

Natália Bastos da Silva

Gravidez na Adolescência – Estudo de Caso

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2008

Natália Bastos da Silva

Gravidez na Adolescência – Estudo de Caso

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2008

Natália Bastos da Silva

Gravidez na Adolescência – Estudo de Caso

Natália Bastos da Silva

Projecto de Graduação apresentado à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Licenciada em Serviço Social, sob orientação do Mestre Luís Santos.

Natália Bastos da Silva

Gravidez na Adolescência – Estudo de Caso

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2008

Natália Bastos da Silva

Gravidez na Adolescência – Estudo de Caso

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2008

Natália Bastos da Silva

Gravidez na Adolescência – Estudo de Caso

Natália Bastos da Silva

Projecto de Graduação apresentado à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Licenciada em Serviço Social, sob orientação do Mestre Luís Santos.

Agradecimentos

Tenho de agradecer a muitas pessoas...

Assim, vou começar por agradecer à minha família, aos meus pais por todo o apoio durante estes anos, às minhas irmãs e ao meu cunhado por estarem sempre presentes, e como não podia deixar de ser, à minha sobrinha e ao meu afilhado que me dão muitas alegrias.

Aos amigos e colegas, em especial à Carina, pela amizade e pelos bons momentos ao longo destes anos.

Agradeço a todos pelo apoio, mesmo nos momentos mais difíceis.

A todos os professores que passaram pelo meu percurso académico, especialmente ao Mestre Luís Santos pelo incentivo, transmissão de toda a sua sabedoria e disponibilidade para a elaboração deste projecto.

Às Assistentes Sociais da Maternidade de Júlio Dinis, Mestre Isabel Lerenó; Dr.^a Rosa Areias; e Dr.^a Cândida Reis, por todo o apoio, paciência e disponibilidade que demonstraram ter durante o estágio, e pela partilha das suas experiências. E à D. Maria do Céu, assistente administrativa, que sempre se mostrou disponível.

ÍNDICE GERAL

Agradecimentos	V
Índice de Anexos	VIII
Índice de Siglas	IX
Resumo	X
Introdução	11

PARTE TEÓRICA

Capítulo I – Famílias Multiproblemáticas e Intervenção Social

1.1. Introdução	14
1.2. Famílias Multiproblemáticas: alguns elementos de análise	14
1.2.1. A Relação das Famílias Multiproblemáticas com os Serviços Sociais	18
1.3. Famílias Pobres: Desafios à Intervenção Social	21
1.3.1. Conceito de Famílias Multiproblemáticas	21
1.3.1.1. Funcionamento Familiar das Famílias Multiproblemáticas Pobres	22
1.3.1.2. Evolução dos Problemas	23
1.3.1.3. Competências e Recursos	23
1.3.2. Modelos de Intervenção	24
1.3.2.1. Processo de Intervenção Tradicional	25
1.3.2.2. Ineficácia da Intervenção Tradicional	26
1.3.2.3. Reformular a Intervenção, o papel do técnico e do utente	27

Introdução

O conceito de família é bastante antigo. Nos nossos dias, a imagem de família encontra-se extremamente alterada, assumindo novos e diferentes significados. A família é, muitas vezes, vista como a imagem da integração social do indivíduo; é o primeiro grupo social onde a criança, normalmente, começa a socializar-se, para depois seguir com o grupo da creche ou escola, depois o grupo de amigos, etc.

Todas as crianças precisam de uma família que as apoie e ajude a crescer da forma mais saudável e tranquila possíveis. Por vezes, impõe-se o afastamento da criança do meio em que nasceu e cresceu, colocando-a num centro de acolhimento como uma medida de prevenção, ou seja, de emergência. Esta medida de que falamos, muitas vezes, prolonga-se enquanto não estiverem reunidas as condições necessárias para que a criança regresse a casa e à sua família de origem.

Deste modo, o crescimento de crianças em instituições tornou-se cada vez mais comum. Na maior parte das vezes, não sabem o que é ter uma família biológica, anseiam por uma e idealizam-na como o último recurso para viverem felizes e sem as preocupações que uma criança deve viver. Não conhecem o sentido de família dita *normal*, pois, muitas vezes, não viveram com uma, ou então viveram apenas por muito pouco tempo.

Este trabalho surge no seguimento do estágio ter sido realizado na MJD e do facto de este ter incidido, em particular, nas temáticas associadas às mães adolescentes. Assim, pretendemos analisar a problemática da maternidade na adolescência, inserida numa família multiproblemática. Temos, também, como objectivo a caracterização dos procedimentos realizados pelo Serviço Social da MJD com a família desta adolescente e ao nível das outras instituições. A intervenção com as famílias das adolescentes é fundamental, pois estas ainda são menores e há uma preocupação em tentar caracterizar o tipo de apoio existente, ou sua ausência, em casa por parte da família.

Desta forma, organizámos o trabalho em duas partes distintas. A primeira parte refere-se à revisão bibliográfica de acordo com alguns autores fundamentais na área das famílias multiproblemáticas, também designadas por multiassistidas. Foi fundamental para nós compreendermos este conceito, de resto, polémico, dado evidenciar, à partida, características negativas. Na segunda parte, constituída pelo segundo capítulo, faz-se a apresentação da situação por nós analisada, onde procuramos explicar os procedimentos utilizados pelos diferentes profissionais, bem como a sua justificação e a caracterização sócio-demográfica da adolescente. Por último, temos a análise e discussão do caso, onde se pretende fazer o encontro entre a revisão bibliográfica e as decisões tomadas pelos profissionais, em particular os de Serviço Social, destacando também as dificuldades e constrangimentos e equacionando, também, diferentes alternativas.

I PARTE

Capítulo I – Famílias Multiproblemáticas e Intervenção Social

1.1. Introdução

O presente capítulo pretende abordar as famílias multiproblemáticas, e os assuntos que lhe são inerentes; as famílias pobres, e por último, a intervenção psicossocial e os seus objectivos.

1.2. Famílias Multiproblemáticas: alguns elementos de análise

As famílias multiproblemáticas são vistas como um dos maiores desafios para os técnicos de acção social e saúde. Os objectivos da intervenção com famílias multiproblemáticas mostram a importância da construção de um processo familiar, fazendo com que os membros de uma família comuniquem entre si e não através dos técnicos. Não é raro as famílias multiproblemáticas evidenciarem algumas dificuldades de reflexão em torno das suas acções, respondendo aos problemas de forma nem sempre adequada, sendo também que a sua capacidade de negociação carece, diversas vezes, de uma maior abertura para o diálogo, facto que justifica a expansão de relações conflituosas nos diferentes contextos.

