos possam ser desadequadas, agressivas connosco, possam, no fundo, projetar no terapeuta algumas coisas que às vezes, para nós são difíceis de gerir, como por exemplo, fazerem afirmações do género “que os psicólogos são todos iguais” ou “andamos aqui de serviço em serviço e vocês não fazem nada” ou culpabilizar muito os profissionais por aquilo que não funciona, acho que isso é difícil.

No meu ponto de vista, as questões mais difíceis têm a ver com o estabelecimento da relação e com o sair do quadro de avaliador, de juiz, de alguém que vai dar um parecer. Sair desse quadro é muito importante porque nos coloca numa postura em que nós não julgamos as pessoas e eu acho que isso facilita a relação. Mas sair dessa postura é difícil, porque, às vezes, as pessoas fazem coisas que, do ponto de vista daquilo que nós somos também como pessoas, nós também achamos que são questões graves ou inaceitáveis. E se nós nos colocarmos nessa postura do “senso comum”, isto torna-se um problema. Ou seja, profissionais que não tenham um bom desenvolvimento pessoal e que não tenham uma boa formação, teórica e prática, para intervir com estas famílias, podem ver-se armadilhados por práticas muito baseadas no senso comum e no julgamento fácil, que é, por exemplo “este é o agressor, esta é a vítima”. E isso dificulta muito a

intervenção, porque o sistema é muito mais complexo do que isso. Depois, quando nós vamos compreender melhor a realidade, percebemos que, de facto, muitas vezes aquilo que é aparentemente o agressor, ele próprio também é a vítima e que o processo é muito mais complexo do que parece. Por isso, as questões do papel que nós ocupamos são difíceis, as questões dos nossos próprios preconceitos e pontos de partida, também são difíceis e acho que uma das questões que também surge, muitas vezes, pelo menos naquilo que é o contexto de supervisão que eu vou fazendo, é a falta de formação dos profissionais para intervir com estes casos. Porque se nós não temos ferramentas, depois é muito difícil. E depois há muitas pessoas a dizerem que os clientes são resistentes, que não aderem. De facto, a adesão tem de ser co-construída. Eles não vão aderir se não fizer sentido, por isso é que é tão difícil.

Depois acho que as questões éticas, embora não sejam um problema, são questões que surgem. A informação à qual nós temos acesso e para onde é que essa informação e como é que ela chega depois às agências que nos pedem essa informação... Nós temos como prática... as pessoas sabem que são gravadas, aliás, têm de assinar um consentimento por escrito, isso está tudo mais que clarificado... mas nós fazemos questão de ler os relatórios às pessoas antes de os mandarmos ao tribunal, para que as pessoas tenham conhecimento daquilo que vai ser dito. Embora elas também possam ter acesso aos relatórios quando eles chegam ao tribunal, mas achamos que é importante que as pessoas antes saibam qual é a informação sobre elas próprias que vai chegar. Também acho que, às vezes, surgem problemas complicados que tem a ver com o envolvimento das crianças e com a forma como os profissionais podem ou não considerar que as crianças estão em risco e como é que isso pode ser gerido, não sendo demasiado paternalista ou tentando fazer com que a nossa intervenção seja mais protetora e mais competente do que as outras, mas ao mesmo tempo também não sendo negligentes, no sentido de não identificar ou pontuarmos situações que possam ser críticas.

10. Quais as principais falhas/lacunas dos terapeutas na intervenção com clientes mandatados?

Eu acho que há duas falhas fundamentais, uma delas é a falta de formação na área, mas estamos todos a aprender, estamos todos a desenvolver competências... e outra das questões tem a ver com questões pessoais do próprio terapeuta, que acho que tem que trabalhar muito essas questões, numa lógica do seu desenvolvimento pessoal. Acho que para trabalhar com este tipo de situações, os terapeutas devem ter uma grande tranquilidade terapêutica e devem ter um bom desenvolvimento pessoal e isto raramente acontece. Para não entrarem muito na lógica do certo e do errado, da verdade e da mentira, do juiz que avalia, do bom e do mau polícia, do advogado bom e mau e para isso é preciso ter uma noção da complexidade da situação que implica conhecimentos, mas que implica também postura amadurecida e refletida sobre estas situações. E também acho que é muito importante trabalhar em equipa, trabalhar em co-terapia. Co-terapia,

peças atrás do espelho, outros colegas... acho que é extremamente importante... supervisão de casos.

11. Que dilemas éticos pode o terapeuta enfrentar na intervenção com estes clientes?

Eu acho que os dilemas éticos têm a ver com as pessoas envolvidas, que podem não estar em condições de se protegerem de situações nefastas, violentas, vulnerabilizantes e que o terapeuta pode ter essa percepção e fica um bocadinho preso naquilo que é o seu papel como terapeuta, de potenciador de recursos, mas ao mesmo tempo, também tem que ter uma função protetora. E isto é muito importante, sobretudo quando falamos de situações de violência quando se envolvem crianças. Adultos também, mas sobretudo crianças. Acho que se podem levantar muitas questões éticas.

Também acho que as questões éticas que se levantam têm a ver com a confidencialidade. Acho que nós temos de ter muito cuidado no tipo de acesso que temos à informação da vida das pessoas e estar suficientemente libertos para trabalhar da forma que achamos que devemos trabalhar, mas temos de ter cuidado com a informação que utilizamos depois, por exemplo, quando fazemos um relatório. Temos de ter muito cuidado, eticamente termos sempre muito respeito pela vida das pessoas e muito cuidado naquilo que são as informações que vamos transmitir, no sentido de elas estarem contextualizadas e fundamentadas e não andamos, entre aspas, a bisbilhotar, ou a procurar coisas da vida das pessoas que não são relevantes para o processo.

Também acho, que do ponto de vista ético, a troca de informação com outros colegas é uma coisa que tem de ser ponderada de forma muito cuidadosa e o terapeuta tem que ter uma atitude de preservar muitíssimo a privacidade destas pessoas. Por exemplo, há situações em que as pessoas vão falar na televisão sobre casos complicados, que levantam muitas questões éticas sobre a forma como a informação é partilhada, sobre a forma como a família está a ser exposta, independentemente da família ser uma família de risco, vulnerável e até negligente. Temos de ter cuidado para não expor demasiado informação da vida das pessoas, para não entrarmos em áreas da vida das pessoas que devem ser áreas privadas e respeitadas, para lhes garantirmos, do ponto de vista ético, que elas são recebidas num espaço que tem dignidade, conforto, confiança, que tem privacidade. Mas acho que as questões éticas mais relevantes são estas, da confidencialidade e outras que têm a ver com pessoas mais vulneráveis, dentro desta situação toda à qual nós temos acesso. E outra das questões éticas que se pode colocar tem a ver com a relação com outras agências ou serviços e o tipo de articulação e informação que pode ser dada. Uma conversa de telefone um bocadinho informal sobre questões sobre estes casos, que parecem um bocadinho como coscuvilhice, está errada. Fazer juízos de valor também está errado. Dizer que se pensa que ou que se soube que, por interposta pessoa, também não deve ser feito, porque isso depois tudo

contamina uma visão já muito enviesada, que muitas vezes estas famílias acabam por ter ao olhar dos outros. Isto é eticamente reprovável e é complicado.

Outra questão ética relevante tem a ver com o próprio terapeuta. O terapeuta também deve avaliar se tem condições para intervir com estes casos, quer pessoais, quer profissionais e de formação. Por exemplo, pessoas que tenham na sua própria vida pessoal vivenciado situações de violência ou situações complexas que não estejam resolvidas, ou mesmo que estejam resolvidas, mas que a pessoa tenha ganho um posicionamento muito específico... é muito importante trabalhar sobre isso. Porque se não, esse posicionamento depois pode interferir naquilo que é a condução que a pessoa está a fazer daquele processo. E apesar de tudo, existe uma assimetria de poder entre pacientes e terapeutas. Somos nós que fazemos as perguntas, somos nós que conduzimos o processo, é preciso ter cuidado.

12. Considera possível e útil criar um Protocolo de Intervenção Sistémica com Clientes Involuntários/ Mandatados?

Considero. Nós por exemplo, eu e um conjunto de colegas estamos a desenvolver um modelo de intervenção, mas é apenas e só, em situações de conflitualidade parental elevada. Mas considero que é importante. Não um protocolo rígido, porque cada caso é um caso, mas um protocolo que permita ter linhas orientadoras daquilo que está cientificamente comprovado que pode ser útil.

13. Se tivesse de desenhar um protocolo de intervenção sistémica, que variáveis, normas ou procedimentos incluiria?

É uma pergunta muito complexa. Acho que incluiria questões para o início do processo, algumas orientações para o início do processo, acho que incluiria questões que permitissem identificar os casos que devem ser encaminhados para intervenção, colocaria questões sobre o próprio profissional, sobre que formação e que treino o profissional deve ter... acho que incluiria várias variáveis, as variáveis mais de fundamentação da intervenção em si, fundamentação mais geral, variáveis mais práticas sobre como desenvolver a intervenção, metodologia, sessões, etc. E depois algumas variáveis sobre a formação do terapeuta.

14. Como avalia a prática da intervenção com clientes mandatados em Portugal (realidade, pertinência, mudanças, potencialidades, vulnerabilidades, ...)?

Não sei, não tenho conhecimentos objetivos sobre isso e também acho que não é muito ajustado eu estar-me a pronunciar, sobretudo num trabalho que se pretende que seja um trabalho académico, de forma baseada no senso comum. Por isso, aquilo que eu diria é que, o conhecimento que eu tenho das práticas nas quais eu me envolvo e que tentamos que sejam práticas informadas, sérias e refletidas e com supervisão, com relatórios detalhados dos casos, com preparação das

sessões... sobre os outros serviços tenho uma opinião pessoal mas acho que isso não é o que é relevante. Acho que não faz sentido eu estar a pronunciar-me, de uma forma geral, porque, de facto, eu também não conheço... sei que há vários serviços que intervêm nestas áreas, a própria rede social intervêm, intervêm as CPCJ's, em Coimbra o CEIFAC, os CAFAP'S... A ideia que eu tenho é genericamente uma ideia positiva, mas não tenho dados concretos que me permitam avaliar essas práticas. Eu acho que essa prática existe e que tem vindo a aumentar, agora avaliar a qualidade dessa prática, eu não me sinto em posição de fazer isso. Faz-me imenso sentido que exista, acho que deve haver *guidelines*, não acho que deva haver protocolos rígidos, mas acho que deve haver *guidelines* que devem ser desenvolvidas por profissionais que, de facto, tenham experiência clínica, mas que depois tenham conhecimentos, que são conhecimentos mais teóricos e que se articulem com vários serviços, porque esta intervenção não é uma intervenção da psicologia, é uma intervenção que cruza aqui muitas interfaces, a justiça, a área social, a área académica, ou seja, há muita gente que tem de contribuir para esse tipo de leitura.

15. Qual a sua perspetiva sobre a formação (teórico e prática) no âmbito da intervenção com clientes mandatados em Portugal?

Na área da psicologia e em particular do trabalho com famílias, acho que não. Do resto, não sei. Ou seja, acho que há pouca formação e acho que a informação a ser desenvolvida deve ser, de facto, baseada em evidências que possam suportar as práticas, mas acho que há pouca formação...

Entrevista 3

Data: 14/05/2020 **Duração:** 35 minutos.

Dados sociodemográficos e outros

Idade: 43

Género: Feminino

Atividade Profissional: Educadora Social e Terapeuta Familiar e de Casal.

Formação Académica (graus e cursos): Licenciatura em Educação Social.

Área de Especialização: Terapia Familiar, de Casal e Intervenção Sistémica.

Nº Total de Anos de Formação Clínica (teórica e/ou supervisão): 7 anos

Nº Total de Anos de Experiência Clínica: 16 anos

Nº de Anos de Experiência com Clientes Mandatados/ Involuntários: 16 anos.

Questões:

1. Como define clientes involuntários e mandatados?

Clientes involuntários são todos aqueles que vêm encaminhados, não pela sua iniciativa, pelo seu pedido, mas porque alguém considerou que alguma coisa não estava bem. Portanto, tudo o que venha da Comissão, dos tribunais e inclusivamente, da saúde, da escola, sem que seja pedido do próprio cliente, para mim é involuntário.

2. Para si, e da sua experiência, o que difere entre uma intervenção num contexto de clientes involuntários/mandatados e uma no âmbito de clientes voluntários (disponibilidades, relação terapêutica, aliança, dificuldade do processo, sucesso terapêutico, *drop out*,...)?

Onde eu sinto mais a grande diferença é no início do processo, que tem que ver com todo o movimento que é necessário fazer para passarmos a ter um cliente voluntário. As dificuldades têm a ver com isso, com o estabelecimento da relação terapêutica inicial, dependendo dos processos. Alguns, é só inicial, outros isto acompanha todo o processo. O tempo do processo também é mais demorado, os resultados nem sempre são os esperados, na medida em que, as pessoas se não estão disponíveis para a intervenção, podem nunca estar efetivamente disponíveis para isso e podem recusar o processo e fazer uma recusa, quase que encoberta, porque os processos de tribunal e Comissões, por exemplo, acabam por... as pessoas não recusam, acham que não podem recusar, mantém-se no processo mas são as falsas colaborações. E portanto, os processos são mais demorados. Eu diria a morosidade do processo, a relação terapêutica também é mais difícil, a fase inicial do processo também... Quando depois conseguimos, de facto, fazer com que o pedido também seja da família e transformá-lo, o processo acaba por correr mais facilmente.

3. Que estratégias e/ou instrumentos procura utilizar/utiliza na intervenção com clientes involuntários ou mandatados?

Primeiro a empatia e depois usamos muito o recurso à nossa relação colaborativa, Uma intervenção colaborativa em que usamos estratégias de colocar... para já toda a informação é partilhada com os clientes e, por isso, nós não omitimos qualquer tipo de informação. Portanto, o estabelecimento de uma relação de confiança também é essencial. E confiança não só porque nós somos bonzinhos e somos uns bons terapeutas, mas porque efetivamente se o processo é da família, toda a informação produzida no processo é devolvida à família ou ao cliente, para que possa tomar decisões que sejam informadas.

Uma estratégia que também temos, que tem a ver com o seguimento disto, é as decisões são sempre devolvidas ao cliente, é ele que toma as suas próprias decisões, não somos nós. O processo é dele portanto, se a coisa não correr muito bem, se não nos for partilhada informação, nós também vamos trabalhar com informação que os clientes nos partilham e, dessa forma, a responsabilidade no decorrer de todo o processo será sempre do cliente. No fundo, uma das estratégias que utilizamos é dar o poder de decisão do processo ao próprio cliente. Nós temos sempre de produzir relatórios e, a partir daí... os relatórios são também partilhados com o cliente... e quando a informação é partilhada, o cliente já está a par dela. Nós não ficamos... mesmo quando outros colegas partilham informação, ou quando temos reuniões com outras entidades, toda essa informação é partilhada com o próprio cliente. Aqui o devolver essa capacidade de decisão ou poder do controlo, por assim dizer, do que é produzido pelo próprio processo é uma das estratégias que usamos. E claro que, uma das coisas que fazemos sempre é que isto seja sempre um trabalho em equipa e, por isso, convidamos os clientes a trabalhar na mesma equipa e não em equipas contrárias. Quanto mais tempo demorarem a passar-nos informação, quanto mais omitirem, também mais tempo o processo demora até conseguirem o resultado esperado.

Outra coisa também é transformar o pedido do encaminhador no pedido do cliente. Portanto, tentar responder aos dois, de preferência que o pedido seja comum e, na maior parte das vezes, acaba por ser. Quando se desconstrói aquilo que está na origem do encaminhamento, consegue-se chegar à conclusão que o pedido acaba por ser o mesmo e a perspetiva a mesma. Tem é que se transformar a narrativa também para ajudar, tanto o encaminhador como o cliente consigam falar a mesma linguagem. Também usamos a estratégia de criar audiências, dentro daquilo que são as redes. É importante que, quando estamos a falar de processos involuntários, especialmente na área em que trabalho, que tem a ver com a área de promoção e proteção, é importante criar redes de suporte e redes que reiterem a mudança da família. Portanto, uma das estratégias também é a criação de audiências com sessões periódicas, com a rede envolvida, de forma a que a própria rede possa reportar as coisas positivas e as mudanças que vai observando. E isto faz com que se

mude o paradigma, a visão, mudamos as lentes para que a família também tenha oportunidade de passar a ser vista, pela comunidade, à luz da mudança e dos movimentos que está a fazer.