A estrutura destas famílias é, por definição, instável e tem vários inconvenientes em diferentes pontos, desde a definição de tarefas às regras de funcionamento. Existe um grande número de mães sozinhas que, na maior parte das vezes, foram mães adolescentes e em que as suas relações têm como características o facto de serem muito instáveis e as relações de pouca duração. Por estes motivos as figuras cuidadoras são bastante instáveis e as crianças acabam por crescer nestes ambientes que dificultam o seu bom desenvolvimento. Vivem em situações que vão desde o alcoolismo e violência, passando por habitações precárias e trabalham, por norma, em tarefas indiferenciadas.

Inicialmente, a noção de famílias multiproblemáticas compreendia famílias de baixo estatuto socio-económico. Actualmente, são tidos em conta a estrutura do grupo e as suas modalidades relacionais, uma vez que as famílias multiproblemáticas podem ser de diferentes estratos sociais, culturais e económicos. Dos estudos realizados surgiram nomes como: famílias isoladas, excluídas, sub organizadas, associativas, e as famílias desmembradas. Assim, existem alguns pontos que distinguem as famílias

multiproblemáticas, como a violência, abuso de substâncias, incesto e outros sintomas que persistem por longos períodos de tempo.

De acordo com Alarcão (2000, cit *in*. Sousa, 2005), os problemas podem afectar o indivíduo ou toda a família. Em todas estas famílias podemos encontrar diversos problemas, como maus-tratos, dependência de substâncias, ligação à prostituição, insucesso escolar, depressões, entre outros. Para além destes juntam-se os problemas de saúde, doenças crónicas e/ou deficiências. As medidas para a eliminação ou diminuição da pobreza acontecem quando há o reconhecimento da sua existência. A exclusão social pode ser compreendida como uma falta de acesso às oportunidades que a sociedade, em que o indivíduo se insere, oferece. Pode significar escassez de recursos ou ausência de cidadania. Este conceito pode ser entendido de diversas maneiras e expressa-se da seguinte forma:

- ❖ o ser, significa personalidade, dignidade, auto-estima e reconhecimento individual,
- ❖ o estar, que se refere às redes de pertença social;
- ❖ o fazer, em relação às tarefas relacionadas e reconhecidas socialmente;
- ❖ o criar, relativo à capacidade de assumir iniciativas, definir e concretizar projectos;
- ❖ o saber, o acesso à informação necessária à tomada de decisões;
- ❖ o ter, o rendimento, poder de compra, a capacidade de estabelecer prioridades de consumo.

A exclusão/inclusão social é utilizada para explicar as formas de vida das famílias multiproblemáticas, uma vez que algumas são excluídas, apesar de nem todas serem pobres. Os apoios existentes na comunidade envolvente acabam por incluir estas famílias devido à sua falta de autonomia e, da mesma forma, excluí-las das formas de vida consideradas menos aceitáveis.

A indefinição dos papéis familiares é uma característica destas famílias, podendo ser visível a falta de controlo. Segundo alguns autores (Cancrini, Gregorio e Nocerino, 1997, cit *in*. Sousa, 2005) as estruturas típicas deste tipo de famílias podem ser identificadas de acordo com:

- ❖ pai periférico, quando estamos perante um pai desocupado ou com emprego modesto, baixo nível de escolaridade, e que ocupa um papel secundário ao nível emocional e financeiro;
- ❖ casal instável, em que podemos observar casos de casamentos ou relações de pouca durabilidade, normalmente entre jovens que não são capazes de construir uma família independente. Há a possibilidade de a avó assumir o papel de mãe dos seus filhos e netos;
- ❖ mulher só, em relação às famílias em que a mulher é de um estatuto social e cultural simples, cria os filhos que podem ser de diferentes pais, sozinha. A infância e/ou adolescência destas mulheres podem ter sido passadas numa instituição ou terem passado pela prostituição. Muito dificilmente conseguem reorganizar a sua vida e os filhos acabam por ficar, muitas vezes, a cargo do Estado;
- ❖ família petrificada: surge como consequência de um trauma que altera por completo as suas vidas. Como resultado gera-se um círculo vicioso relativamente à falta de organização e intervenção dos serviços.

Minuchin (*et al.*, 1967; cit *in*. Sousa, 2005) refere que as famílias multiproblemáticas definem os limites com o subsistema e acabam por se separar devido à distância existente entre os membros e à definição pouco clara dos papéis na família.

A instabilidade influencia a falta de amadurecimento das relações conjugais, vivem continuamente entre o amor e o ódio, a alegria e a tristeza. Associada à forma de conjugalidade nestas famílias podemos ver a deterioração da função parental. Há uma fraca sociabilização e falta de protecção relativa à sociedade, que vão dar lugar aos conflitos com a comunidade. As crianças acabam por crescer num meio de abandono e com poucos cuidados, o que mais tarde terá como consequência perturbações nos adolescentes e jovens adultos visíveis no abandono escolar e nos problemas de socialização. Para além do facto da função parental estar ligada a diferentes figuras, dependendo dos companheiros da mãe, o papel de mãe é desempenhado pela avó e, muitas vezes, por uma irmã mais velha. Quando estas situações de mudança de papéis acontecem, as crianças experimentam sentimentos como o medo, abandono, e até comportamentos de defesa. Os impulsos de agressão praticados pelos pais geram maus-tratos e falta de cuidados.

Quando estas famílias são constituídas por vários elementos e se verificam falhas nas funções parentais, estas costumam ser asseguradas pelos irmãos mais velhos (normalmente do sexo feminino). Alarcão (2000, cit *in*. Sousa, 2005) utiliza o termo “pirilampicamente parentificadas” para explicar o facto de nem sempre ser o mesmo irmão a assumir as funções parentais. Geralmente, os irmãos unem-se para se defenderem de outras pessoas, no entanto acabam por se afastar quando já não existe uma situação de “perigo”. Minuchin (1974; cit *in*. Sousa, 2005) diz que a falta de apoio dentro das famílias dá origem a estados afectivos negativos nos indivíduos pertencentes a uma família. Como consequência de todos estes problemas que as famílias multiproblemáticas experimentam tornam-se desconfiados em relação ao meio envolvente. Não dão valor às leis e normas que regem a sociedade e, por esse motivo, também não se preocupam em reconhecer de forma legal as relações como o casamento, divórcio, nascimento ou morte.