4. Que postura deve um terapeuta adotar na primeira sessão com o cliente ou família?

A postura tem de ser colaborativa e empática. No fundo é o que lhe estava a dizer, temos de nos tentar colocar... para já, o terapeuta deve ter informação prévia de forma a ir para a sessão já com algumas hipóteses sobre o que pode estar a acontecer na perspetiva da família. Agora claramente, uma postura de ouvir, ouvir o que a família tem a dizer é super importante. Sei que há terapeutas que não concordam muito com esta posição, mas na minha experiência, na primeira sessão, privilegio o momento de ouvir a família. Eu já tenho por escrito, já ouvi o encaminhador e aquele tem que ser o momento da família. E é um momento de estabelecer a relação, até porque eu não estou ali para apontar o dedo a ninguém, nem para apontar as falhas, estou ali para descobrir as competências e as ferramentas que tenho que ativar. E isso faz-se desde a primeira sessão. Eu na primeira sessão quero ganhar aquele cliente, quero ganhar a confiança daquele cliente e, por isso a postura tem que ser de muita empatia, de tentar perceber o que é que levou à situação em que estamos, de muita escuta e uma postura colaborativa. Colaborativa não significa permissiva, não significa que não digamos aquilo que é necessário dizer e que não se coloque as regras claras, desde o primeiro momento.

Quando diz que tenta levar já algumas hipóteses para a primeira sessão, quer dizer que faz uma leitura prévia dos processos?

Normalmente, eu estudo o processo antes de ir para a sessão. Faço a leitura do processo, da informação que está disponível. Por vezes do tribunal não vem muita informação... há processos em que, se eu percebo que podem ser mais graves, peço informação antes de começar, peço mais informação ao tribunal, mas tenho o cuidado de ler o processo antes da sessão, para também tentar perceber se durante a sessão surge a necessidade de guiar, fazer algumas perguntas... tento sempre ter essa leitura antes.

5. Ao longo da sua prática profissional, em que teorias, modelos ou abordagens se apoia para intervir com estes utentes?

A minha abordagem é totalmente sistémica, portanto há uma série de leituras nas quais me revejo e tenho algumas referências de base às quais recorro regularmente como Minuchin, Ausloos, Michael White... todos os nossos tão conhecidos terapeutas sistémicos e familiares são a minha base de dados permanentes. Monica McGoldric... é essencialmente uma perspetiva sistémica aquela onde assento o meu trabalho, uma referência teórica.

6. E, em particular, para evitar movimentos de *drop out* por parte dos utentes?

No fundo a nossa abordagem e sendo uma abordagem sistémica colaborativa... confesso que tenho tido muito poucos *drop outs* ao longo da minha experiência profissional. Mas acima de tudo, não me centro numa única abordagem, mas sim naquilo que vou buscar a cada uma destas. Eu não gosto de me centrar num único modelo específico e daí me fazer sentido a sistémica, precisamente por esta liberdade de beber de vários modelos e de conseguirmos enquadrar o recurso a vários autores e a vários modelos na nossa prática e como guião para a intervenção. Se acreditarmos na competência da família e pensarmos naquilo que Ausloos nos foi ensinando, é como se o *drop out* não existisse. Porque se a família considera que resolveu o seu problema, então é porque o processo terminou e nessa perspetiva não existiria o *drop out*. Acredito que, às vezes não sejam os melhores momentos para as intervenções e, também com base nisso, muitas das vezes, tratando-se de processos involuntários, portanto são encaminhados, se a minha leitura for nesse sentido, também o devolvo à própria entidade encaminhadora, de forma a não criar um rótulo negativo daquilo que está a acontecer à família, naquele momento. Porque efetivamente, às vezes, o recurso à terapia não é o melhor recurso naquele momento e podemos estar a jogar cartas fora do baralho e ter *drop outs*. Daí eu dizer-lhe que tenho tido poucos, porque há uma avaliação prévia daquilo que está a acontecer e da disponibilidade da família para este trabalho. Há, às vezes, realmente momentos em que as pessoas não estão ainda preparadas para isto e isso é-lhes devolvido e devolvido ao encaminhador e tenta-se perceber que outro tipo de intervenção poderá fazer mais sentido naquele momento. A verdade é que não tenho tido assim tantos *drop outs* quanto isso.

7. Define estratégias/metodologias particulares para prevenir eventuais conflitos com as agências mandatárias?

Por norma, nos clientes involuntários, nos processos encaminhados, eu recebo o pedido e depois faço uma reunião com o encaminhador para esclarecer melhor o pedido que me está a fazer e é o encaminhador que me apresenta os clientes e que fala sobre o que é pedido deles e aquilo que é a resposta que eu tenho que dar. Portanto, por norma, com o tribunal isto é mais difícil, mas com as Comissões e com a escola, com a saúde, portanto, com encaminhadores que não sejam o tribunal, por norma conseguimos fazer isto. E isto é uma estratégia pensada, precisamente para já ficar claro para toda a gente e partirmos logo, deste pressuposto da clarificação da informação e da partilha de informação, que fica esclarecido logo na primeira sessão. Temos alguns cuidados, cuidados de clarificar isso, também na frente do encaminhador.

Por norma também fazemos o nosso acordo de prestação de serviços, com a família vai para além daquilo que é o acordo com o encaminhador, no sentido de... também apresentamos à família a possibilidade de ficar por um mínimo, que é pura e simplesmente nós darmos uma resposta, fazemos uma avaliação para dar resposta ao pedido que o encaminhador nos faz ou

poder responder, ir mais além, responder a algum pedido específico da família, para além daquilo que nos é feito pelo encaminhador.

8. Como gere a discrepância entre os motivos dos pedidos das agências referenciadoras e as necessidades e objetivos dos clientes?

Nós temos recursos e alguns instrumentos que criámos, que nos ajudam a fazer escalonamentos do impacto do problema da família, o que é que pode acontecer se nada for feito, portanto, escalonamos isso tudo nas primeiras sessões, para que a família também possa visualmente perceber o impacto da não mudança e o impacto da mudança e porque é que está ali. Porque é importante. A família, a maior parte das vezes não percebe porque é que chega e qual o impacto do problema, especialmente nesta área da promoção e proteção.

9. Na sua perspetiva e da sua experiência, que (outras) dificuldades particulares enfrentam os terapeutas no contexto da intervenção com clientes mandatados?

Temos a questão da confiança que é difícil de estabelecer e da informação nem sempre ser a real. Nas primeiras sessões, acho que perdemos algum tempo nisto. As primeiras sessões são sempre muito centradas até conseguirmos ter essa relação, portanto, o acesso à informação e o acesso a uma relação de confiança. Por vezes, também as informações que partilhamos não são as que a família gostaria de ouvir e isso, às vezes, não é agradável. A família não gosta quando sente que não está a ser... quando de facto não se envolve e percebe que não vai ter o resultado que desejava... porque nós, às vezes, passamos por uma situação em que as pessoas acham que nos estão a enganar e que com aquela informação, acabam por se safar do processo. O problema é que isso não é assim, não é? Porque a gente sabe que o recurso terapêutico faz com que as pessoas ao longo do processo evoluam e passem a estar de outra forma e, às vezes, esse sentimento não é muito positivo. Mas, por norma, não tenho tido assim muito mais constrangimentos do que esses realmente iniciais, do estabelecimento da relação da confiança e da partilha de informação.

10. Quais as principais falhas/lacunas dos terapeutas na intervenção com clientes mandatados?

O que eu sinto em co-terapia com pessoas que não trabalham por exemplo, na área da promoção e proteção, é algum desconhecimento da lei, a parte legal, o que nesta área é algo muito concreta e sinto, por exemplo, nalguns serviços com os quais colaboro, alguma dificuldade na articulação com o exterior. Há pouca intervenção, eu penso e sinto isto porque no meu dia-a-dia, trabalhando num CAFAP, uso muito um recurso da comunidade e sinto que em gabinete os terapeutas não usam tanto este recurso. Portanto, eu acho que falta mais treino à intervenção em rede, mais articulação com as redes formais e informais, mais recurso na informação. Os terapeutas aqui acabam por, muitas das vezes, limitarem a intervenção ao gabinete e isso não...

para mim que não trabalho assim, eu trabalho muito de forma de ativação da comunidade e portanto, em sítios onde se trabalha só em terapia, eu sinto essa falha. Os processos não têm os mesmos resultados. Eu acho que a intervenção em rede e a parte legal e da lei... acho que podem ser as falhas.

11. Que dilemas éticos pode o terapeuta enfrentar na intervenção com estes clientes?

Muitos. Para já, a sua própria identidade, a sua própria história e depois, às vezes há problemas que mexem connosco, do ponto de vista dos nossos valores. É preciso estarmos conscientes e ter alguma informação antes de partirmos para os processos. Nos clientes involuntários não é raro encontrarmos processos de maus tratos graves, de abusos sexuais, de violência que mexem connosco... Depois a própria história do terapeuta também tem impacto, obviamente, naquilo que é a sua capacidade de gerir os sentimentos que aquele processo lhe provoca. Mas é uma área que, de facto, emocionalmente mexe com os terapeutas... com a dimensão do casal, a dimensão da parentalidade, das fratrias, mexe com valores e crenças do próprio terapeuta. É preciso muito cuidado na imparcialidade que se tem que ter quando se faz uma informação sobre aquele processo, não podemos deixar que aquele que é o nosso sentimento nos molde a visão e nos retire a clareza para ser correto, porque o quadro de referência do terapeuta não é o quadro de referência daquela família. E a leitura do processo não pode ser vista à luz daquilo que é a referência do terapeuta, tem de ser à luz da referência que é a família e isso nem sempre é fácil. Há famílias que têm referências muito díspares dos terapeutas.

12. Considera possível e útil criar um Protocolo de Intervenção Sistémica com Clientes Involuntários/ Mandatados?

Já vão existindo alguns. Eu não sinto assim falta porque eu acho que cada processo é um processo. Acho que devemos estudar cada processo e criar o protocolo para cada cliente, de acordo com aquilo que sejam os motivos que levam ao encaminhamento do processo. Portanto, eu acho que ele deve ser aberto. Há cuidados que temos de ter e já existem coisas escritas, códigos deontológicos, códigos de intervenção. Nós, no CAFAP, felizmente vamos tendo guiões muito claros e que nos orientam já há muitos anos na nossa intervenção. Portanto, eu pessoalmente não sinto essa necessidade, porque eu já os tenho. Se calhar podiam ser amplamente divulgados, mas como não sou eu que os faço, têm de ficar com os autores dos mesmos... Mas nós temos guiões, obviamente, para as boas práticas na intervenção.

13. Se tivesse de desenhar um protocolo de intervenção sistémica, que variáveis, normas ou procedimentos incluiria?

Desde a receção do cliente até aos cuidados a ter numa primeira sessão, algumas dicas para o guião de entrevista de uma primeira sessão, o antes da sessão, os cuidados com o encaminhador,

os cuidados com a linguagem, todos esses protocolos que estão descritos nos protocolos de intervenção do modelo de avaliação e intervenção familiar integrada... isso já está feito. Nós trabalhamos com estes protocolos desde 2008 e são protocolos que têm guiões para a primeira entrevista, guiões para intervenção no domicílio, guiões para intervenção em rede, os cuidados a ter, que perguntas fazer, como é que deve ser a postura do terapeuta, todo o treino do terapeuta para fazer essa intervenção, para transformar os clientes involuntários em voluntários. Todos esses guiões podem ser importantes e acho que é preciso termos consciência que há um trabalho também a nível pessoal, que eu acho que é necessário os terapeutas fazerem, de desconstrução da identidade do próprio terapeuta... que é útil e que eu acho que era importante para quem quer trabalhar com clientes involuntários fazer, porque há muita coisa que surge nas sessões e nós temos de estar preparados para elas. Portanto, isso também seria um trabalho fundamental.

14. Como avalia a prática da intervenção com clientes mandatados em Portugal (realidade, pertinência, mudanças, potencialidades, vulnerabilidades, ...)?

Eu acho que ainda temos um caminho longo a percorrer e acho que ainda é preciso as pessoas colocarem-se... saírem do papel de especialista e colocarem-se numa postura empática com estes clientes. Eu sei que não é fácil, mas a postura de especialista não vai ajudar à resolução do problema e a única coisa que tem feito é que se arrastem os processos durante anos em tribunais e Comissões sem qualquer resolução dos mesmos. Portanto acho que é ainda preciso aqui muita formação aos profissionais para que possam perceber que aqueles clientes não estão assim só porque se lembraram... acordaram de manhã e vamos ser mauzinhos... não é assim. Há todo um conjunto de dinâmicas que precisa de ser trabalhada e todo um conjunto de crenças e valores que precisam de ser analisados e postos em cima da mesa para que a família decida se é isso que é importante para si, ou se é outra coisa. Portanto, acho que ainda há aí um grande caminho a fazer-se, a nível nacional.

15. Qual a sua perspetiva sobre a formação (teórico e prática) no âmbito da intervenção com clientes mandatados em Portugal?

Eu não conheço, de facto, a formação que está a ser dada, nem lhe consigo responder a isso. A minha, eu procurei-a. Portanto, eu não conheço e nem sei se existe alguma formação na área. Um *workshop* ou outro que tenha visto... Doutora Luciana, Doutora Madalena, pouco mais. Não existe assim nada muito concreto que eu saiba também.

Entrevista 4

Data: 03/06/2020 **Duração:** 55 minutos.

Dados sociodemográficos e outros

Idade: 41

Género: Feminino

Atividade Profissional: Psicóloga Clínica, Docente Universitária e Investigadora.

Formação Académica (graus e cursos): Licenciatura em Psicologia, especialização em Psicologia Dinâmica e Sistémica, Pós-graduações, Doutoramento em Psicologia Clínica (Programa Interuniversitário em Psicologia Clínica – área temática de Psicologia da Família e Intervenção Familiar das Universidades de Coimbra e Lisboa).

Área de Especialização: Terapia Familiar e Intervenção Sistémica.

Nº Total de Anos de Formação Clínica (teórica e/ou supervisão): 12 anos

Nº Total de Anos de Experiência Clínica: 16 anos

Nº de Anos de Experiência com Clientes Mandatados/ Involuntários: 16 anos.

Questões:

1. Como define clientes involuntários e mandatados?

Primeiro dizer que há, de facto, uma complexidade importante na definição de clientes involuntários. Podemos olhar para estes constructos de involuntários, voluntários, mandatados como constructos que são voláteis, ou seja, não são rígidos, não são estanques ao longo do tempo. São constructos dinâmicos e portanto os clientes vão mudando o seu papel, o seu estatuto de involuntários ou de voluntários ao longo do tempo. Diria que os clientes involuntários são uma grande categoria de clientes que estão na terapia ou na intervenção psicossocial porque houve um encaminhamento de uma entidade, de natureza formal ou informal. Portanto houve um encaminhamento, uma referência contrariamente àquilo que é um pedido de ajuda espontânea. Isto, por um lado. Por outro lado, também, para além de haver este encaminhamento, são clientes que, de um ponto de vista mais genérico, não estão propriamente muito disponíveis para a intervenção. Para além deles serem encaminhados, eles também manifestam, do ponto de vista da sua vontade, alguma falta de vontade para estar no processo terapêutico. E aqui podemos ter diferentes situações: podem achar que o processo terapêutico ou intervenção é injusta, que não faz sentido, que está tudo bem com eles e que eles não precisam de ajuda, que os outros é que estão com algum problema e por isso, os encaminharam porque eles não veem problema nenhum. Portanto, são de facto clientes, que do ponto de vista daquilo que é o seu nível de motivação para estar na intervenção e para a mudança é um nível de motivação muito baixo, ainda que, mesmo dentro dos involuntários, vamos ter diferentes gradientes, diferentes níveis nesta motivação dos clientes. Eu diria que para falarmos de clientes involuntários não basta olharmos para a questão

da referenciação, é preciso olhar para a questão da referenciação e também cumulativamente aquilo que é a vontade dos clientes em estarem no processo. Porque, por vezes, aquilo que acontece é que temos clientes que são referenciados por determinadas entidades, mas querem estar. E portanto, até que ponto é que eles aí são ou não são involuntários? Eu tendencialmente teria a dizer que, apesar da referenciação, eles são voluntários, eles querem estar, eles reconhecem que há uma necessidade de mudança e de intervenção. Eu acho que para falarmos de involuntários, nós temos de atender sempre a estas duas dimensões, da vontade do cliente/clientes para estarem no processo de intervenção e da fonte de referenciação. Portanto haver um encaminhamento e não um pedido espontâneo de ajuda.