O funcionamento familiar determina o tipo de relação que liga os diferentes membros, podemos vê-lo nos afectos, forma de resolução de problemas, celebração de determinadas datas, festas, etc. Através do funcionamento podemos confirmar se as leis são ou não cumpridas, se as atitudes tomadas prejudicam ou não os membros da família, se o próprio funcionamento é ou não favorecido. Nas famílias multiproblemáticas não existe uma tentativa de conciliação das ideias. Assim, as relações tornam-se insatisfatórias, o que vai levar a uma procura de alguém exterior ao seio familiar, a fim de eliminar as necessidades presentes. Dentro destas famílias as emoções são, por norma, sentidas de forma exagerada, o que pode mais facilmente gerar conflitos.

Podemos observar que os diferentes elementos destas famílias, muitas vezes, dormem na mesma divisão, não havendo uma individualização dos espaços e a definição de regras e horários também costuma ser uma falha, a par de uma desvalorização da escolaridade. O número de mães adolescentes, justificado por uma ausência de um planeamento familiar eficaz, as uniões de facto e os casamentos em idades jovens são uma evidência. Em relação à carreira profissional, verificam-se empregos pouco qualificados e sentidos como pouco importantes. Há uma dificuldade visível em gerir os rendimentos e uma falta de prioridades. Vivem durante longos períodos de tempo dos subsídios sociais e ajudas institucionais às quais, por vezes, se junta uma actividade marginal (Alarcão, 2000; cit *in*. Sousa 2005).

1.2.1. A Relação das Famílias Multiproblemáticas com os Serviços Sociais

Estas famílias costumam ter algum tipo de ligação com os serviços em pelo menos uma situação. Dada a frequência com que recorrem aos serviços e às relações com os técnicos passaram a ser designadas, também, por famílias multiassistidas, o que significa que são apoiadas por diferentes técnicos e serviços. Esta convivência entre os indivíduos de uma família e os técnicos acaba por fazer com que surjam problemas entre as famílias que são apoiadas e os serviços que os apoiam, que podem ser compreendidos da seguinte forma (Imber-Black, 1988; Benoit, 1997; Colapinto, 1995; cit *in*. Sousa, 2005):

- ❖ a diluição do processo familiar nos sistemas sociais, tendo em conta a transferência das funções familiares para os serviços (onde os serviços passam a desempenhar funções que competem apenas à família);
- ❖ o sentimento de obrigação por parte das famílias multiproblemáticas relativamente aos serviços e técnicos;
- ❖ a ideia dos técnicos de desconsideração e crítica procedente da família, colegas ou lideranças.

A instabilidade dos vínculos dentro das famílias multiproblemáticas provoca facilmente nos técnicos atitudes substitutivas, sobretudo com os mais novos. Em todas as comunidades existem diversos serviços a que estas famílias podem recorrer em diferentes fases (acesso aos cuidados básicos de saúde, ao sistema de emprego, entrada dos filhos no sistema educativo, apoio da acção social). A relação entre as famílias e os serviços é caracterizada por alguns factores, funções e contextos. No sentido de evitar estas confusões, é essencial um esforço dos profissionais e das instituições para clarificar o modelo de envolvimento entre famílias e sistemas da comunidade que adoptam e conhecem as formas como cada família medeia a influência dos serviços para se ajustarem. A evolução teórica e prática tem originado os seguintes modelos numa perspectiva evolutiva (Dale, 1996; Wolfendale, 1983; Hornby, 1995; cit *in*. Sousa, 2005):

- ❖ o modelo especialista é o mais clássico, onde o técnico tem o papel de especialista, enquanto os clientes devem informar os técnicos para que estes possam agir;
- ❖ o modelo de transplante refere que os técnicos devem partilhar o seu conhecimento com os indivíduos que recorrem aos serviços;

- ❖ as relações de parceria consumista, que colocam o cliente no papel do consumidor, têm direito à exigência de um serviço que lhes seja prestado. Aqui as exigências dos indivíduos são facilmente desqualificadas pelos técnicos (Jaillet, 1995; cit *in*. Sousa, 2005).

Por vezes, as famílias procuram nas instituições um papel de complemento que estas não têm. Com o objectivo de estudar o elo entre as famílias e os sistemas da comunidade, é necessário perceber como se formam os problemas neste contexto. Para isso, autores como Watzlawick, Weakland e Fisch (1974; cit *in*. Sousa, 2005) identificaram algumas situações consideradas mais comuns:

- ❖ os impasses que evoluem a partir de diferenças de estatuto e de interesses entre os membros dos serviços;
- ❖ as escaladas que acontecem quando as partes envolvidas se vêem como separadas e simétricas. Há constantemente o esforço dos sistemas envolvidos em provar a sua superioridade relativamente ao outro. Se uma das partes não é impedida de continuar ou não cede a escalada avança de forma destrutiva;
- ❖ os programas são outro dos problemas realizados com a finalidade de alcançar objectivos desejáveis que não resultam e podem levar a conclusões opostas.

Os sistemas alargados são quando uma família se encontra ligada com os diversos serviços da comunidade em que se insere. Para esta situação temos diferentes tipos de respostas, a saber:

- ❖ os padrões de família que afectam a relação com os sistemas alargados estão ligados às histórias de família e aos padrões actuais da relação. As famílias têm histórias de sucessos/insucessos, de boas/más relações com os sistemas alargados, a forma como a última relação com os serviços aconteceu vai ter impacto na relação seguinte. Os padrões de interacção actual dentro de uma família são visíveis na forma como interage com os sistemas alargados;
- ❖ os padrões dos sistemas alargados que definem e afectam as relações situam-se no significado social de pedir ajuda e no mito social das famílias auto-suficientes. Cada instituição actua numa área de problema e cada técnico actua num determinado contexto. A especialização passa a ser uma multiassistência, pois diferentes instituições e técnicos intervêm dentro da mesma família;

- ❖ a noção de triângulo, de acordo com Bowen (1978; cit *in.* Sousa, 2005), onde se mostram relações onde os sistemas emocionais entre duas pessoas se tornam instáveis frente ao conflito e estabilizam pela formação de um triângulo. Estes acontecem quando se verificam disfunções familiares (Falicov, 1998; cit *in.* Sousa, 2005) pois a tensão ou conflito entre duas pessoas pode tornar-se difusa compreendendo uma terceira parte.

Deve ser tida em conta a indefinição dos limites entre a família e os sistemas alargados. Após a identificação deste problema é necessário perceber as dificuldades dos sistemas alargados e os motivos que levam a estas dificuldades. Os sistemas alargados surgem num contexto de políticas sociais e leis que definem e dirigem o trabalho efectuado.

Podemos referir a vulnerabilidade das famílias multiproblemáticas onde quase tudo acontece, tendo em conta o meio e os problemas presentes nestas famílias. Os principais problemas das famílias multiproblemáticas são, de acordo com Cancrini, Gregorio e Nocerino (1997; cit *in.* Sousa, 2005), o incumprimento de papéis, sobretudo o parental, a delimitação dos subsistemas, a tendência para a instabilidade psicossocial dos indivíduos devido à inconstância na organização estrutural, a existência de um elevado número de indivíduos problemáticos, e a coexistência de diferentes problemas por vários motivos. Fulmer (1989, cit *in.* Sousa, 2005) refere três factores que podem levar ao desencadeamento do pedido:

- ❖ a pressão do meio e a sequência de acontecimentos negativos têm como consequência a diminuição da esperança reforçando crises depressivas;
- ❖ o isolamento ou afastamento relativo às redes de apoio, especialmente com influência na vida dos filhos. Estes factos estão associados às migrações, mudanças de casa, realojamentos, que são, quase sempre, desastrosos;
- ❖ o aparecimento de conflitos mais intensos, relações menos positivas ou de não-reciprocidade, se num casal existe ou não afastamento.

Normalmente, os pedidos de ajuda são feitos por outro sistema (vizinhos, escola, polícia, etc.) que encaminham as famílias ou avisam as entidades competentes, raramente é a família que toma esta iniciativa. A escola é a instituição que mais intervém, sendo mais visível nos primeiros anos (infantário e primeiro ciclo).

1.3. Famílias Pobres: Desafios à Intervenção Social

A intervenção social é um dos instrumentos mais fortes da política social. As famílias multiproblemáticas, apesar das dificuldades, são de difícil intervenção. Daí a necessidade de analisar essas mesmas formas de intervenção, sendo fundamental perceber a forma de funcionamento e estrutura da família, passando pela reformulação das estratégias de intervenção com as famílias e pelas políticas sociais que organizam os apoios disponibilizados.

1.3.1. Conceito de Famílias Multiproblemáticas Pobres

Os contextos em que as famílias multiproblemáticas vivem, e o ambiente que as rodeia não facilitam uma intervenção social realizada em tempo curto, no sentido de alcançar as melhorias almejadas. Para quem trabalha com estas famílias torna-se difícil valorizar os aspectos positivos que estas possam ter, no entanto, todas elas têm competências e recursos que diariamente vão resolvendo alguns problemas (Ausloos, 1986a, cit *in*. Sousa *et al.*, 2007). As famílias multiproblemáticas pobres vivem de acordo com padrões repetitivos de organização que não funcionam, mas que acabam por lhes conferir alguma segurança porque já são habituais. Os profissionais devem, de alguma forma, tentar autonomizá-las para que ganhem controlo sobre as suas vidas.

Assim, de acordo com Alarcão (2000, cit *in*. Sousa *et al.*, 2007), as famílias multiproblemáticas pobres são caracterizadas pela presença, ao mesmo tempo, de comportamentos problemáticos graves e estáveis no tempo, em vários membros de uma mesma família; insuficiência grave nas actividades funcionais e relacionais da família, fragilidade dos limites e por uma relação crónica de dependência com os serviços.

As famílias pobres são as que necessitam de mais intervenção, apesar das famílias com diversos problemas poderem ser de diferentes extractos sociais, culturais ou económicos. A ausência de laços familiares é um dos factores que mais contribui para o mau funcionamento numa determinada família. O papel parental é assumido por uma ou várias pessoas. Salientamos também as famílias que têm já uma relação com os serviços formais de apoio, e que deixam de usar os seus recursos, transferindo as funções familiares para os serviços sociais.

1.3.1.1. Funcionamento Familiar das Famílias Multiproblemáticas Pobres

Podemos descrever as famílias multiproblemáticas pobres como famílias onde existem diversos problemas que afectam os vários elementos da mesma família, podem ser vividos ao mesmo tempo ou, um após o outro. Como exemplos desses problemas temos a negligência; o alcoolismo; delinquência; depressão; maus-tratos e violência doméstica; prostituição; insucesso escolar; doenças crónicas e deficiências. Apesar destes sintomas individuais serem secundários, a tendência para o caos e para a desorganização assume um papel mais importante como sintoma familiar (Alarcão, 2000, Kaplan, 1986, Linares, 1997, cit *in*. Sousa *et al.*, 2007). As famílias têm de alterar os contextos em que vivem para tentar tratar as crises, o que dá esse aspecto de tendência para o caos e instabilidade.

Outras características destas famílias são a curta duração das relações amorosas, que tanto passam por uma fase de euforia, como passam por uma fase de agressividade, que quase sempre, termina com a separação; zangas que levam com que um dos membros saia de casa para, muitas vezes, voltar após algum tempo. A instabilidade da estrutura e das relações torna-se numa das características destas famílias. A hierarquia de poder não é assumida de forma contínua porque se dispersa pelas diferentes figuras que assumem a liderança. De acordo com alguns autores (Minuchin e col. 1967; Alarcão, 2000; Pires e col., 2004, cit *in*. Sousa *et al.*, 2007), podemos verificar nestas famílias: pouca comunicação; carência de afectos e de empatia; negatividade; culpabilidade; crítica constante perante o comportamento dos outros membros e incapacidade de conceptualizar o futuro e de controlar os impulsos. Uma vez que a conjugalidade se associa às parentalidades, a inconstância das relações danifica a função parental, pois esta dispersa-se por várias figuras. Os filhos ficam a cargo de quem tem mais disponibilidade para tomar conta deles, pode ser uma avó, uma tia, irmãos mais velhos, etc. Apesar de as relações entre irmãos serem inconstantes, quando se verifica algum problema estes têm tendência para se unirem com o intuito de se defenderem, após o problema a relação volta ao mesmo.