Como eu disse, claro está, isto é tudo dinâmico e vai mudando, não é estático ao longo do tempo.

Relativamente aos mandatados, eu diria que são uma subcategoria dos involuntários, ou seja, são clientes involuntários, mas em que este encaminhamento surge por uma entidade que tem um poder de coação maior sobre os clientes. Nomeadamente os mandatados são os clientes que estão na intervenção por uma ordem judicial, houve um mandato para que essa intervenção acontecesse. Portanto, digamos que nestes casos praticamente, para além de haver uma pressão externa para a intervenção, esta pressão ainda é mais coerciva, no fundo, porque há um poder legislador ou legal para essa intervenção. Habitualmente há consequências negativas, não quer dizer que nas outras circunstâncias não aconteça, mas há com estes clientes mandatados. Se eles recusarem a intervenção podem existir consequências mais negativas para a sua vida, pelo facto de não aceitarem a intervenção.

2. Para si, e da sua experiência, o que difere entre uma intervenção num contexto de clientes involuntários/mandatados e uma no âmbito de clientes voluntários (disponibilidades, relação terapêutica, aliança, dificuldade do processo, sucesso terapêutico, drop out,...)?

Eu diria que há coisas que são diferentes, comparativamente aos voluntários, diria que há coisas que são semelhantes àquilo que acontece com os clientes voluntários. Vou começar pelo que é semelhante. Eu acho que a forma de trabalhar, portanto, a postura terapêutica colaborativa que devemos ter numa intervenção com os nossos clientes, sejam eles involuntários, sejam voluntários, é algo comum às duas formas de intervenção. Portanto, eu acho que devemos trabalhar numa postura de *not-knowing*, numa postura colaborativa, numa postura focada nas soluções, tal como eu acho que devemos trabalhar com os voluntários. Depois há algumas diferenças, há diferenças na forma como estes clientes se apresentam no início da intervenção, no início da terapia, portanto são de facto clientes que manifestam um conjunto de posturas iniciais que criam alguns desafios à intervenção dos profissionais. São habitualmente clientes que estão menos disponíveis, menos colaborantes, alguns podem até estar zangados ou ter um

comportamento mais hostil com os terapeutas e portanto, claramente, a postura inicial dos clientes, numa primeira fase da intervenção é distinta. Os voluntários chegam cheíssimos de vontade de contar qual é o seu problema, qual é a sua dificuldade, porque é que pediram ajuda, às vezes podem não saber muito bem o que é que querem ou como é que esperam estar no final da intervenção, mas de facto eles estão sedentos de falar e do contacto, são muito mais colaborantes. Os involuntários, por sua vez, no momento inicial, são de facto menos colaborantes e isto reflete-se na sua postura inicial, na sua relação inicial com os terapeutas.

Depois outro aspeto muito importante, com os clientes involuntários, tem a ver com as questões da confidencialidade. Claramente quando nós trabalhamos num contexto voluntário de ajuda, em que há um pedido espontâneo de ajuda, aquilo que são os limites da confidencialidade estão muito claros e são aqueles que regem a nossa prática clínica e aquilo que é, em termos éticos e deontológicos aceite. Há, de facto um espaço de confidencialidade, tirando determinadas exceções. Quando eu trabalho com clientes involuntários, sobretudo quando são mandatados mas não só, muitas vezes há alguns limites à confidencialidade, ou seja, eu tenho que perceber que não trabalho apenas com aqueles clientes diretos, mas que eu também tenho clientes indiretos que são a entidade, a instituição, o organismo, os técnicos que me encaminharam aquele cliente ou família. Por isso é necessário clarificar os limites a esta confidencialidade, é preciso que as pessoas com quem eu trabalho, no contexto mais terapêutico, percebam que há alguma informação que vai ser trabalhada no contexto da intervenção, isto no caso de se fazer um trabalho conjunto, que será reportada à entidade referenciadora. E isto é importante que seja muito claro, portanto, esta relação e estas trocas de informação entre as diferentes entidades aqui envolvidas, no fundo este triângulo que importa clarificar e que importa tornar claro as normas que regulam este triângulo entre o terapeuta(s) que fazem o processo terapêutico, a família ou o cliente involuntário mas também a entidade referenciadora que encaminhou aquele processo. E este é o aspeto diferente e que implica que, desde o primeiro momento com a família, com estes clientes, que eu seja clara relativamente aos contornos e ao contexto que enquadra esta intervenção.

Depois, do ponto de vista da aliança, claro que há diferenças, sobretudo numa fase inicial. Estes clientes claramente são clientes menos envolvidos, que se sentem menos seguros no espaço terapêutico e é preciso, desse ponto de vista, fazer um forte investimento no sentido de ajudar ou contribuir para que estes clientes estabeleçam uma aliança mais forte. No fundo, a nossa intervenção passa sempre por ajudar a transformar estes clientes involuntários em clientes voluntários, no fundo tentar que, aquilo que não é um objetivo ou utilidade que eles não reconhecem na intervenção... que isso possa ser diferente, fazendo-os transitar deste estatuto de involuntários para um estatuto de voluntários. Isto é sobretudo exigente, parece-me a mim, na fase inicial do processo, nas primeiras duas, três sessões do processo. E aquilo que os estudos e a investigação nos mostra é que estes clientes involuntários, apesar de se diferenciarem dos

voluntários, em termos da aliança terapêutica numa fase inicial do processo, o que sabemos é que depois, se eles permanecerem na intervenção, essas diferenças se esbatem.

3. Que estratégias e/ou instrumentos procura utilizar/utiliza na intervenção com clientes involuntários ou mandatados?

Eu acho que sobretudo, como lhe disse, é ter uma postura colaborativa, uma postura de segunda ordem, uma postura centrada nas soluções, uma postura que devolva a voz e o poder aos clientes, um poder que eles muitas vezes sentem que perderam porque outros os referenciaram para aquela intervenção. E, portanto, é ajudar estes clientes, de certo modo, a voltar a ter algum controlo sobre as suas vidas, sobre as suas decisões e sobre o facto de estarem na terapia. Muitas vezes, algo que tento fazer com eles é... ok, eles não reconhecem a utilidade do processo, o que é que era preciso acontecer para eles reconhecerem o processo como útil? Ou ainda dito de outra forma, o que é que seria preciso acontecer para que aqueles técnicos ou aquela entidade que o encaminhou para o processo terapêutico, deixasse de achar que é necessário encaminhá-los para o processo terapêutico? Quais é que são as mudanças necessárias dizer, observar, constatar para que estes técnicos, essas instituições, essas entidades deixassem de considerar relevante encaminhar aquele cliente ou família? No fundo, é dar às pessoas o poder de determinar o que é que deve acontecer para, de certo modo, serem libertas desta referenciação e deste encaminhamento.

Depois, em termos de estratégias, eu diria que é trabalhar exatamente da mesma forma como se trabalha com os voluntários, mas tendo um pouco mais atenção nesta postura colaborativa e de *not-knowing*. Técnicas particulares... alguns autores defendem a formulação da “questão-milagre” para este tipo de clientes. Eu habitualmente não utilizo, mas reconheço que, a partir dela vou construindo eu própria algumas questões que me parecem úteis a partir desta postura, desta abordagem: “O que é que seria preciso acontecer para que o juiz, ou a assistente social, ou o psicólogo, ou o psiquiatra, que os encaminhou para esta consulta... imagine que havia um milagre durante a noite e que este juiz chega à conclusão que não é necessário que venham à consulta. O que é que aconteceu na vossa família, para que o juiz chegue a essa conclusão? O que é que este juiz precisa de ver para tomar essa decisão?”. No fundo, o principal é conseguir construir um pedido para a consulta. Eles não nos chegam com um pedido, contrariamente aos voluntários que chegam com um pedido, identificam um problema e fazem um pedido. Aqui o que é muito importante, é que nesta primeira, segunda, terceira sessão, e parece-me que não pode passar muito destas três sessões, que os clientes involuntários consigam eles próprios formular um pedido de ajuda. Neste sentido de estabelecer objetivos, partilhá-los, no caso de ser uma família, partilhá-los dentro da família, e que lhes faça sentido a eles. Ou seja, nós não trabalhamos diretamente com os objetivos que são definidos pelas entidades, às vezes a entidade referenciadora não define estes objetivos, outras vezes, define, por exemplo” trabalhar a comunicação entre pai e filho”, o

que é que eles pensam sobre isso? Isto faz sentido para eles? O que é que será que isto quer dizer? Para eles há outros aspetos mais importantes do que trabalhar a comunicação? O que é que para eles são objetivos úteis para o processo? E ir fazendo este caminho...

4. Que postura deve um terapeuta adotar na primeira sessão com o cliente ou família?

Eu quando comecei a trabalhar, eu não me imaginava a ser confrontada com clientes que me diziam que não queriam lá estar, que tinham uma postura logo à partida hostil e pouco colaborante. Portanto, eu no início ficava um bocadinho assim “e agora?”. No fundo eles desproviavam-me um pouco daquilo que era o meu papel, que era ajudar e tentar estar ali e trabalhar colaborativamente com eles. E portanto, uma coisa que eu aprendi é não ficar muito espantada, nem muito zangada ou angustiada, porque eles têm estes comportamentos num contacto inicial. Eles têm estes comportamentos porque muitas vezes são famílias que já foram acompanhadas por diferentes serviços, por diferentes técnicos e entidades, já contaram a sua história variadas vezes, esta intervenção não surgiu por sua iniciativa, não surgiu por sua vontade e portanto é normal.

É também tentar colocar no papel deles. Eu provavelmente, sujeita também a uma medida deste género e estando num contexto de intervenção, provavelmente também não lá iria com muita boa vontade e com muito boa cara. E portanto é ver estas atitudes iniciais como expectáveis, como fazendo sentido dentro daquilo que é o contexto da intervenção que está ali desenhada. É ter calma, é ser paciente, é ir devagar, é não ter pressa, é não tentar convencer os clientes que é importante para eles, é não tentar convencê-los que existe um problema, é evitar tudo aquilo que são posturas confrontativas, de primeira ordem, posturas de técnico-perito e não técnico-colaborativo. Evitar sentir essa pressão e estar genuinamente com as pessoas, genuinamente interessado pela história das pessoas, dando-lhes espaço e tempo, mas assegurando aquilo que são os contornos do contexto terapêutico, aquilo que lhes permita promover alguma segurança dentro do espaço terapêutico e no, fundo, tentar que, a pouco e pouco, vamos conseguir construir algo que para eles faça sentido.

5. Ao longo da sua prática profissional, em que teorias, modelos ou abordagens se apoia para intervir com estes utentes?

Tudo o que são terapias centradas nas soluções, De Shazer, Insoo Kim Berg, são de facto autores que, no fundo desenvolveram as suas teorias não específicas para clientes involuntários, mas estas ideias, estes princípios, estes pressupostos assentam muitíssimo bem na intervenção, tanto com voluntários como involuntários, mas particularmente com voluntários, sobretudo porque têm uma postura muito pouco confrontativa, é muito colaborativa, de segunda ordem.

6. E, em particular, para evitar movimentos de *drop out* por parte dos utentes?

A questão dos *drop outs* é uma questão bastante relevante. De facto, tendencialmente... eu não tenho ainda uma conclusão muito fechada em torno da questão dos *drop outs*. Eu, por um lado acho que há mais *drop outs* em clientes involuntários, por outro lado, também acho que muitas vezes os involuntários são aqueles que, embora não querendo, permanecem na terapia precisamente porque sentem essa pressão, muito mais que os voluntários. E portanto, eu diria que há aqui resultados um pouco contraditórios e ainda não tenho uma ideia muito fechada, se há mais ou não há mais... Eu tendencialmente diria que sim, por outro lado acho que não, acho que eles faltam menos do que os outros, porque se sentem pressionados para estar. E isso até é um aspeto positivo, porque faz com que eles estejam. Nós não queremos é que eles estejam contrariados, queremos que eles estejam com vontade, colaboradores, envolvidos no processo terapêutico. O que muitas vezes acontece é que, embora eles inicialmente contrariados acabam por ir, isso acaba por ser quase uma oportunidade que é transformadora, da forma como eles vêm.

O que é que eu faço para evitar os *drop outs*? Faço o mesmo que faço com os voluntários, é estar genuinamente com as pessoas, ser autêntico, ser honesto, acreditar nas competências que elas têm, valorizá-los por aquilo que são, por aquilo que nos contam, trabalhar com aquilo que são as verdades que eles nos dizem. Por aí...

Mesmo a questão do *drop out* é muito difícil de definir o que é. O que é um *drop out*? É vou a uma primeira sessão e não apareço mais? Vão a três sessões e não aparecem mais? Isso é um *drop out* ou já não é um *drop out*?

Acho que poderá ser uma questão relacionada com o abandono (físico) do processo ou até mesmo em termos de envolvimento... porque o cliente “pode estar e não estar...”

E ainda outro aspeto, às vezes estive, deixou de estar e deixou de estar porque houve uma resolução do problema. Embora isso não tenha sido partilhado, não tenha sido negociado, esse balanço final não tenha sido feito. Nem sempre as pessoas deixam de ir porque correu mal. E é um *drop out*. A própria definição de *drop out* é complexa. Temos de saber muito bem quando falamos de *drop out*. Portanto, o meu sentir e o meu pensar vão exatamente no sentido daquilo que estava a dizer que é, se por um lado e à partida, parece que eles... que há mais *drop outs*, por outro lado, nós também sabemos que o facto de eles estarem obrigados a estar lá faz com que eles não falem e que vão mais. E muitas vezes isso são quase oportunidades únicas para nos ajudar a transformar o seu estatuto de involuntário em voluntário, contrariamente aos voluntários que não sentem essa pressão, que não vão tanto e, portanto, de um dia para o outro não vão mais.

7. Define estratégias/metodologias particulares para prevenir eventuais conflitos com as agências mandatárias?

Sim, é importante que as regras da comunicação, das trocas de informação, dos contactos com as entidades que encaminham ou referenciam estes clientes estejam claras. Claramente no processo terapêutico não é suposto que toda a informação que é partilhada, por exemplo os vídeos, todos os relatórios de sessão, tudo aquilo que é informação que surge no contexto de um processo terapêutico... não é suposto, nem deve ser partilhada na íntegra com a entidade referenciadora. Portanto, algo que é importante é a entidade referenciadora saber (e que sabe) ... nos sítios onde eu trabalho há, de facto, um acordo, às vezes mais explícito, outras vezes mais implícito, há alguma informação relevante que é partilhada, há outra informação também muito relevante que não é partilhada porque é do foro do contexto terapêutico. Basicamente, aquilo que é partilhado tem a ver com a assiduidade dos clientes, se vão ou não vão às sessões, o nível de envolvimento e de comprometimento com o processo de intervenção (se estão colaborantes, se estão comprometidos, se estão envolvidos) e também uma visão geral e, no fundo, sintética daquilo que é a nossa compreensão. Ok, houve melhorias... não, não houve melhorias..., sugerimos um novo contrato, sugerimos a finalização do contrato porque foram atingidos os objetivos a que nos prepussemos e que foram definidos e, dizemos quais foram esses objetivos... E portanto, eu diria que há alguma informação que é partilhada, mas nem toda.

Habitualmente aquilo que também faço com os clientes é, antes de remeter esta informação para o tribunal, fazer-lhes as perguntas: “Como sabem, há alguma informação sobre o nosso trabalho, sobre o nosso processo que vai ser partilhada com a entidade referenciadora, que informação é essa que acham que deve ser partilhada?”, “De tudo aquilo que conversámos, de todas as evoluções, avanços, recuos que foram acontecendo, o que é que vos parece importante saber, o senhor juiz, assistente social, psicóloga, o senhor y ou z, relativamente ao processo?”. E habitualmente as famílias, aquilo que me têm mostrado é que são muito sensatas, na forma como elas próprias vão seleccionando a informação. Eu habitualmente até escrevo essa informação, muito em função daquilo que me parece, mas também daquilo que a própria família partilhou comigo e daquilo que fomos conversando, pensando e refletindo na sessão em que este trabalho também é feito.

A ideia é trabalharmos com transparência, com verdade, com honestidade, não há aqui informação deturpada ou que é dita a uns e não é dita a outros. Ou seja, os canais de informação têm que ser abertos, mas isto não quer dizer que não haja limites. Portanto, quer com os tribunais, quer com os clientes há esta clareza relativamente à partilha da informação. E tirando uma situação de que me recordo, em que houve uma suspeita de abuso sexual que surgiu no contexto de um processo mandatado, no âmbito da regulação das responsabilidades parentais, em que aqui nós não perguntamos se deveríamos dizer ou não. Do ponto de vista ético e deontológico nós somos obrigados a informar desta situação e foi isso que fizemos. Dissemos às duas partes envolvidas, ao pai e à mãe que iríamos comunicar à entidade mandatária, ao tribunal neste caso, esta informação que tinha surgido no contexto da intervenção. E no fundo o que fizemos com eles

foi repensar se eles queriam ou não continuar o processo terapêutico, independentemente de nós estarmos obrigados a reportar esta suspeita. Mas, foi de facto a única situação em que houve aqui uma informação que foi partilhada, informação que não surgiu diretamente da necessidade de eles dizerem que tinha de ser partilhada, mas que nós, do ponto de vista ético, tínhamos essa função. Mas também não o fizemos sem lhes comunicar a eles. Foi-lhes dito que íamos reportar e a continuidade do processo foi colocada nas mãos deles, se eles queriam ou não queriam continuar. Isto para dizer que a informação não é partilhada sem as pessoas saberem. É partilhada com o conhecimento das pessoas e muitas vezes a informação que é partilhada é definida com as pessoas, no contexto de uma sessão... qual a informação faz sentido ou não faz sentido ser partilhada.

8. Como gere a discrepância entre os motivos dos pedidos das agências referenciadoras e as necessidades e objetivos dos clientes?

Com a necessidade de ter que fazer ajustamentos. Ou seja, nós não esquecemos os objetivos da entidade que fez a referência, mas não trabalhamos “chapa-cinco” com eles. Podemos perguntar aos clientes o que é que eles pensam sobre os objetivos... “olhe, o tribunal pediu-nos isto assim e assim, o que é que pensa/m sobre isso?”. E, para eles quais é que podiam ser os objetivos? O que é que para eles seriam objetivos úteis para nós trabalharmos no nosso espaço terapêutico? E, portanto, o que habitualmente fazemos é que as coisas não são assim tão divorciadas. Às vezes elas complementam-se, há um ajuste, uma negociação, há algum encaixe, mas a formulação final dos objetivos com que trabalhamos e que definimos para o nosso contrato terapêutico, é feita com os nossos clientes diretos, portanto, com a família, com os clientes involuntários. Nunca me aconteceu haver assim uma discrepância tão grande. Às vezes eles não dizem exatamente a mesma coisa, sei lá, se calhar o tribunal diz-nos “o objetivo é que sejam retomadas as visitas entre o progenitor masculino e os filhos” e este é o objetivo do tribunal, e às vezes, os filhos não querem isso e dizem “nós não queremos isso, nós queremos é ter uma relação diferente com o pai” e, mesmo que o pai queira as visitas... então, se calhar é importante primeiro nós trabalharmos a comunicação, partilharmos dúvidas, sermos honestos uns com os outros, podermos projetar no futuro uma relação diferente enquanto pai e filhos e filhos e pai. E portanto, nós vamos formular o objetivo do nosso contrato terapêutico, que não será retomar as visitas, mas muitas vezes, são objetivos definidos pela família conosco, que ajudam que esse objetivo último seja retomado. Uma inconsistência ou incongruência nunca me aconteceu...

Já me aconteceu e, também nesta linha de processos mandatados, responsabilidades parentais... em que uma miúda estava entregue à mãe e que tinha alguns contactos com o pai, mas eram só convívios, ela não pernoitava na casa do pai e o pai pedia que a filha pernoitasse ao fim-de semana ou de quinze em quinze dias em casa dele. E aqui nós fizemos um trabalho, em que algumas coisas não correram bem e que hoje faria de maneira diferente, mas que no fundo, este pai tinha este objetivo e para esta filha, este objetivo não fazia qualquer sentido. O objetivo

dela era manter exatamente o que tem e não quer mais do que isso. E este foi um processo que nós, de facto, devolvemos ao tribunal que esta adolescente não queria que apesar do trabalho que tínhamos feitos, que ela era muito clara naquilo que não queria. Portanto nós não iríamos continuar o processo terapêutico porque, de facto, o nosso papel enquanto terapeutas não é obrigar aquela miúda a pernoitar com o pai. Claro que nós fizemos algum trabalho sobre pensarmos a relação que ela foi tendo ao longo do tempo com o pai, repesamos um conjunto de coisas que ela queria para o futuro, tentamos flexibilizar as coisas, mas ela foi sempre muito decidida e assertiva e, portanto não fazia sentido prolongar o processo e dizer “não, tens de ir”. Não é esse o nosso trabalho, não é essa a nossa função. Este foi realmente um caso em que os objetivos eram muito diferentes, o objetivo desta miúda era manter como estava e o objetivo do tribunal e também do pai era ter as pernoitas. E aqui, não foi possível negociar e portanto o processo acabou por ser finalizado, provavelmente não com o desfecho que o tribunal nos solicitou, não com o desfecho que o pai com certeza gostaria, mas com o desfecho que a adolescente pretendia... Não sei se é sucesso ou insucesso, mas senti que ali o nosso papel terapêutico de ajuda... e não de controlo... estava finalizado.

9. Na sua perspetiva e da sua experiência, que (outras) dificuldades particulares enfrentam os terapeutas no contexto da intervenção com clientes mandatados?

São algumas das dificuldades que já referi. Dificuldades de ter que lidar com esses clientes pouco simpáticos e pouco colaborantes. Lidam com as dificuldades de ter que ser muito claro relativamente a um conjunto de dilemas éticos que têm de enfrentar neste contexto de intervenção. Devem também ter claro qual é que é o seu papel técnico de saúde mental, profissionais na área da saúde mental e não agentes controladores e reguladores do poder judicial, e portanto, têm que saber lidar com as dificuldades, com as singularidades, com as particularidades deste contexto de intervenção, tendo para eles muito claro qual é que é a sua função enquanto terapeutas.

10. Quais as principais falhas/lacunas dos terapeutas na intervenção com clientes mandatados?

Às vezes é querer ir depressa demais, às vezes é ter uma postura mais confrontativa, mais direta, também de ser assertiva, no fundo... muitas vezes estes clientes involuntários, sobretudo se têm uma postura muito hostil, a escalada assimétrica é qualquer coisa que pode ocorrer. Um bom terapeuta não deve permitir que isso aconteça e deve tentar reenquadrar e contextualizar aquilo que é a hostilidade e a falta de colaboração destes clientes. Eu acho que isso é um erro. Acho que, às vezes, e não conheço todos os terapeutas do mundo, mas imagino que, até pensando na minha própria experiência, esta pode ser uma dificuldade... de entrar numa postura mais confrontativa quando isso é exatamente aquilo que não se quer. Ou ter demasiada pressa, ou sentir

que como o tribunal nos mandou a nós, nós pressionarmos o outro a fazer alguma coisa mesmo que seja contra a sua vontade. Isto não faz qualquer sentido.

Se tivermos a falar de um contexto terapêutico, eu acho que isto também pode ser um problema e uma falha, sobretudo, imagino eu, terapeutas mais jovens, menos experientes, ou profissionais, mesmo na área do serviço social ou de outras áreas, que tendo um mandato judicial, acham que podem estar com o cliente de uma outra forma e fazer uso desse poder, de certo modo. E eu acho que isso é um erro bastante grave.

Outro erro é não ser claro relativamente aos limites da confidencialidade, é não ter claro na nossa cabeça e transmiti-lo, de forma clara, aos nossos clientes o que é que é partilhado e não partilhado e, de facto esta interação nestes diferentes elementos que estão aqui em jogo neste contexto de intervenção.

Erros comuns... trabalhar com objetivos que são impostos e não trabalhar com os objetivos que são negociados com a família ou com os clientes... Perder um bocado a noção de qual é que é o seu papel enquanto terapeutas.

11. Que dilemas éticos pode o terapeuta enfrentar na intervenção com estes clientes?

Para além do dilema da confidencialidade, do partilhar, do que não partilhar, até onde partilhar, há aqui algumas coisas que também me deixam a pensar. Por um lado é a questão da responsabilidade da mudança. É não olharmos para este caso como quem tem a responsabilidade que os clientes mudem o profissional, se é bom, se é mau... portanto a responsabilidade de mudar é dele porque houve uma entidade com poder judicial que determinou que aquela pessoa iria fazer aquele trabalho... Eu acho que a responsabilidade da mudança é sempre dos clientes e os terapeutas são sempre vistos como catalisadores dessa mudança, facilitadores ou não dessa mudança. Mas eu acho que, por vezes, pode acontecer isto, que é lido pelos próprios profissionais, quer pelo juiz, quer pela família, que é a responsabilidade da mudança não ser da família mas ser dos profissionais, terem que fazer com que eles mudem e serem os profissionais chamados “à barra do tribunal” para dizerem então porque é que mudou ou não mudou... Há aqui, de facto, uma mudança deste foco da responsabilidade dos clientes para os profissionais e creio que isto também é um dilema e, também deve estar claro que esta responsabilidade é no limite, partilhada. É dos clientes, também é nossa, mas no mínimo é partilhada, Não é do profissional, é da família e do profissional.

12. Considera possível e útil criar um Protocolo de Intervenção Sistémica com Clientes Involuntários/ Mandatados?

Sim e não. Ou seja, eu acho que sim, que há alguns princípios orientadores, alguns pressupostos, algumas metodologias até, algumas técnicas, sobretudo naquela fase inicial dos processos, podem ajudar a definir, a estipular, a organizar a nossa intervenção com estes clientes.

Depois também acho que o facto de serem involuntários ou voluntários é apenas uma das características que eles têm, e que cada caso é um caso e portanto aqui, esta visão do protocolo “muito tratar todos com determinado guia”... eu acho sinceramente que não concordo, não me faz sentido, mas seja com os involuntários, seja com outra coisa qualquer. Seja com famílias em que há violência familiar ou em que há um elemento com depressão ou seja lá o que for... de facto, esta intervenção psicoterapêutica muito manualizada é qualquer coisa que não me faz muito sentido, atendendo áquilo que é a minha postura mais de segunda ordem. De facto, cada caso é um caso e eu devo pensar desta forma, sempre.

Claro que há aqui, como vimos, algumas características que são mais ou menos transversais, ainda que em intensidades e em níveis diferentes, entre estes clientes. Portanto, eu diria que faz sentido ter um protocolo que aborde algumas temáticas, algumas dimensões, sobre a confidencialidade, sobre a regulação da informação e a partilha da informação com as outras entidades, sobre a forma como apresentamos o serviço à família, sobre a forma como vamos até trabalhando a nossa dimensão da aliança com estes clientes, sobre a forma como podemos ir co-construindo objetivos partilhados para o processo terapêutico. Relativamente a estas dimensões-chave e muito iniciais do processo, aí eu acho que pode eventualmente fazer sentido pensarmos num protocolo. Eu própria já escrevi um capítulo com a Professora Ana Paula Relvas, em que propomos exatamente isso. Nunca partimos depois para a concretização do protocolo, ainda.

13. Se tivesse de desenhar um protocolo de intervenção sistémica, que variáveis, normas ou procedimentos incluiria?

Há aqui três desafios muito particulares na intervenção com estes clientes. O primeiro grande desafio é “para quê” da terapia/intervenção e, neste sentido é importante num primeiro momento aceitar e ir trabalhando com este “para quê” da terapia, que nem sempre é claro com estes clientes. Depois um segundo desafio que tem a ver com a co-construção dos objetivos partilhados, portanto de como fazer este casamento entre os objetivos das entidades e os objetivos dos clientes e como ir negociando e ajustando isto para o nosso processo. Ainda aqui neste desafio, trabalhar as questões da segurança e da confidencialidade. E depois um terceiro desafio muito particular que tem a ver com o estabelecimento da aliança terapêutica, a forma como estes clientes, do ponto de vista da aliança, num primeiro momento, numa primeira fase do processo, nos desafiam em determinado sentido... a ideia é irmos, podendo, forçar a aliança terapêutica, para que ela ocorra, porque espontaneamente é difícil... A aliança, tal como o pedido também não acontece tão espontaneamente e, por isso é preciso ir forçar um pouco. E esforçar não num sentido de obrigar ou coagir, mas forçar no sentido de contribuir mais, de fortalecer mais a aliança terapêutica, para que haja condições depois para trabalhar as outras dimensões. Portanto, o esboço, o embrião de protocolo que temos, mas que ainda não continuamos esse trabalho [*refere-se ao protocolo que está a propor desenvolver*], é, de facto, fazer um protocolo terapêutico a partir destas três grandes

dimensões, destes três pilares. Mais uma vez, um protocolo que seja orientador mas que não seja demasiado fechado.

14. Como avalia a prática da intervenção com clientes mandatados em Portugal (realidade, pertinência, mudanças, potencialidades, vulnerabilidades, ...)?

A verdade é que eu acho que não conheço assim tanto... Conheço muito a minha realidade, conheço muito Coimbra, conheço colegas que trabalham com estes clientes, reconheço que tem havido sempre muito trabalho com clientes involuntários, mas diria que há quatro, cinco anos para cá, há muito pedidos por parte dos tribunais, há cada vez mais pedidos. Nos dois centros onde trabalho há claramente um crescimento de pedidos mandatados e portanto, eu acho que há essa necessidade... Sinto que o trabalho que tem sido feito, pelo menos aquele trabalho que eu conheço, tem sido trabalho muito valorizado pelos tribunais, reconhecido, com bons resultados, embora, às vezes, seja difícil perceber o que é que é isto dos “bons resultados”, também isso levaria aqui a uma série de questões e pensamentos. Mas, de um modo geral, tanto de parte das famílias, como de parte dos profissionais que as encaminharam, há uma avaliação positiva do trabalho que tem sido feito. E isto é o que eu conheço em Coimbra, portanto, um crescimento deste tipo de pedidos e de intervenções, um bom *feedback* por parte dos tribunais e dos juizes que nos encaminham estas famílias mandatadas, mas os outros pontos do país, eu não conheço tão bem a realidade.

15. Qual a sua perspetiva sobre a formação (teórico e prática) no âmbito da intervenção com clientes mandatados em Portugal?

Acho que devíamos ter muito mais formação sobre clientes involuntários. Eu na minha formação não tive nenhuma formação sobre clientes involuntários, foi algo que comecei a estudar, a investigar, a explorar e a descobrir, já depois de ter chegado à prática e me ter confrontado com estes clientes. Eu recordo-me que trabalhava com estas pessoas, pouco colaborantes, que vinham de outras entidades, que não faziam um pedido espontâneo de ajuda, que não identificavam nenhum problema, que não identificavam objetivos para o processo e eu pensava “o que é isto?” ... eu não sabia como lhes chamar, depois mais tarde é que percebi que, na literatura, eram muitas vezes designados como involuntários. Isto para lhe dizer que, quando eu cheguei ao terreno, eu nem sabia que nome lhes dar, porque, de facto, nunca tinha pensado sobre isto, nunca ninguém me tinha feito pensado sobre isto, tanto que eu nem sabia que palavra é que devia usar para designar estes clientes.