Ao contrário do que é habitual as casas de família não têm qualquer valor nem privacidade. Não existe uma delimitação dos espaços, por vezes a divisão onde fazem as refeições e se encontram é a mesma onde dormem. Verifica-se, muitas vezes que, os

anteriores destas famílias passaram por emigrações recentes ou institucionalizações prolongadas.

De acordo com Fulmer (1989, cit *in*. Sousa *et al.*, 2007) nas famílias multiproblemáticas pobres a figura feminina, normalmente responsabilizada muito cedo pelos irmãos mais novos e tarefas domésticas, é tomada como referência, enquanto os homens são vistos como agressivos, inconstantes que entram e saem da família em pouco tempo. A carreira profissional dificilmente é levada a sério. Não valorizam a profissão, trabalham porque têm de se sustentar e por vezes porque faz parte de acordos realizados com os serviços. Não conseguem definir prioridades nem gerir os rendimentos, na sua maioria, vivem de subsídios sociais e ajudas institucionais, que por vezes acrescentam ao lucro de actividades ilegais, que tentam encobrir dos técnicos (Alarcão, 2000, Linares, 1997, cit *in*. Sousa *et al.*, 2007).

1.3.1.2. Evolução dos Problemas

As famílias estão permanentemente em mudança e os problemas vão evoluindo por isso é necessário compreender a evolução dos padrões dos problemas por que passam. Assim, para uma melhor compreensão fala-se no factor tempo. Os problemas crónicos devem ser analisados e a intervenção planeada de acordo com os problemas gerados. Segundo Dalos e Hamilton-Brown (2000, cit *in*. Sousa *et al.*, 2007), as condições crónicas vão gerar problemas. Os problemas de longa duração permanecem na família ao longo de gerações, onde por vezes um problema é vivido como um facto, o que torna esse problema permanente na família, onde ninguém acredita na sua solução. Nos problemas de longa duração cíclicos, as famílias são caracterizadas pela instabilidade nas relações familiares e sociais, pelo emprego e pelos rendimentos, onde estes problemas são vistos como recorrentes. Os problemas de curta duração são resolvidos pela própria família ou com o apoio de recursos de forma mais rápida.

1.3.1.3. Competências e Recursos

Devido à quantidade de problemas em que as famílias multiproblemáticas pobres vivem, as competências e o recurso a redes informais são aspectos positivos que têm sido negligenciados e onde raramente se observam melhorias. A intervenção efectuada pelos técnicos deve apoiar-se nessas competências e nos recursos familiares para melhorar a vida destas famílias.

A solidariedade informal desempenha um papel importante no suporte das famílias multiproblemáticas pobres de diferentes formas. Apoia com alimentos, ajuda a tomar conta dos filhos, apoia a nível emocional, colabora com os serviços formais e ajuda na procura de emprego. Segundo Sousa (2005b, cit *in*. Sousa *et al.*, 2007), os fortes laços familiares, os amigos e o apoio emocional são os aspectos mais importantes das redes informais. A família é o apoio mais importante para os elementos destas famílias, seguida dos amigos que, normalmente, são membros de famílias, também, disfuncionais. A comunidade tem tendência a assumir o papel protector destes indivíduos.

Assim, podemos perceber que o técnico e os utentes são o sistema onde se deve assumir que todos os sistemas têm competências e incompetências. As famílias multiproblemáticas pobres são sistemas que passam por problemas graves de longa duração, onde se sucedem períodos de crise, sem recursos materiais ou emocionais. Experimentam diversos problemas graves com muitos desafios a que tentam responder, mas que, pela saturação, falta de recursos materiais e emocionais, não conseguem responder. Os problemas tornam-se constantes, existem no presente, existiram no passado e, provavelmente, vão continuar a existir no futuro destas famílias. A privação económica afecta todos os membros de uma família. O stresse derivado deste problema vai provocar um mau relacionamento com os outros membros, provoca instabilidade no casamento e deteriora as competências parentais.

Desta forma, a vida das famílias multiproblemáticas pobres constitui-se de forma confusa e torna-se previsível, caracteriza-se por muitos problemas que se influenciam e reforçam mutuamente. A eliminação de um problema provoca a eliminação ou diminuição de outros, mas os outros problemas mantêm-se.

1.3.2. Modelos de Intervenção

Para uma intervenção adequada é necessário um diagnóstico eficaz, preciso, que deve identificar cada problema e a(s) sua(s) causa(s); a intervenção decorre da eliminação da(s) causa(s). As famílias multiproblemáticas pobres descrevem-se pelo estilo confuso de interacção e pela presença de uma sequência de problemas que afectam os diferentes membros de uma família.

Os sistemas sociais estão instituídos de acordo com as áreas de necessidade, o que faz com que quando um indivíduo chega a um dos sistemas, tem de se sujeitar a um diagnóstico para, depois, ser encaminhado para diferentes técnicos ou instituições de acordo com o(s) problema(s) identificado(s), que vai resultar numa acumulação de intervenções realizadas por diferentes técnicos. Este modelo de intervenção acaba por piorar a situação porque, normalmente, os serviços de apoio são descoordenados, nas intervenções não é tida em conta a interacção entre os técnicos que trabalham com a mesma família, nem os recursos às redes informais e as competências dos sujeitos nas famílias.

1.3.2.1. Processo de Intervenção Tradicional

De acordo com Matos e Sousa (2004, cit *in*. Sousa *et al.*, 2007), o primeiro contacto com os serviços pode ser estabelecido de 3 formas diferentes. Um dos elementos da família, normalmente, uma mulher, dirige-se a uma instituição ou a um técnico; os profissionais pelo rastreio realizado na população ou quando existe indicação de algum agente da comunidade identificam as famílias com necessidades e contactam-nas para dar o apoio de que precisam; ou quando algum elemento da comunidade ou da rede informal perante a situação da família e, na sua maioria, com o seu consentimento, informa os serviços de protecção social.