Portanto, eu acho que já vai havendo alguma formação sobre estes clientes, pouca ainda... e o que eu acho também é que a informação, até porque já se percebeu a importância da aliança terapêutica na intervenção com estes clientes... também acho que a nossa formação, na Faculdade e fora da Faculdade, continua a ser muito baseada naquilo que são os modelos teóricos, na

formação teórica em termos de modelos... e muito menos em termos daquilo que é as competências relacionais, competências para estar em relação em consulta com uma família e com clientes involuntários. E portanto, eu acho que a formação deveria ter um maior pendor, não só sobre a questão dos involuntários e dos mandatados, mas por todas as singularidades que ela apresenta comparativamente aos voluntários e também sobre o estabelecimento da aliança terapêutica numa terapia familiar, porque eu acho que há um conjunto de competências que devem e que podem ser trabalhadas, tanto do ponto de vista teórico, como da prática, do treino clínico, para fomentar a nossa capacidade de relação com estes clientes, porque eles desafiam-nos.

Anexo D

Matriz de Conversão de Categorias em Áreas Temáticas

CATEGORIAS/ SUBCATEGORIAS		ÁREAS TEMÁTICAS
Dados Sociodemográficos e outros		Perfil-tipo dos peritos intervenientes
Conceitos	Involuntários/ Mandatados	Definição de clientes involuntários e mandatados
Tipos de Intervenção	Involuntária	Singularidades e regularidades entre intervenção voluntária e involuntária
	Voluntária	
Estratégias e Instrumentos de Intervenção		Instrumentos e técnicas de intervenção
		Atitude e postura do terapeuta na primeira sessão
Desafios da Intervenção Mandatária		Abordagens de intervenção
		Evitar movimentos de <i>drop out</i>
		Estratégias preventivas de conflitos entre terapeutas e agência mandatárias
		Gestão da discrepância entre pedidos
		Outras dificuldades de intervenção
Vulnerabilidades do Terapeuta		Vulnerabilidades do Terapeuta
Dilemas Éticos		Dilemas Éticos
Protocolo de Intervenção Sistémica com Clientes Involuntários/ Mandatados		Utilidade e pertinência da criação de um protocolo de intervenção com clientes involuntários
		Variáveis, normas e procedimentos a incluir num “protocolo”
Prática e Formação - Intervenção Mandatada em Portugal		Avaliação da prática da intervenção involuntária/mandatada em Portugal
		Perspetivas sobre a formação no âmbito da intervenção mandatária/involuntária

Anexo E

Quadros de Análise de Categorias/ Áreas Temáticas

Quadro 1: Quadro da Categoria “Conceitos de Involuntários e Mandatados”

Categoria: Conceitos de Involuntários e Mandatados	
Temas	Exemplos de Citações/ Verbalizações
Definição de Clientes Involuntários e Mandatados	E1 - Os clientes involuntários ou mandatados são aqueles clientes que não procuram, espontaneamente os serviços. Regra geral há uma entidade que os encaminha para um determinado tipo de intervenção, com determinado objetivo. - Claro que, há outros tipos de clientes involuntários (...) porque as pessoas são sempre constrangidas em função de determinadas expectativas de si próprias ou de terceiros, que as levam a procurar a nossa ajuda. - (...) os clientes mandatados, numa versão mais estrita têm que ver com (...) haver alguma entidade que os encaminhe para um determinado tipo de intervenção que é obrigatória (...).
	E2 - Os clientes involuntários são aqueles que não vêm por vontade própria (...). Muitas vezes, não fazem (...) o pedido de marcação por sua própria iniciativa, podem vir sugeridos por alguma outra entidade ou pessoa, mas não vêm (...) a mando de alguém ou de uma instituição. Não são voluntários, mas não são mandatados. - Os clientes mandatados são aqueles que têm uma obrigação, que é determinada normalmente por uma instituição que tem esse poder.
	E3 - Clientes involuntários são todos aqueles que vêm encaminhados, não pela sua iniciativa, pelo seu pedido, mas porque alguém considerou que alguma coisa não estava bem. (...) tudo o que venha da comissão, dos tribunais e inclusivamente, da saúde, da escola, sem que seja pedido do próprio cliente, para mim é involuntário.
	E4 - (...) há de facto, uma complexidade importante na definição de clientes involuntários. Podemos olhar para estes constructos de

	<p>involuntários, voluntários, mandatados como (...) voláteis, ou seja, não são rígidos, não são estanques ao longo do tempo. São (...) dinâmicos e portanto os clientes vão mudando o seu papel, o seu estatuto de involuntários ou de voluntários ao longo do tempo.</p> <p>- (...) clientes involuntários são uma grande categoria de clientes que estão na terapia ou na intervenção psicossocial porque houve um encaminhamento de uma entidade, de natureza formal ou informal. (...) houve uma referenciação contrariamente àquilo que é um pedido de ajuda espontânea. (...) não estão propriamente muito disponíveis para a intervenção. (...) também manifestam (...) alguma falta de vontade para estar no processo terapêutico. (...) o seu nível de motivação para estar na intervenção e para a mudança é um nível de motivação muito baixo (...).</p> <p>- Relativamente aos mandatados, (...) são uma subcategoria dos involuntários, ou seja, são clientes involuntários, mas em que este encaminhamento surge por uma entidade que tem um poder de coação maior sobre os clientes. (...) são os clientes que estão na intervenção por uma ordem judicial, houve um mandato para que essa intervenção acontecesse. (...) Se eles recusarem a intervenção podem existir consequências mais negativas para a sua vida (...).</p>
--	---

Quadro 2: *Quadro da Categoria “Tipos de Intervenção”*

Categoria: Tipos de Intervenção – Voluntária e Involuntária	
Temas	Exemplos de Citações/ Verbalizações
Singularidades e regularidades entre intervenção voluntária e involuntária	<p>E1 - As diferenças são muitas. (...) há um número significativo de clientes involuntários ou mandatados que não estão motivados, espontaneamente para a procura de ajuda e (...) vêm precisamente por uma questão de obrigação imposta por uma entidade terceira. (...) há um grau de motivação para o envolvimento com o processo terapêutico ou de intervenção que é mais baixo e portanto da nossa parte, enquanto interventores, há uma necessidade de conquistar as pessoas (...), ganhar a confiança delas e de as ajudar</p>

	<p>a encontrarem um sentido para o pedido que é feito por parte da entidade que faz o pedido de intervenção.</p> <p>- Depois há aqui outra diferença importante (...). Quando nós temos clientes mandatados, as pessoas chegam com as suas próprias preocupações e problemas, com pedidos (...) mas, depois há um pedido da própria entidade que nos encaminha estes clientes e estes pedidos tanto podem ser consonantes, mais dificilmente são consonantes, como regra geral são dissonantes. Normalmente há uma diferença grande entre aquilo que a entidade nos pede e aquilo que o próprio cliente nos pede e às vezes o cliente tem um único pedido que é, de alguma forma, ver-se livre da obrigação de frequentar a intervenção que foi ordenada (...).</p> <p>- (...) há outras diferenças (...) que tem que ver com a questão do sigilo e da confidencialidade do espaço, que necessariamente têm limites. Portanto, quando os clientes nos procuram voluntariamente há uma garantia de sigilo e confidencialidade que não pode, obviamente ser posta em causa. Quando os clientes são mandatados há uma necessidade inicial de discutir aquilo que são os limites da confidencialidade do espaço terapêutico, na medida em que as pessoas têm de perceber e aceitar que há um pedido de uma entidade externa ao qual tem de existir uma resposta e isso, implica que haja uma devolução de informação.</p> <p>- Há também outras diferenças que têm que ver com o jogo de alianças e de tentativas de coligação neste tipo de processos. (...) é mais exigente e consome mais os nossos recursos em termos de condução do próprio processo (...) e mais complexos.</p>
E2	<p>- (...) há três coisas que diferem, tem a ver sobretudo com a forma como a terapia se inicia, quem é o nosso cliente e depois, num terceiro nível que é, qual é que é o objetivo da própria intervenção.</p> <p>- A forma como a terapia se inicia é uma questão muito relevante porque o facto da pessoa ser voluntária num processo terapêutico facilita o estabelecimento da relação, (...) a identificação daquilo</p>

	<p>que são os problemas, (...) a própria acoplagem no sentido terapeuta e cliente poderem co-construir objetivos conjuntos e do ponto de vista das questões éticas também é muito mais fácil, no sentido que é mais clara a sua gestão.</p> <p>- Nos clientes mandatados, o início da terapia é mais complexo porque é importante esclarecer o contexto da terapia, que o terapeuta não é um juiz, que é alguém que está ali com um objetivo de colaborar com o (...) cliente, no sentido de atingir um bem-estar específico que é solicitado por qualquer agência. Ou seja, o pedido não é do próprio, a negociação do pedido é muito mais difícil e o chegarmos a acordo sobre o pedido também é mais difícil (...). Também é mais difícil o estabelecimento da relação terapêutica porque tem que se clarificar que papéis é que nós vamos ocupar no sistema todo que intervém com o paciente ou com a família (...). E depois, (...) conciliação daquilo que é o objetivo do cliente e daquilo que é o objetivo da instituição que mandata... esta conjugação pode não ser fácil.</p> <p>- Do ponto de vista das questões éticas, também se levantam aqui questões que tem a ver com a extensão da confidencialidade e a forma como (...) tem que ser gerida, muito cuidadosamente, (...) todas as informações relevantes sobre esse pedido vão ter que constar para a agência que nos envia o pedido. E isso levanta questões à confidencialidade que são questões que interferem em todo o processo (...). (...) podem haver crianças em risco, podem haver situações em que nós, de facto, temos que quebrar as regras da confidencialidade (...), também perturbam, novamente, a parte inicial da terapia, que têm a ver com o estabelecimento da relação terapêutica.</p> <p>- Não considero que no decorrer do processo terapêutico, quando a relação já está estabelecida e quando os objetivos foram acordados (...) que a intervenção seja muito diferente. Considero que o início é muito diferente, é mais difícil estabelecer uma relação colaborativa, (...) termos objetivos colaborativos e de</p>
--	---

	<p>facto, co-construídos, ou seja, nos quais os próprios pacientes também se identificam (...).</p> <p>- (...) Para mim, só não há diferenças tão grandes naquilo a que nós chamamos o processo de intervenção em si, quando a relação já está estabelecida. Até isso acontecer, pode demorar muito tempo.</p>
	<p>E3 - Onde eu sinto mais a grande diferença é no início do processo, que tem que ver com todo o movimento que é necessário fazer para passarmos a ter um cliente voluntário. As dificuldades têm a ver com isso, com o estabelecimento da relação terapêutica inicial (...).</p> <p>- O tempo do processo também é mais demorado, os resultados nem sempre são os esperados, na medida em que, as pessoas se não estão disponíveis para a intervenção, podem nunca estar efetivamente disponíveis (...) mantém-se no processo mas são as falsas colaborações.</p> <p>- Quando depois conseguimos, (...) fazer com que o pedido também seja da família e transformá-lo, o processo acaba por correr mais facilmente.</p>
	<p>E4 - Eu diria que há coisas que são diferentes, comparativamente aos voluntários, diria que há coisas que são semelhantes àquilo que acontece com os clientes voluntários. (...) a forma de trabalhar, (...) a postura terapêutica colaborativa que devemos ter numa intervenção com os nossos clientes, sejam eles involuntários, sejam voluntários, é algo comum às duas formas de intervenção. (...) devemos trabalhar numa postura de <i>not-knowing</i>, numa postura colaborativa, numa postura focada nas soluções, tal como eu acho que devemos trabalhar com os voluntários.</p> <p>- Depois há algumas diferenças, (...) na forma como estes clientes se apresentam no início da intervenção, no início da terapia, (...) estão menos disponíveis, menos colaboradores, alguns podem até</p>

	<p>estar zangados ou ter um comportamento mais hostil com os terapeutas (...).</p> <p>- Os voluntários chegam cheiíssimos de vontade de contar qual é o seu problema, qual é a sua dificuldade, porque é que pediram ajuda, às vezes podem não saber muito bem o que é que querem ou como é que esperam estar no final da intervenção, mas de facto eles estão sedentos de falar e do contacto, são muito mais colaborantes.</p> <p>- Depois outro aspecto muito importante, com os clientes involuntários, tem a ver com as questões da confidencialidade. (...) quando nós trabalhamos num contexto voluntário de ajuda, em que há um pedido espontâneo (...), aquilo que são os limites da confidencialidade estão muito claros e são aqueles que regem a nossa prática clínica e aquilo que é, em termos éticos e deontológicos aceite. Quando eu trabalho com clientes involuntários, sobretudo quando são mandatados mas não só, muitas vezes há alguns limites à confidencialidade, ou seja, eu tenho que perceber que não trabalho apenas com aqueles clientes diretos, mas que eu também tenho clientes indiretos que são a entidade, a instituição, o organismo, os técnicos que me encaminharam aquele cliente ou família.</p> <p>- (...) são clientes menos envolvidos, que se sentem menos seguros no espaço terapêutico e é preciso (...) fazer um forte investimento no sentido de ajudar ou contribuir para que estes clientes estabeleçam uma aliança mais forte.</p> <p>- E aquilo que os estudos e a investigação nos mostra é que estes clientes involuntários, apesar de se diferenciarem dos voluntários, em termos da aliança terapêutica numa fase inicial do processo (...), é que depois, se eles permanecerem na intervenção, essas diferenças se esbatem.</p>
--	---

Quadro 3: Quadro da Categoria “Estratégias e Instrumentos de Intervenção”

Categoria: Estratégias e Instrumentos de Intervenção	
Temas	Exemplos de Citações/ Verbalizações
Instrumentos e técnicas de intervenção	<p>E1</p> <ul style="list-style-type: none"> - Há aqui uma primeira estratégia que é essencial, (...) que é a clarificação dos pedidos. É muito importante (...) que se torne claro qual é que é o pedido da entidade que nos solicita a intervenção (...). (...) se não tiver o pedido concreto da parte do tribunal (...), uma das estratégias que utilizo é devolver ao tribunal o pedido que me é feito de intervenção e pedir para clarificar o objetivo com que essa intervenção é solicitada. - (...) eu procuro sempre também, (...) gastar algum tempo a recolher a perspetiva que as pessoas têm sobre os problemas e a recolher os seus próprios pedidos. Explicar-lhes que ainda que haja a obrigação de responder a um determinado objetivo que é imposto pela entidade, isto não é incompatível com elas próprias poderem trazer as suas próprias preocupações, aquilo que são as suas expectativas e aquilo que são alguns aspetos em que a intervenção também pode incidir como forma de as poder ajudar. - (...) tenho também por hábito (...) deixar bem claro (...) que informação é que vai ser lida, fazer relatórios tão claros quanto possível, dar estes relatórios a ler às pessoas para elas terem oportunidade de serem esclarecidas sobre porque é que há determinadas conclusões que são devolvidas e terem até oportunidade de se poderem pronunciar sobre aspetos do relatório (...). - (...) em termos de técnicas ou estratégias específicas, depende muito da problemática em causa, porque é diferente trabalhar-se um pedido que for com uma família que nos é encaminhada pela Comissão de Proteção de Crianças e Jovens, em que o pedido é muito circunscrito a determinados aspetos da dinâmica familiar ou da relação dos pais e filhos, ou se o pedido tiver uma dimensão de avaliação de competências parentais, ou se for feito um pedido do Tribunal de Família e Menores num processo em que há litígio