Quando o técnico tem conhecimento do caso realiza o diagnóstico social. Os processos desenvolvem-se, por norma, junto a um dos membros da família. Não é dada a devida importância à recolha de informações realizada nas últimas intervenções nem aos técnicos que estiveram ou ainda poderão estar envolvidos no processo. O diagnóstico termina com a identificação dos problemas da família pela instituição que recebeu o pedido. Após a identificação do problema, os utentes são encaminhados para as diversas instituições onde se vai proceder a um plano de intervenção, muitas vezes, quando chegam à instituição, os seus problemas voltam a ser diagnosticados na área de actuação da instituição. Apesar do esforço dos técnicos e da vulnerabilidade em que estas famílias se encontram, algumas nunca chegam aos serviços de apoio e outras apenas têm apoio pontual. O tipo de apoio resulta da forma como as famílias se comportam relativamente aos serviços, pela sua postura na procura de apoio e pela forma como decorrem os contactos prévios com os serviços. Estes serviços de apoio têm dificuldade

em identificar as famílias que não pedem apoio e, normalmente, trabalham com muitas famílias o que faz com que não haja disponibilidade para trabalhar com mais famílias.

Após o diagnóstico são então definidos objectivos e estratégias que se associam ao uso das políticas sociais. A intervenção é realizada de acordo com os conhecimentos do profissional, das instituições e das políticas sociais conferindo às famílias um papel passivo. De acordo com os técnicos as famílias não têm condições para mudar, mas também, não querem mudar porque não aproveitam os apoios que lhes são atribuídos.

Segundo Imber-Black (1988, cit *in*. Sousa *et al.*, 2007), a relação das famílias com os técnicos que os acompanham pode acabar por vários motivos, sendo estes: a satisfação, onde as famílias são acompanhadas por um período de tempo específico; a insatisfação, quando são as famílias que deixam o sistema por não estarem satisfeitas; a referência a outro sistema, quando são encaminhadas para outro serviço ou técnico; ou a apatia recíproca, quando a família desmarca continuamente os encontros marcados com o técnico e deixa de dar notícias, sendo encarado como falta de interesse pela família. Algumas famílias mantêm relação com os mesmos serviços durante muitos anos, acabam por aceitar a ajuda dos técnicos e não conseguem identificar o momento em que devem deixar essa ajuda.

1.3.2.2. Ineficácia da Intervenção Tradicional

De acordo com as famílias multiproblemáticas pobres, o seu ponto de vista, competências e estratégias são negligenciados. São os sistemas de apoio formal, os técnicos que definem o problema. Os profissionais dão mais valor às relações familiares enquanto que as famílias valorizam mais os aspectos exteriores, como a casa e o emprego (Sousa, Ribeiro & Rodrigues, 2006, cit *in*. Sousa *et al.*, 2007). As estratégias de intervenção são elaboradas de acordo com o profissional, por vezes, são negociadas com as famílias, e são, muitas vezes, impostas sem que as famílias conheçam o seu objectivo, ou é-lhes atribuído um objectivo diferente.

Actualmente, os modelos de intervenção são elaborados de acordo com parcerias entre os diferentes técnicos e instituições. No entanto, estas parcerias não significam que existe coordenação ao nível dos técnicos, porque há uma dificuldade em delimitar funções e limites. Cada instituição e técnico trabalham numa área diferente. As famílias

passam a gerir as intervenções, os profissionais tomam decisões sobre as medidas a aplicar, enquanto que as famílias podem estar a receber apoios de outros técnicos e instituições.

As famílias multiproblemáticas pobres apoiam-se, normalmente, de estratégias formais e informais, os técnicos sabem que as famílias utilizam estas estratégias informais mas não costumam analisá-las. Esta articulação é realizada pelo chefe de família, por norma, uma mulher.

As causas dos problemas diagnosticados são, na sua maioria, variadas, e não se consegue perceber ao certo, o que eliminar. Tanto os diagnósticos efectuados como a intervenção mostram os problemas de cada membro da família. As famílias vivem crises continuamente. Assim, a intervenção torna-se instável e sem muito sucesso, pois quando se começa a intervir num determinado problema surge outro com o qual é necessário lidar.

Os profissionais costumam ter uma atitude de substituição para com as famílias, o que pode fazer com que a família passe a ter uma atitude passiva ou que haja um conflito entre os técnicos e a família. Os contactos estabelecidos entre estes são realizados por um dos membros da família o que pode levar a uma má interpretação, uma vez que o problema é descrito de acordo com uma só pessoa, não tendo em conta a família toda.

1.3.2.3. Reformular a Intervenção, o papel do técnico e do utente

De acordo com alguns autores (Alarcão, 2002, cit *in*. Sousa *et al.*, 2007), existem três pontos relacionados com o papel do técnico na relação que mantém com o utente, sendo estes: o ético, onde o técnico reconhece os seus pontos de vista e parcialidades; o estético, onde são tidas em conta as diferentes perspectivas do técnico e da família, o que proporciona novas formas de encarar um problema, estando ambas as partes abertas à mudança; e, por último, o pragmático, onde o técnico toma decisões e propõe formas de intervenção de forma a agradar o técnico e a família.

Podemos afirmar que todas as famílias, sejam elas multiproblemáticas ou não, têm competências e incompetências. Segundo Shazer e Berg (1997, cit *in*. Sousa *et al.*,

2007), para identificar as competências de cada família, o técnico deve ajudar a que esta reconheça as próprias capacidades para contornar um problema a que estejam sujeitos.

No entanto, para o sucesso de uma intervenção, devem existir outros apoios que contribuam com os serviços prestados e que tenham como objectivos: activar as competências das famílias; tornar as relações familiares mais positivas; e explorar outras alternativas dentro da família para solucionar o problema.

Para que haja sucesso numa intervenção deveria ser nomeado um profissional para assumir o papel de gestor dos restantes técnicos que trabalham com uma família, o que já acontece com as Comissões de Protecção de Crianças e Jovens. O objectivo é que um técnico acompanhe a família enquanto decorrer a intervenção e que coordene os diferentes apoios formais e informais, para que os outros técnicos não se percam nos diversos problemas que estão, constantemente, a surgir. Deve, também, manter o distanciamento. Há uma dificuldade por parte de alguns membros destas famílias em manter uma relação de confiança, daí que a relação com o técnico passe por alguns momentos de dúvida e receios.