	<p>parental (...) aí a estrutura das sessões, dos momentos e dos intervenientes vão sempre ser variáveis em função do pedido e, portanto, as próprias estratégias de intervenção usadas vão variando sempre em função do pedido.</p>
<p>E2</p>	<p>- Procuo utilizar estratégias o mais colaborativas possíveis (...).</p> <p>- (...) não utilizo propriamente a estratégia a, b, c ou d de uma forma específica com estas pessoas, utilizo na base uma abordagem colaborativa, que utilizo com todas as pessoas com quem trabalho, na generalidade. E, (...) tento utilizar estratégias nas quais eles sejam eles próprios, mais chamados a intervir, a dar a sua opinião, a poder construir alguma coisa connosco. Podemos utilizar mapas de rede, genogramas, ecomapas, até para eles poderem perceber qual é que é a realidade em que se encontram, mas também podemos utilizar (...) abordagens de outros modelos, da terapia focada nas emoções, nas abordagens narrativas (...).</p> <p>- (...) o que não utilizo certamente são estratégias psicoeducativas. Eu baseio-me muito (...) nos pressupostos das terapias do divórcio, sobretudo aquilo que têm sido os trabalhos desenvolvidos pelo Jay Haley.</p>
<p>E3</p>	<p>- Primeiro a empatia e depois usarmos muito o recurso à nossa relação colaborativa (...).</p> <p>- (...) toda a informação é partilhada com os clientes e, por isso, nós não omitimos qualquer tipo de informação. (...) o estabelecimento de uma relação de confiança também é essencial. (...) se o processo é da família, toda a informação produzida no processo é devolvida à família ou ao cliente, para que possa tomar decisões que sejam informadas.</p> <p>- (...) uma das estratégias que utilizamos é dar o poder de decisão do processo ao próprio cliente. (...) os relatórios são também partilhados com o cliente... e quando a informação é partilhada, o cliente já está a par dela.</p>

	<p>- Outra coisa também é transformar o pedido do encaminhador no pedido do cliente. Portanto, tentar responder aos dois, de preferência que o pedido seja comum (...) Quando se desconstrói aquilo que está na origem do encaminhamento, consegue-se chegar à conclusão que o pedido acaba por ser o mesmo e a perspectiva a mesma. Tem é que se transformar a narrativa também para ajudar, tanto o encaminhador, como o cliente consigam falar a mesma linguagem. Também usamos a estratégia de criar audiências, dentro daquilo que são as redes. É importante que, quando estamos a falar de processos involuntários (...) é importante criar redes de suporte e redes que reiterem a mudança da família.</p>
E4	<p>- Eu acho que sobretudo, (...) é ter uma postura colaborativa, uma postura de segunda ordem, uma postura centrada nas soluções, uma postura que devolva a voz e o poder aos clientes, um poder que eles muitas vezes sentem que perderam porque outros os referenciaram para aquela intervenção. E, portanto, é ajudar estes clientes, de certo modo, a voltar a ter algum controlo sobre as suas vidas, sobre as suas decisões e sobre o facto de estarem na terapia.;</p> <p>- Muitas vezes, algo que tento fazer com eles é (...) eles não reconhecem a utilidade do processo, o que é que era preciso acontecer para eles reconhecerem o processo como útil? (...) o que é que seria preciso acontecer para que aqueles técnicos ou aquela entidade que o encaminhou para o processo terapêutico deixasse de achar que é necessário encaminhá-los para o processo terapêutico? Quais é que são as mudanças necessárias dizer, observar, constatar para que estes técnicos, essas instituições, essas entidades deixassem de considerar relevante encaminhar aquele cliente ou família? No fundo, é dar às pessoas o poder de determinar o que é que deve acontecer para, de certo modo, serem libertas desta referenciação e deste encaminhamento.;</p> <p>- Depois, em termos de estratégias, eu diria que é trabalhar exatamente da mesma forma como se trabalha com os voluntários. (...) Técnicas particulares... alguns autores defendem a formulação da “questão-milagre” para este tipo de clientes. Eu</p>

		<p>habitualmente não utilizo, mas reconheço que, a partir dela vou construindo eu própria algumas questões que me parecem úteis a partir desta postura, desta abordagem: “O que é que seria preciso acontecer para que o juiz, ou a assistente social, ou o psicólogo, ou o psiquiatra, que os encaminhou para esta consulta... imagine que havia um milagre durante a noite e que este juiz chega à conclusão que não é necessário que venham à consulta. O que é que aconteceu na vossa família, para que o juiz chegue a essa conclusão? O que é que este juiz precisa de ver para tomar essa decisão?”. No fundo, o principal é conseguir construir um pedido para a consulta.</p>
<p>Atitude e postura do terapeuta na primeira sessão</p>	<p>E1</p>	<p>- (...) uma primeira sessão com uma família involuntária ou mandatada não é substancialmente diferente duma primeira sessão com um cliente voluntário.</p> <p>- Tem que haver (...) uma postura cordial, uma postura empática, haver também um momento inicial de alguma socialização ou de contacto social mais ou menos informal, de maneira a que as pessoas se sintam mais à vontade. É importante ter também a capacidade de aceitar e de fazer as pessoas sentirem que nós percebemos que elas podem não vir motivadas para aquele espaço, podem não ter vontade de estar ali e que vêm contrariadas e, isso também ser claramente discutido e aceite. Empatizarmos com a situação difícil em que elas estão. É fundamental depois, nós podermos informar as pessoas sobre a informação que já temos (...).</p> <p>- Depois costumo falar sobre as tais condições da intervenção, dos limites da confidencialidade e daí em diante há uma recolha daquilo que é a história da família, da perspectiva que tem sobre os problemas, das suas próprias expetativas em relação ao espaço.</p>
	<p>E2</p>	<p>- (...) tentar ao máximo, compreender aquilo que é a realidade das pessoas que estão connosco, ou seja, ouvi-las (...) de uma forma verdadeiramente empática e atenta, tentando aceder àquilo que é a realidade que elas trazem, àquilo que elas vivenciam, (...) que elas experienciam, (...) que elas sentem. Ou seja, tentar ao</p>

	<p>máximo entrar na visão que as pessoas têm daquilo que é o problema (...).</p> <p>- Acho que o terapeuta deve ter uma postura de não julgamento, de não preconceito e (...) posicionar-se o mais possível à descoberta daquilo que é a experiência de cada pessoa naquela situação e o seu próprio ponto de vista. Acho que deve clarificar, logo na primeira sessão a posição em que ele próprio se encontra e esclarecer todas as questões que são inerentes a essa posição, apresentar o <i>setting</i> de uma forma muito clara, para que (...) seja confortável e não um problema.</p> <p>- Outra questão que para mim é particularmente importante é que eu raramente leio os processos antes de ouvir as pessoas. (...) como postura inicial, esclareço isto às pessoas (...) e tento que sejam as pessoas a contar-me aquilo que elas acham que é importante contar. Para além disto, aquilo que também tento fazer é que comecemos a criar aqui algumas estratégias de articulação e comunicação entre os próprios terapeutas e os clientes, que permitam ir introduzindo outras perspetivas sobre as quais, as pessoas nunca tinham pensado.</p> <p>- Nas primeiras sessões acho que o fundamental é tentar começar a estabelecer uma relação, sobretudo uma relação de compreensão, empática e de confiança.</p>
<p>E3</p>	<p>- A postura tem de ser colaborativa e empática.</p> <p>- Agora claramente, uma postura de ouvir (...) o que a família tem a dizer é super importante. (...) Eu já tenho por escrito, já ouvi o encaminhador e aquele tem que ser o momento da família. E é um momento de estabelecer a relação, até porque eu não estou ali para apontar o dedo a ninguém, nem para apontar as falhas, estou ali para descobrir as competências e as ferramentas que tenho que ativar.</p> <p>- Eu na primeira sessão quero ganhar aquele cliente, quero ganhar a confiança daquele cliente, por isso a postura tem que ser de muita empatia, de tentar perceber o que é que levou à situação em que</p>

		<p>estamos, de muita escuta e uma postura colaborativa. Colaborativa não significa permissiva (...).</p> <p>- (...) tenho o cuidado de ler o processo antes da sessão, para também tentar perceber se (...) surge a necessidade de guiar, fazer algumas perguntas (...).</p>
	E4	<p>- É também tentar colocar no papel deles. (...). E portanto é ver estas atitudes iniciais como expectáveis, como fazendo sentido dentro daquilo que é o contexto da intervenção que está ali desenhada. É ter calma, é ser paciente, é ir devagar, é não ter pressa, é não tentar convencer os clientes que é importante para eles, é não tentar convencê-los que existe um problema, é evitar tudo aquilo que são posturas confrontativas, de primeira ordem, posturas de técnico-perito e não de técnico-colaborativo. Evitar sentir essa pressão e estar genuinamente com as pessoas, (...) interessado pela história das pessoas, dando-lhes espaço e tempo, mas assegurando aquilo que são os contornos do contexto terapêutico, aquilo que lhes permita promover alguma segurança dentro do espaço terapêutico e no, fundo, tentar, que, a pouco e pouco, vamos conseguir construir algo que para eles faça sentido.</p>

Quadro 4: *Quadro da Categoria “Desafios da Intervenção Mandatária”*

Categoria: Desafios da Intervenção Mandatária		
Temas	Exemplos de Citações/ Verbalizações	
Abordagens de intervenção	E1	<p>- A minha abordagem é sistémica, portanto é a abordagem geral que fundamenta a minha forma de intervir com estas famílias, mas com qualquer outra família.</p> <p>- (...) quando comecei a trabalhar com clientes involuntários, nomeadamente famílias que eram encaminhadas pela Comissão de Proteção de Crianças e Jovens de Coimbra, (...) nós criamos um modelo de intervenção com famílias mandatadas que foi inspirado no modelo de Bernard Prieur, e também nalguns modelos de dupla terapia integrada (...).</p> <p>- Um dos modelos que, de alguma forma, me fez aprofundar a maneira como trabalho com as famílias foi o modelo de Ana Melo,</p>

		que ela tinha para os CAFAP, (...), quer o MAIFI, quer o modelo de avaliação familiar integrado, quer especificamente a intervenção sistémica com famílias, com crianças e jovens dentro do sistema de comissão e proteção.
	E2	- Claro que a formação de base em terapia familiar é muito importante, porque tem modelos que nos ajudam (...) o modelo estrutural, o modelo estratégico, o modelo transgeracional, as abordagens mais contemporâneas, mas de facto, as intervenções com clientes mandatados, sobretudo se forem em contextos de divórcio conflituoso, exigem que sejam trabalhadas dimensões muito específicas. Por isso aquilo que eu tenho feito é, ler, estudar e desenvolver, inclusivamente, uma metodologia específica a partir dessas leituras sobre as intervenções terapêuticas em contexto de divórcio, aquilo que se chama “a terapia do divórcio” (...). E há vários autores, E. Morin, o Jay Haley, E. Hetherington (...) o Valentín Escudero.
	E3	- A minha abordagem é totalmente sistémica, portanto há uma série de leituras nas quais me revejo (...) como Minuchin, Ausloos, Michael White (...) Monica McGoldrick.
	E4	- Tudo o que são terapias centradas nas soluções, De Shazer, Insoo Kim Berg, são de facto autores que (...) desenvolveram as suas teorias (...) estes pressupostos assentam muitíssimo bem na intervenção, tanto com voluntários como involuntários, (...) sobretudo porque têm uma postura muito pouco confrontativa, é muito colaborativa, de segunda ordem.
Evitar movimentos de <i>drop out</i>	E1	- Não utilizo nenhuma forma particular para evitar movimentos de <i>drop out</i> . (...) o que é essencial para evitar os <i>drop outs</i> é precisamente nós termos a capacidade de nos colocarmos numa postura colaborativa com as famílias. Essa postura colaborativa implica (...) uma clareza em relação aos objetivos com que é feita a intervenção, uma clareza com aquilo que vai ser a nossa utilização da informação que nos é facultada e uma abertura para poder trabalhar outras questões que são importantes para a família, para além daquilo que nos é pedido. Depois, o outro lado que é, também as famílias sentirem (...) que apesar de haver essa

	<p>obrigação de frequentarem a intervenção e de haverem potenciais conseqüências (...) elas perceberem que o poder está do lado delas. Mais do que aquela imposição, é uma oportunidade que está a ser dada de poderem transformar a sua vida. E que nós somos parceiros dessa potencial mudança e transformação.</p> <p>- E se as famílias sentirem que nós somos aliados delas na resolução do problema (...) e se conseguirem ver-nos dessa forma e não exclusivamente como aliados da entidade decisora ou do sistema que está de alguma forma a entrar nas suas vidas e a colocar um conjunto de imposições (...) acho que esse <i>drop out</i> é menos provável.</p> <p>- (...) se nós entrarmos na relação terapêutica com essa noção clara do limite do nosso poder sobre aquela família e se nós formos transparentes em relação a isso, e se a família conseguir perceber que o poder está do lado dela, é mais difícil serem feitos <i>drop outs</i> e as famílias acabam por encontrar um sentido para a própria intervenção.</p>
E2	<p>- Eu confesso que não tenho muitos <i>drop outs</i> (...).</p> <p>- Os involuntários podem dizer “eu afinal não quero”, mas também tenho que lhe confessar que daquilo que é a margem de pessoas com quem eu trabalho, que não são mandatadas, a taxa de <i>drop out</i> é muito baixa. Nos casos mandatados, a taxa de <i>drop out</i> também é muito baixa, porque as pessoas têm que frequentar a terapia.</p> <p>- O problema para mim, nos clientes mandatados não é o <i>drop out</i>, o problema é a não adesão. O problema não é eles faltarem (...) O que é que eles fazem? Desmarcam, tentam adiar as sessões ou simplesmente estão nas sessões e têm momentos em que aderem e colaboram e estão envolvidos no processo e têm outros momentos onde isso é mais difícil, onde se observa mais dificuldades em sair, às vezes, de uma perspectiva muito rígida sobre os problemas, em disponibilizarem-se para olhar para a realidade que os afeta (...) em confiarem naquilo que é o processo que o próprio terapeuta está a tentar desenvolver (...) ou seja, não</p>

	<p>tenho uma experiência de <i>drop outs</i> com os clientes mandatados, eu tenho uma experiência de dificuldades de adesão, que pode depois refletir-se noutra tipo de coisas, como desmarcações, alterações de datas de consultas, chegarem atrasados, terem dificuldade em envolver-se naquilo que é o trabalho desenvolvido na sessão.</p> <p>- (...) tentamos fazer uma marcação mais colaborativa, que é, marcamos em função da disponibilidade das pessoas e marcamos diretamente com as pessoas. Mas isto é depois de recebermos as pessoas. Logo a primeira consulta até aquela que é o tribunal que marca. E quando é o tribunal que marca, são muito raras as pessoas que não comparecem.</p>
E3	<p>- (...) confesso que tenho tido muito poucos <i>drop outs</i> ao longo da minha experiência profissional. Mas, acima de tudo, não me centro numa única abordagem, mas sim naquilo que vou buscar a cada uma destas.</p> <p>- Se acreditarmos na competência da família e pensarmos naquilo que Ausloos nos foi ensinando, é como se o <i>drop out</i> não existisse. Porque se a família considera que resolveu o seu problema, então é porque o processo terminou e nessa perspetiva não existiria o <i>drop out</i>.</p>
E4	<p>- (...) eu não tenho ainda uma conclusão muito fechada em torno da questão dos <i>drop outs</i>. Eu, por um lado acho que há mais <i>drop outs</i> em clientes involuntários, por outro lado, também acho que muitas vezes os involuntários são aqueles que, embora não querendo, permanecem na terapia precisamente porque sentem essa pressão, muito mais que os voluntários.</p> <p>- (...) acho que eles faltam menos do que os outros, porque se sentem pressionados para estar. E isso até é um aspeto positivo, porque faz com que eles estejam. Nós não queremos é que eles estejam contrariados, queremos que eles estejam com vontade, colaborantes, envolvidos no processo terapêutico.</p> <p>- O que é que eu faço para evitar os <i>drop outs</i>? Faço o mesmo que faço com os voluntários, é estar genuinamente com as pessoas, ser</p>

		<p>autêntico, ser honesto, acreditar nas competências que elas têm, valorizá-los por aquilo que são, por aquilo que nos contam, trabalhar com aquilo que são as verdades que eles nos dizem.</p> <p>- Mesmo a questão do <i>drop out</i> é muito difícil de definir o que é. O que é um <i>drop out</i>? É vou a uma primeira sessão e não apareço mais? Vão a três sessões e não aparecem mais? Isso é um <i>drop out</i> ou já não é um <i>drop out</i>?</p> <p>- E ainda outro aspeto, às vezes estive, deixou de estar e deixou de estar porque houve uma resolução do problema. Embora isso não tenha sido partilhado, não tenha sido negociado, esse balanço final não tenha sido feito. Nem sempre as pessoas deixam de ir porque correu mal. E é um <i>drop out</i>. A própria definição de <i>drop out</i> é complexa.</p>
<p>Estratégias preventivas de conflitos entre terapeutas e agências mandatárias</p>	<p>E1</p>	<p>- Primeiro a clarificação muito clara e objetiva do pedido, daquilo que querem ver respondido e aí, eu procuro depois, na informação que devolvo, dosear também essa informação de maneira a responder a esse pedido com clareza e incluir, (...) a estrita informação que permita à entidade tomar uma decisão sobre o processo (...).</p> <p>- Tudo aquilo que seja informação que nós facultemos, por muito bem consubstanciada que esteja e fundamentada, pode ser potencialmente utilizada para agudizar os conflitos que são existentes e, portanto, uma outra estratégia passa (...) por ser muito criterioso e muito transparente relativamente àquilo que é transmitido (...).</p> <p>- Depois, uma outra coisa que eu tento fazer, na medida do possível, é ajudar as pessoas a perceberem os intervenientes no processo, porque nem sempre as famílias têm uma noção clara daquilo que é o papel do Ministério Público, do Tribunal, das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (...). E quando nós ajudamos a perceber o papel dos diferentes intervenientes (...) isto pode ser também protetor, não só para evitar conflitos entre as famílias e as entidades decisoras mas também para evitar alguns jogos de aliança ou coligações (...).</p>

		<p>- Tento também, na medida do possível (...) no caso da comissão propor reuniões de rede (...). Sendo certo que, nessas reuniões de rede, negoceio sempre com as famílias muito claramente quais são os limites da informação que eu posso ou não partilhar, aquilo que estou a pensar dizer ou não dizer, que assuntos de todo, não sendo relevantes para o processo, eu não irei partilhar. (...) depois é feita também uma devolução às famílias, quando elas não participam nas reuniões de rede, daquilo que é discutido.</p> <p>No caso dos tribunais, eu procuro também, quando o tribunal normalmente chama para as conferências de pais, ou para outros momentos de esclarecimento das situações (...) eu próprio propor ser ouvido ou propor que, em determinados momentos, a família ou determinados elementos da família sejam ouvidos no âmbito do processo (...).</p>
	E2	<p>- Há algumas estratégias que para mim são básicas, que é perceber qual é que é a posição que nós vamos ocupar no sistema, quando o pedido que nos é feito não é claro, fazer um pedido de esclarecimentos sobre esse pedido, ou seja, ter uma comunicação mais clara possível, definir os papéis que nós ocupamos também da forma mais clara possível (...).</p> <p>- Tentamos comunicar de forma direta com as pessoas responsáveis pelo processo, inclusivamente já participei, algumas vezes, em reuniões com a rede que está a intervir na situação e também com o juiz ou com o promotor que está a acompanhar a situação.</p> <p>- O grande problema tem a ver com o tipo de linguagem que cada um dos sistemas utiliza. Nós utilizamos uma linguagem mais psicológica, mais emocional, mas próxima da linguagem dos pacientes e os contextos judiciais utilizam uma linguagem muito jurídica, que tende a ser muito objetiva, o que está muito longe da realidade das pessoas (...)</p>
	E3	<p>- Por norma, nos clientes involuntários (...) eu recebo o pedido e depois faço uma reunião com o encaminhador para esclarecer melhor o pedido que me está a fazer e é o encaminhador que me</p>

	<p>apresenta os clientes e que fala sobre o que é pedido deles e aquilo que é a resposta que eu tenho que dar. (...) por norma, com o tribunal isto é mais difícil.</p> <p>- (...) é uma estratégia pensada, precisamente para já ficar claro para toda a gente e partirmos logo, deste pressuposto da clarificação da informação e da partilha de informação (...)</p> <p>- (...) também fazemos o nosso acordo de prestação de serviços (...) no sentido de... também apresentamos à família a possibilidade de ficar por um mínimo, que é pura e simplesmente nós (...) fazermos uma avaliação para dar resposta ao pedido que o encaminhador nos faz ou (...) ir mais além, responder a algum pedido específico da família (...).</p>
<p>E4</p>	<p>- (...) é importante que as regras da comunicação, das trocas de informação, dos contactos com as entidades que encaminham ou referenciam estes clientes estejam claras.</p> <p>- Portanto, algo que é importante é a entidade referenciadora saber (e que sabe) (...) há alguma informação relevante que é partilhada, há outra informação também muito relevante que não é partilhada porque é do foro do contexto terapêutico. (...) aquilo que é partilhado tem a ver com a assiduidade dos clientes, se vão ou não vão às sessões, o nível de envolvimento e de comprometimento com o processo de intervenção (...) e também uma visão geral e, no fundo, sintética daquilo que é a nossa compreensão.</p> <p>- Habitualmente aquilo que também faço com os clientes é, antes de remeter esta informação para o tribunal, fazer-lhes as perguntas: “Como sabem, há alguma informação sobre o nosso trabalho, sobre o nosso processo que vai ser partilhada com a entidade referenciadora, que informação é essa que acham que deve ser partilhada?”, “De tudo aquilo que conversámos, de todas as evoluções, avanços, recuos que foram acontecendo, o que é que vos parece importante saber, o senhor juiz, assistente social, psicóloga, o senhor y ou z, relativamente ao processo?”.</p> <p>- A ideia é trabalharmos com transparência, com verdade, com honestidade, não há aqui informação deturpada ou que é dita a uns</p>

		e não é dita a outros. Ou seja, os canais de informação têm que ser abertos, mas isto não quer dizer que não haja limites.
Gestão da discrepância entre pedidos	E1	- Quando essa discrepância é muito aguda e está muito cristalizada, (...) é importante despender algumas sessões para discutir claramente essa discrepância. Porque é que aquilo que o tribunal, comissão ou qualquer entidade nos pede é importante para o tribunal e porque é que está a pedir e, depois refletir com a família porque é que aquilo está ou não a ser importante e porque é que têm uma visão tão diferente. E às vezes a discussão dessas visões é também importante, até para a família poder perceber, porque é que há legitimidade da entidade que pede em pedir aquilo e porque é que esse pedido acaba por ser complementar daquilo que é uma função da família e, portanto, que a família também o deve integrar nas suas próprias preocupações.
	E2	- Esse é um dos grandes problemas com que nós nos confrontamos. Quando o pedido da agência não é claro, nós tentamos esclarecer. - O que nós tentamos fazer quando os pedidos são discrepantes? Tentamos perceber se é possível negociar um pedido conjunto e se é possível, dentro desse pedido conjunto, enquadrá-lo naquilo que é o pedido do tribunal. - Utilizamos as estratégias que utilizamos frequentemente para fazer a redefinição do pedido, negociar objetivos, ajudar as pessoas a perceberem se pode haver objetivos diferentes daqueles que elas tinham pensado, mas que possam na mesma ser interessantes, se é útil para a pessoa desenvolver outras estratégias que não aquelas que a pessoa tinha pensado. - E também não trabalhamos sobre questões que impliquem decisões, ou seja, o que é que nós fazemos? Normalmente tentamos trabalhar competências transversais e competências básicas de articulação.
	E3	- Nós temos recursos e alguns instrumentos que criámos, que nos ajudam a fazer escalonamentos do impacto do problema da família, o que é que pode acontecer se nada for feito (...), para que

		<p>a família também possa visualmente perceber o impacto da não mudança e o impacto da mudança e porque é que está ali.</p>
	E4	<p>- Com a necessidade de ter que fazer ajustamentos. Ou seja, nós não esquecemos os objetivos da entidade que fez a referência, mas não trabalhamos “chapa-cinco” com eles.</p> <p>- Podemos perguntar aos clientes o que é que eles pensam sobre os objetivos... “olhe, o tribunal pediu-nos isto assim e assim, o que é que pensa/m sobre isso?”. (...) O que é que para eles seriam objetivos úteis para nós trabalharmos no nosso espaço terapêutico? (...) há um ajuste, uma negociação, há algum encaixe, mas a formulação final dos objetivos com que trabalhamos e que definimos para o nosso contrato terapêutico, é feita com os nossos clientes diretos, portanto, com a família, com os clientes involuntários.</p> <p>- Nunca me aconteceu haver assim uma discrepância tão grande. Às vezes eles não dizem exatamente a mesma coisa, sei lá, se calhar o tribunal diz-nos “o objetivo é que sejam retomadas as visitas entre o progenitor masculino e os filhos” (...) e às vezes, os filhos não querem isso e dizem “nós não queremos isso, nós queremos é ter uma relação diferente com o pai” e, mesmo que o pai queira as visitas... então, se calhar é importante primeiro nós trabalharmos a comunicação, partilharmos dúvidas, sermos honestos uns com os outros, podermos projetar no futuro uma relação diferente enquanto pai e filhos e filhos e pai. E portanto, nós vamos formular o objetivo do nosso contrato terapêutico, que não será retomar as visitas, mas muitas vezes, são objetivos definidos pela família connosco, que ajudam que esse objetivo último seja retomado.</p>
<p>Outras dificuldades de intervenção</p>	E1	<p>- (...) uma das dificuldades que vou sentido, que acho que acontece em todos os processos, mas nestes ainda mais visível é, uma mistura de duas coisas que é o elevado grau de complexidade nas relações, quer nos sistemas e subsistemas familiares, quer na relação do sistema familiar com outros suprassistemas. E depois há uma gestão daquilo que é a descrença de todos, até da própria família de que é possível alcançar determinadas mudanças que são</p>

	<p>importantes face aquilo que é um conjunto de insucessos que estão acumulados. E portanto essa gestão da pouca esperança numa mudança, é um dos desafios grandes que também às vezes tenho nesses processos, particularmente aqueles que tem um tempo maior de intervenção.</p>
<p>E2</p>	<p>- (...) situações emocionalmente difíceis de gerir para o próprio terapeuta, que podem ter a ver com situações que até configuram algum tipo de crime e que sejam graves, de violência, de abuso, etc.</p> <p>- Pode haver questões relacionadas também com alguma agressividade, que surgem no contexto terapêutico, muitas vezes, por todo o contexto de <i>stress</i> em que estas pessoas vêm procurar ajuda. (...) projetar no terapeuta algumas coisas que às vezes, para nós são difíceis de gerir, como por exemplo, fazerem afirmações do género “que os psicólogos são todos iguais” ou “andamos aqui de serviço em serviço e vocês não fazem nada” ou culpabilizar muito os profissionais por aquilo que não funciona (...).</p> <p>- (...) as questões mais difíceis têm a ver com o estabelecimento da relação e com o sair do quadro de avaliador, de juiz, de alguém que vai dar um parecer. (...) profissionais que não tenham um bom desenvolvimento pessoal e que não tenham uma boa formação, teórica e prática, para intervir com estas famílias, podem ver-se armadilhados por práticas muito baseadas no senso comum e no julgamento fácil, que é, por exemplo “este é o agressor, esta é a vítima”. E isso dificulta muito a intervenção, porque o sistema é muito mais complexo do que isso.</p> <p>- (...) as questões do papel que nós ocupamos são difíceis, as questões dos nossos próprios preconceitos e pontos de partida, (...) a falta de formação dos profissionais para intervir com estes casos.</p> <p>- Depois acho que as questões éticas, embora não sejam um problema, são questões que surgem. A informação à qual nós temos acesso e para onde é que essa informação e como é que ela chega depois às agências que nos pedem essa informação (...).</p>

		- (...) às vezes, surgem problemas complicados que tem a ver com o envolvimento das crianças e com a forma como os profissionais podem ou não considerar que (...) estão em risco e como é que isso pode ser gerido, não sendo demasiado paternalista ou tentando fazer com que a nossa intervenção seja mais protetora e mais competente do que as outras, mas ao mesmo tempo também não sendo negligentes, no sentido de não identificar ou pontuarmos situações que possam ser críticas.
	E3	- Temos a questão da confiança que é difícil de estabelecer e da informação nem sempre ser a real. Nas primeiras sessões, acho que perdemos algum tempo nisto. (...) são sempre muito centradas até conseguirmos ter essa relação, portanto, o acesso à informação e o acesso a uma relação de confiança.
	E4	- Dificuldades de ter que lidar com esses clientes pouco simpáticos e pouco colaborantes. (...) com as dificuldades de ter que ser muito claro relativamente a um conjunto de dilemas éticos que têm de enfrentar (...). - Devem também ter claro qual é que é o seu papel técnico de saúde mental (...) e não agentes controladores e reguladores do poder judicial, (...) tendo para eles muito claro qual é que é a sua função enquanto terapeutas.

Quadro 5: *Quadro da Categoria “Vulnerabilidades do Terapeuta”*

Categoria: Vulnerabilidades do Terapeuta	
Temas	Exemplos de Citações/ Verbalizações
Vulnerabilidades do Terapeuta	E1 - Eu acho que são muitas. (...) nem sempre é feita a formação específica para este tipo de intervenção com a devida profundidade e é uma formação que deve ser permanente. Nem sempre se procura adequada supervisão (...). É importante nós termos a possibilidade de discutir casos que são altamente complexos e ter essa visão externa dos casos. (...) não havendo essa experiência e formação prévia, não é fácil responder às particularidades deste tipo de intervenção.