O tempo, a flexibilidade, a informalidade, e a ajuda prática são as quatro linhas a seguir para que a intervenção tenha sucesso, estas devem de ser assumidas pelos diferentes profissionais que trabalham com as famílias e que são, também, importantes para quem for nomeado gestor do caso. Têm como finalidade estabelecer confiança, princípio muito importante, da intervenção. Devido à multiplicidade de problemas que as famílias multiproblemáticas atravessam, a intervenção deverá ser continuada para se tornar mais eficaz. Para que a intervenção seja positiva, os profissionais devem ter poucos casos e com atendimentos espaçados entre uns e outros para que não confundam problemas. Os problemas surgem, muitas vezes, de forma urgente e os utentes precisam que os profissionais tenham disponibilidade para os atender sem marcação. As visitas às famílias sem que haja, necessariamente, um motivo são bem vistas pelos membros da família e ajudam na relação de confiança entre técnicos e utentes. O técnico deve estar presente mas sem cair num exagero. A informalidade é percebida na comunicação estabelecida entre o técnico e os utentes, esta deve ser simples para que estes a compreendam.

No entanto, Minuchin, Colapinto e Minuchin (1998, cit *in*. Sousa *et al.*, 2007) referem três obstáculos de acesso aos sistemas sociais: a natureza da democracia, onde o sistema de apoio não é integrado, há diversos elementos que não estão ligados entre si; a formação dos profissionais, onde se confere especial importância ao indivíduo e não a toda a família; e as atitudes sociais, onde a sociedade continua ver estas famílias como culpadas pelos problemas por que passam. Assim, podemos referir que, em vez de tentarem encontrar competências, procuram os problemas. As instituições podem ser encaradas de duas formas distintas, querem ajudar os utentes, mas, em contrapartida, as famílias devem comportar-se como o socialmente esperado.

1.3.3. Políticas Sociais

O Estado desenvolve políticas sociais como meios de intervenção para o desenvolvimento da melhoria de vida, bem-estar e protecção social dos cidadãos. Estas políticas sociais podem ser de prevenção do risco ou de solução dos problemas sociais manifestados, actuando sobre diversos tipos de problemas, e o seu objectivo é assegurar um padrão mínimo de bem-estar. As políticas sociais dirigidas aos mais pobres são administradas pela acção social. Parte da despesa desta área vai para as instituições privadas de solidariedade social que trabalham, juntamente com o Estado, na supressão de determinados problemas.

A relação entre os profissionais e as instituições e destes com as políticas aplicadas são importantes. Uma das dificuldades, por vezes observada, na aplicação das diferentes medidas de política social prende-se com o facto de existir alguma distância, não raras vezes, entre os princípios defendidos e a execução dos mesmos.

1.3.3.1. Ambiguidade Estrutural das Políticas

As políticas sociais e os próprios serviços sociais podem ser encarados como uma forma de redistribuição de rendimentos e contrapeso nas injustiças provocadas pelos organismos da sociedade. Estas políticas são bastante positivas para a mudança, no entanto, dependem de todo o processo político e daí serem imprevisíveis. Titmuss (1974, cit *in*. Sousa *et al.*, 2007), refere uma orientação das políticas sociais para o bem-estar e que esta não está garantida inicialmente. A natureza das políticas sociais depende de um conjunto de factores contextuais que determinam a sua orientação. As qualidades consideradas por diferentes autores para definirem o conceito de políticas sociais são: a

orientação para a provisão de ajudas sociais aos cidadãos; a preocupação com os objectivos económicos e não económicos; e a redistribuição de recursos dos mais ricos para os mais pobres. De acordo, ainda, com Titmuss (1974, cit *in*. Sousa *et al.*, 2007), existem diferentes modelos de políticas sociais, que vão desde o modelo designado por residual, onde as ajudas do Estado são mínimas; até ao designado por redistribuição institucional, onde a prestação de serviços fora do mercado é maior e o sistema de redistribuição dos recursos mais avançado.

Para Marshall (1981, cit *in*. Sousa *et al.*, 2007), as políticas sociais contribuem para diminuir as injustiças produzidas pela economia de mercado e ajustar este sistema com a democracia. As políticas sociais devem ser praticadas sem distorções que possam alterar o seu objectivo e influenciar as estruturas institucionais nos resultados destas políticas.

As orientações seguidas pelas políticas resultam, em todos os países, duma junção entre o que se define a nível global, como do legado institucional e histórico-cultural que as antecede (Hudson e Lowe, 2004, cit *in*. Sousa *et al.*, 2007). Os factores institucionais mudam de acordo com o âmbito das políticas. Assim, de acordo com Marsh e Rhodes (1992, cit *in*. Sousa *et al.*, 2007), devem ser diferenciados os determinantes das políticas que actuam ao nível macro, como a mudança demográfica. Actuam também ao nível meso, como o conceito das redes políticas, fundamental para perceber a resistência à mudança e a forma como as instituições e as práticas políticas se adaptam. Estas redes políticas têm capacidade de filtrar ou mediar as mudanças. Por último, actuam ao nível micro, como alguns grupos que ajustam ou aplicam as políticas. Aqui a análise institucional incide nos momentos em que as políticas estão em processo de implementação e na forma como se manifesta a influência dos indivíduos, das personalidades poderosas e das elites na configuração prática das políticas.

Os indivíduos que trabalham com o sistema de assistência social têm um papel fundamental na realização dos programas sociais. Quando estes indivíduos são profissionais qualificados, a sua história de vida torna-se mais complicada pois, desta, fazem parte os ensinamentos adquiridos na escola ou na socialização profissional que se diferenciam e chocam com as orientações burocráticas dos serviços onde trabalham.

A abordagem individualizada é uma característica das novas políticas, é um método de elaboração de um programa, de forma a que, se adapte ao perfil específico de cada um. Esta forma de abordagem implica uma aproximação entre o técnico e o utente, um conhecimento do seu perfil para que o programa seja adaptado às circunstâncias. A personalização das políticas e a aplicação dos programas adequados leva os agentes à responsabilidade burocrática dos serviços onde trabalham e à responsabilidade substantiva perante os cidadãos. Estas responsabilidades podem ser conflituantes, a responsabilidade burocrática obriga à clarificação dos objectivos do serviço e ao desenvolvimento de medidas de desempenho.

1.3.3.2. Nova Geração de Políticas Sociais e Novas Metodologias de Intervenção Social

O objectivo da nova geração de políticas é ajudar as pessoas a inserirem-se na sociedade. Assim, a melhoria da situação de algumas pessoas só é possível se o Estado desenvolver políticas que ajudem nestas situações. A inserção contribui para mostrar ao indivíduo que este tem um papel positivo na sociedade. De acordo com Castel (1995, cit *in*. Sousa *et al.*, 2007), temos o direito de viver em sociedade. A obrigação pesa sobre a sociedade e faz com que esta encare os direitos da população como um assunto sério. O processo de inserção social faz parte de um acordo entre o Estado e o beneficiário. O contrato de inserção envolve uma obrigação positiva do beneficiário e representa o reconhecimento da sua dignidade de cidadão como actor. Esta obrigação estabelece um momento da construção do social. Actualmente, os apoios sociais são encarados como um direito dos cidadãos mais desfavorecidos.