		<p>- Há essencialmente dois tipos de profissionais que intervêm neste contexto, que são os psicólogos forenses (...) e, depois há os psicólogos clínicos e as pessoas especializadas na intervenção familiar (...) e nem sempre é fácil os profissionais conseguirem posicionar-se num adequado grau de intervenção, na medida em que esta (...) não pode ser estritamente terapêutica, mas também não deve ser exclusivamente encarada numa perspetiva forense. (...).</p> <p>- Tem que haver um domínio grande dos próprios diplomas legais que enquadram a intervenção, a lei de proteção de crianças e jovens em perigo, do regime tutelar cível, para também se perceber com é que funcionam as entidades com as quais vamos estar a articular e também perceber o nosso papel enquanto interventores (...).</p>
	E2	<p>- Eu acho que há duas falhas fundamentais, uma delas é a falta de formação na área (...) e outra das questões tem a ver com questões pessoais do próprio terapeuta (...). (...) para trabalhar com este tipo de situações, os terapeutas devem ter uma grande tranquilidade terapêutica e devem ter um bom desenvolvimento pessoal e isto raramente acontece. Para não entrarem muito na lógica do certo e do errado, da verdade e da mentira, (...) e para isso é preciso ter uma noção da complexidade da situação que implica conhecimentos, mas que implica também postura amadurecida e refletida sobre estas situações.</p> <p>- E também acho que é muito importante trabalhar em equipa, trabalhar em co-terapia.</p>
	E3	<p>- O que eu sinto em co-terapia com pessoas que não trabalham por exemplo, na área da promoção e proteção, é algum desconhecimento da lei, a parte legal (...) nalguns serviços com os quais colaboro, alguma dificuldade na articulação com o exterior.</p>

		- (...) eu acho que falta mais treino à intervenção em rede, mais articulação com as redes formais e informais, mais recurso na informação.
	E4	<p>- (...) querer ir depressa demais, (...) ter uma postura mais confrontativa, mais direta, também de ser assertiva, no fundo... muitas vezes estes clientes involuntários, sobretudo se têm uma postura muito hostil, a escalada assimétrica é qualquer coisa que pode ocorrer.</p> <p>- (...) sentir que como o tribunal nos manditou a nós, nós pressionarmos o outro a fazer alguma coisa mesmo que seja contra a sua vontade. Isto não faz qualquer sentido.</p> <p>- Se tivermos a falar de um contexto terapêutico (...) imagino eu, terapeutas mais jovens, menos experientes, ou profissionais, mesmo na área do serviço social ou de outras áreas, que tendo um mandato judicial, acham que podem estar com o cliente de uma outra forma e fazer uso desse poder (...). E eu acho que isso é um erro bastante grave.</p> <p>- (...) não ser claro relativamente aos limites da confidencialidade, é não ter claro na nossa cabeça e transmiti-lo (...) aos nossos clientes o que é que é partilhado e não partilhado (...).</p> <p>- (...) trabalhar com objetivos que são impostos e não trabalhar com os objetivos que são negociados com a família ou com os clientes... Perder um bocado a noção de qual é que é o seu papel enquanto terapeutas.</p>

Quadro 6: *Quadro da Categoria “Dilemas Éticos”*

Categoria: Dilemas Éticos		
Temas	Exemplos de Citações/ Verbalizações	
Dilemas Éticos	E1	- Um dos maiores desafios que temos com este tipo de clientes é a neutralidade. Nós, por um lado, temos de manter essa capacidade de sermos neutras na intervenção, mas não podemos nos esquecer que há um pedido de uma entidade a que temos de

	<p>responder (...), para além de outros que já temos enquanto terapeutas, que temos um <i>self</i> e os nossos valores e temos as nossas visões do mundo e o grau em que conseguimos ser neutros é sempre limitado.</p> <p>- (...) no decurso de um processo, nós podemos ficar na posse de um conjunto de informações a respeito da família (...) que nós não podemos deixar de reportar às entidades que nos fazem a solicitação da intervenção. Mesmo quando o pedido que as entidades nos fazem não têm conexão direta com essa informação que entretanto é obtida. O que eu tento fazer (...) é deixar-lhes claro o objetivo logo na primeira sessão, de que há informações de que poderei ser obrigado a reportar (...), nomeadamente se existirem crimes cometidos contra crianças, ou situações de perigo graves (...). Por vezes nós ficamos nessa situação de ter que decidir entre salvaguardar aquilo que é a confiança que a família deposita em nós, guardando sigilo relativamente a determinada situação ou termos que partilhar essa informação porque ela é importante e relevante para determinado aspeto daquilo que nos é pedido.</p>
<p>E2</p>	<p>- (...) acho que as questões éticas que se levantam têm a ver com a confidencialidade. Acho que nós temos de ter muito cuidado no tipo de acesso que temos à informação da vida das pessoas e estar suficientemente libertos para trabalhar da forma que achamos que devemos trabalhar (...). (...) termos sempre muito respeito pela vida das pessoas e muito cuidado naquilo que são as informações que vamos transmitir (...).</p> <p>- Também acho, que do ponto de vista ético, a troca de informação com outros colegas é uma coisa que tem de ser ponderada de forma muito cuidadosa (...).</p> <p>- Outra questão ética relevante tem a ver com o próprio terapeuta. (...) deve avaliar se tem condições para intervir com estes casos, quer pessoais, quer profissionais e de formação. (...) esse</p>

		<p>posicionamento depois pode interferir naquilo que é a condução que a pessoa está a fazer daquele processo.</p> <p>- (...) existe uma assimetria de poder entre pacientes e terapeutas. Somos nós que fazemos as perguntas, somos nós que conduzimos o processo, é preciso ter cuidado.</p>
	E3	<p>- Muitos. (...) a sua própria identidade, a sua própria história e depois, (...) há problemas que mexem connosco, do ponto de vista dos nossos valores. É preciso estarmos conscientes e ter alguma informação antes de partirmos para os processos. Nos clientes involuntários não é raro encontrarmos processos de maus tratos graves, de abusos sexuais, de violência que mexem connosco...</p> <p>- Depois a própria história do terapeuta (...) naquilo que é a sua capacidade de gerir os sentimentos que aquele processo lhe provoca. (...) não podemos deixar que aquele que é o nosso sentimento nos molde a visão e nos retire a clareza (...).</p>
	E4	<p>- Para além do dilema da confidencialidade, do partilhar, do que não partilhar, até onde partilhar (...). (...) a questão da responsabilidade da mudança. É não olharmos para este caso como quem tem a responsabilidade que os clientes mudem o profissional, se é bom, se é mau... portanto a responsabilidade de mudar é dele porque houve uma entidade com poder judicial que determinou que aquela pessoa iria fazer aquele trabalho... Eu acho que a responsabilidade da mudança é sempre dos clientes e os terapeutas são sempre vistos como catalisadores dessa mudança, facilitadores ou não dessa mudança.</p>

Quadro 7: *Quadro da Categoria “Protocolo de Intervenção Sistémica com Clientes Involuntários/ Mandatados”*

Categoria: Protocolo de Intervenção Sistémica com Clientes Involuntários/ Mandatados	
Temas	Exemplos de Citações/ Verbalizações
Utilidade e pertinência da criação de um	E1 - Acho possível, acho útil. Acho que é uma necessidade neste momento porque vão existindo alguns modelos, (...) por exemplo, do MAIFI, que fez um percurso grande em termos dos Centros de

<p>protocolo de intervenção com clientes involuntários</p>		<p>Apoio Familiar e Aconselhamento Parental, (...) porque inspirou muitas equipas mas que nunca foi adotado formalmente.</p> <p>- Há depois outras experiências, como as que estão a ser feitas por um juiz de Mafra que (...) também se encaixam um bocadinho nessa lógica (...).</p> <p>- (...) era muito importante e interessante que pudesse ser feito realmente aqui um protocolo (...) que clarificasse muito bem (...) aquilo que é o papel da entidade decisora, aquilo que é o papel de quem intervém, os tais limites da confidencialidade, (...) como é que se faz a devolução da informação, como é que se gere as tais situações que nos colocam limites em relação aos aspetos éticos e deontológicos da intervenção e (...) acho que isso mais do que ser possível, é uma necessidade neste momento, de haver algumas linhas orientadoras em relação a este tipo de intervenção.</p>
	<p>E2</p>	<p>- Considero. (...) eu e um conjunto de colegas estamos a desenvolver um modelo de intervenção, mas é apenas e só, em situações de conflitualidade parental elevada. Mas considero que é importante. Não um protocolo rígido, porque cada caso é um caso, mas um protocolo que permita ter linhas orientadoras daquilo que está cientificamente comprovado que pode ser útil.</p>
	<p>E3</p>	<p>- Já vão existindo alguns. Eu não sinto assim falta porque eu acho que cada processo é um processo. Acho que devemos estudar cada processo e criar o protocolo para cada cliente, de acordo com aquilo que sejam os motivos que levam ao encaminhamento do processo.</p> <p>- (...) eu acho que ele deve ser aberto.</p> <p>- Se calhar podiam ser amplamente divulgados (...).</p>
	<p>E4</p>	<p>- Sim e não. Ou seja, eu acho que sim, que há alguns princípios orientadores, alguns pressupostos, algumas metodologias até, algumas técnicas, sobretudo naquela fase inicial dos processos, que podem ajudar a definir, a estipular, a organizar a nossa intervenção com estes clientes. Depois também acho que o facto</p>

		<p>de serem involuntários ou voluntários é apenas uma das características que eles têm, e que cada caso é um caso e portanto aqui, esta visão do protocolo muito “tratar todos com determinado guia” ... eu acho sinceramente que não concordo, não me faz sentido (...).</p> <p>- eu diria que faz sentido ter um protocolo que aborde algumas temáticas, (...) dimensões, sobre a confidencialidade, (...) a regulação da informação e a partilha da informação com as outras entidades, (...) como apresentamos o serviço à família, (...) como vamos até trabalhando a nossa dimensão da aliança com estes clientes, (...) como podemos ir co-construindo objetivos partilhados para o processo terapêutico.</p>
<p>Variáveis, normas e procedimentos a incluir num “protocolo”</p>	<p>E1</p>	<p>- Procedimentos em relação à forma como o pedido é feito pela entidade decisora, (...) relativos a uma primeira sessão e à clarificação dos limites da confidencialidade, (...) relativos à forma como é devolvida a informação à entidade decisora e (...) relativos à forma como são enquadrados os pedidos da própria família que nada têm que ver com aquilo que nos é pedido pela entidade decisora. Essencialmente isto, porque são categorias latas mas depois dentro disto há um conjunto de aspetos mais específicos, como até a gravação ou não das sessões em suporte áudio ou vídeo, os limites dessa utilização, aquilo que é também um conjunto de procedimentos de como lidar com outros interventores no processo (...).</p> <p>- Eu mentalmente, ao longo do tempo fui organizando um conjunto de procedimentos, mas obviamente não se trata de um protocolo formal, eu acho que era aqui importante uma formalização desse modelo.</p>
	<p>E2</p>	<p>- É uma pergunta muito complexa. (...) incluiria questões para o início do processo, (...) questões que permitissem identificar os casos que devem ser encaminhados para intervenção, colocaria questões sobre o próprio profissional, sobre que formação e que treino o profissional deve ter (...) variáveis mais de fundamentação da intervenção em si, (...) mais geral, (...) mais</p>

	práticas sobre como desenvolver a intervenção, metodologia, sessões, etc.
	<p>E3 - Desde a recepção do cliente até aos cuidados a ter numa primeira sessão, algumas dicas para o guião de entrevista (...) o antes da sessão, os cuidados com o encaminhador, (...) com a linguagem, todos esses protocolos que estão descritos nos protocolos de intervenção do Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar Integrada...</p> <p>- Nós trabalhamos com estes protocolos desde 2008 e são protocolos que têm guiões para a primeira entrevista, guiões para intervenção no domicílio, guiões para intervenção em rede, os cuidados a ter, que perguntas fazer, como é que deve ser a postura do terapeuta, todo o treino do terapeuta para fazer essa intervenção, para transformar os clientes involuntários em voluntários.</p> <p>- (...) há um trabalho também a nível pessoal, eu acho que é necessário os terapeutas fazerem, de desconstrução da identidade do próprio terapeuta (...). Portanto, isso também seria um trabalho fundamental.</p>
	<p>E4 - Há aqui três desafios muito particulares na intervenção com estes clientes. O primeiro (...) é “para quê” da terapia/intervenção e, neste sentido é importante num primeiro momento aceitar e ir trabalhando com este “para quê” da terapia, que nem sempre é claro com estes clientes. Depois um segundo desafio que tem a ver com a co-construção dos objetivos partilhados, portanto de como fazer este casamento entre os objetivos das entidades e os objetivos dos clientes e como ir negociando e ajustando isto para o nosso processo. Ainda aqui neste desafio, trabalhar as questões da segurança e da confidencialidade. E depois um terceiro desafio (...) que tem a ver com o estabelecimento da aliança terapêutica (...).</p> <p>- (...) um protocolo que seja orientador mas que não seja demasiado fechado.</p>

Quadro 8: *Quadro da Categoria “Prática e Formação - Intervenção Mandatada em Portugal”*

Categoria: Prática e Formação - Intervenção Mandatada em Portugal	
Temas	Exemplos de Citações/ Verbalizações
Avaliação da prática da intervenção involuntária/mandatada em Portugal	<p>E1</p> <p>- Eu acho que há uma grande assimetria, porque dependendo de cada comarca e de cada tribunal é sempre ligeiramente diferente, ou dependendo de cada zona onde há diferentes Comissões de Proteção de Crianças e Jovens é diferente. Dentro dos próprios tribunais está muito dependente dos pares de juízes e procuradores e de acessibilidade com este tipo de intervenção portanto, não há propriamente também uma norma interna sobre como é que este tipo de intervenção pode ou não ser desencadeada, apesar dela ter enquadramento legal e de ficar claro que na ausência de resposta formal do estado, podem ser aqui acionados meios privados para fazer este tipo de intervenção.</p> <p>- Acho que há a tal confusão ou a tal dualidade entre aquilo que é a intervenção terapêutica e a intervenção forense que introduz aqui também um outro patamar de falta de clareza (...).</p> <p>- Acho que há muitos profissionais a intervir nesta área sem formação específica e sem noção sequer do enquadramento legal (...).</p> <p>- (...) acho que os juízes, procuradores e comissões vão estando mais sensíveis a este tipo de intervenção, mas ainda não há uma total clareza para eles daquilo que é a forma como esta intervenção se processa e aquilo que são os limites e aquilo que este tipo de intervenção pode ou não pode fazer (...).</p> <p>- Depois há o tal desafio (...) eu acho que este tipo de intervenção só é solicitado nos casos onde tudo falha (...). Não há essa dimensão mais preventiva (...).</p>

	<p>E2 - A ideia que eu tenho é genericamente uma ideia positiva, mas não tenho dados concretos que me permitam avaliar essas práticas.</p> <p>- Faz-me imenso sentido que exista, acho que devem haver <i>guidelines</i>, não acho que deva haver protocolos rígidos, mas acho que (...) devem ser desenvolvidas por profissionais que, de facto, tenham experiência clínica, mas que depois tenham conhecimentos (...) mais teóricos e que se articulem com vários serviços, porque esta intervenção não é uma intervenção da psicologia, é uma intervenção que cruza aqui muitas interfaces, a justiça, a área social, a área académica (...).</p>
	<p>E3 - Eu acho que ainda temos um caminho longo a percorrer e acho que ainda é preciso as pessoas (...) saírem do papel de especialista e colocarem-se numa postura empática com estes clientes.</p> <p>- (...) acho que é ainda preciso aqui muita formação aos profissionais para que possam perceber que aqueles clientes não estão assim só porque se lembraram (...). Há todo um conjunto de dinâmicas que precisa de ser trabalhada e todo um conjunto de crenças e valores que precisam de ser analisados (...). (...) acho que ainda há aí um grande caminho a fazer-se, a nível nacional.</p>
	<p>E4 - A verdade é que eu acho que não conheço assim tanto... Conheço muito a minha realidade (...) reconheço que tem havido sempre muito trabalho com clientes involuntários, mas diria que há quatro, cinco anos para cá, há muito pedidos por parte dos tribunais (...).</p> <p>- Nos dois centros onde trabalho há claramente um crescimento de pedidos mandatados e portanto, eu acho que há essa necessidade... Sinto que o trabalho que tem sido feito (...) tem sido trabalho muito valorizado pelos tribunais (...) tanto de parte das famílias, como de parte dos</p>

		<p>profissionais que as encaminharam, há uma avaliação positiva do trabalho que tem sido feito.</p> <p>- (...) mas os outros pontos do país, eu não conheço tão bem a realidade.</p>
<p>Perspetivas sobre a formação no âmbito da intervenção mandatária/involuntária</p>	E1	<p>- (...) acho que há aqui uma necessidade de formação mais específica nesta área.</p>
	E2	<p>- Na área da psicologia e em particular do trabalho com famílias, acho que não. Do resto, não sei. (...) acho que há pouca formação e acho que a informação a ser desenvolvida deve ser (...) baseada em evidências que possam suportar as práticas (...).</p>
	E3	<p>- Eu não conheço (...) a formação que está a ser dada, nem lhe consigo responder a isso. A minha, eu procurei-a.</p> <p>- Não existe assim nada muito concreto que eu saiba também.</p>
	E4	<p>- Acho que devíamos ter muito mais formação sobre clientes involuntários. (...) não tive nenhuma formação sobre clientes involuntários, foi algo que comecei a estudar, a investigar, a explorar e a descobrir, já depois de ter chegado à prática e me ter confrontado com estes clientes.</p> <p>- (...) eu acho que já vai havendo alguma formação sobre estes clientes, pouca ainda... (...) também acho que a nossa formação, na Faculdade e fora da Faculdade, continua a ser muito baseada naquilo que são os modelos teóricos, na formação teórica em termos de modelos... e muito menos em termos daquilo que é as competências relacionais, competências para estar em relação em consulta com uma família e com clientes involuntários. E portanto, eu acho que a formação deveria ter um maior pendor, não só sobre a questão dos involuntários e dos mandatados, mas por todas as singularidades que ela apresenta comparativamente aos voluntários (...).</p>