A nova abordagem inclui uma atitude mais activa por parte do Estado e dos cidadãos. Assim, os serviços sociais procuram mais os cidadãos em risco social, descentralizam a gestão dos programas e tornam os mesmos mais flexíveis. A intervenção é baseada em projectos e na partilha da responsabilidade pela realização dos objectivos com outros parceiros; o cidadão torna-se activo e competente e o Estado passa a negociar a forma de intervenção e medidas a serem aplicadas, define direitos e obrigações.

Os modelos de intervenção social resultantes do Estado-Providência activo baseiam-se: na abordagem por projecto, a acção descentralizada e partilhada, a personalização e contratualização de respostas. O projecto é encarado como a unidade básica da

intervenção. As vantagens da abordagem por projecto são: a proximidade dos problemas; a actuação integrada; a flexibilidade da acção; a autonomia da acção; a partilha da identidade; relações fortes e positivas de identificação entre os parceiros; capacidade de fazer circular informação, mobilizar capital social, entre outros; e duração limitada no cumprimento de metas objectivas. As novas metodologias implicam uma acção descentralizada e a partilha de responsabilidades. As parcerias ou redes sociais de parceiros têm como propósito obter um determinado fim. O processo de descentralização é acompanhado com a finalidade de reconhecer necessidades e criar estratégias ou projectos conjuntos. As parcerias ou redes sociais de parceiros são estruturas de acção integrada que apoiam, em comum, recursos para atingir alguns objectivos. As diferentes dimensões dos problemas sociais fazem com seja necessária uma intervenção onde todos os actores estejam presentes com as suas competências, públicas ou privadas. A vantagem das parcerias é a de garantir uma acção planeada e coordenada que possibilite um benefício das competências, a capitalização de experiências e do conhecimento, a gestão mais económica dos recursos e a possibilidade de ter um plano de intervenção.

Os novos programas sociais privilegiam as medidas de carácter concreto ou ajustadas ao perfil dos destinatários, famílias ou indivíduos (individualização de medidas). A eficácia da personalização depende da forma como os programas identificam as necessidades dos destinatários e da adaptação das medidas à obtenção dos resultados pretendidos. Nesta situação, aos beneficiários são reconhecidas competências para que falem daquilo que consideram as suas necessidades. Normalmente, há a necessidade de os técnicos promoverem a participação e dotarem as pessoas de capacidades e qualificações de forma a ganharem autonomia. A personalização das políticas obriga à comunicação o que pode implicar mais um investimento na formação de condições para que a abordagem seja bem sucedida (*empowerment*).

A forma activa com que se pretende que os destinatários se envolvam nos processos de que são alvos, é outra das características da nova geração de políticas sociais que tem como finalidade prevenir situações de exclusão, que pudessem decorrer de uma atitude mais passiva por parte destes nas políticas sociais que funcionam a nível indemnizatório. Segundo Roche (1992, cit. in. Sousa *et al.*, 2007), a forma de activação dá-se pela realização de tarefas que promovam a inserção social. Estas tarefas servem

para estimular a autonomia dos trabalhadores e para que os indivíduos passem de uma situação de exclusão social para uma situação de inserção a nível profissional. O Estado tem o direito de exigir algo em troca pela ajuda prestada, assim, o direito aos apoios vão implicar um dever de contribuir de forma activa na sociedade. O que se pretende com este envolvimento é que o indivíduo adquira as competências necessárias à sua autonomia.

1.3.3.3. As Novas Políticas Sociais e a Activação em Portugal

A um modelo avançado de intervenção estão ligados os direitos sociais que responsabilizam o Estado pelo desenvolvimento de políticas sociais que sustentem esses direitos. As políticas não abrangem todos os sectores, sendo que, neste sentido, os governos têm tendência para justificar os seus limites. A Lei de Bases da Segurança Social, a Lei de Bases do Serviço Nacional de Saúde ou os programas dos governos que mostram as opções políticas que condicionam as responsabilidades públicas, definem as responsabilidades assumidas pelo Estado.

As novas políticas têm como objectivo combater a falta de eficácia das políticas anteriores e tentar fazer com que os indivíduos participem mais no seu próprio processo de inserção. Com esta nova política surgem, a título de exemplo, em 1985, os Programas Ocupacionais (POCs), que surgem com a finalidade de alterar as tendências para a desmotivação e marginalização dos desempregados e ajudar na sua integração, dando a esses cidadãos a possibilidade de poderem estar, temporariamente, ocupados em actividades consideradas socialmente úteis. Como exemplo de obrigatoriedade do contrato celebrado entre o Estado e os indivíduos temos o facto de estes ficarem obrigados a aceitar uma oferta de trabalho nestes programas, para que não lhes seja retirado o subsídio de desemprego. As principais formas de activação dos indivíduos que estão a ser utilizadas são: a formação profissional, o auto-emprego e os acordos de inserção para os beneficiários do Rendimento Social de Inserção (RSI).

Existem dois programas estratégicos principais (PNE e PNAI), onde são definidas as políticas de emprego e as políticas de protecção social, e onde os grupos a que estes programas se destinam são identificados de acordo com esta distinção. No Plano Nacional de Emprego (PNE) o governo mostra que, apesar dos princípios desenvolvidos, é necessário ampliar os princípios da activação nas diferentes áreas das

políticas sociais; no RSI (Rendimento Social de Inserção); na acumulação do trabalho a tempo parcial com o subsídio de emprego parcial, no subsídio de desemprego; entre outros. Os indivíduos com mais dificuldades ao nível da inserção devem ser os destinatários dos programas activos e preventivos destinados à sua inclusão. Devemos referir que, desde o PNE, em 1998, a activação aumentou bastante. Desta forma, o PNAI (Plano Nacional para a Inclusão) abrange os princípios já referidos como a responsabilização, a activação, e a contratualização. Este plano mostra que as pessoas, vistas como socialmente excluídas, deverão ser procurados pelos serviços de assistência social, com o prazo de um ano, para passarem a fazer parte de um Plano de Inserção Social, ajustado à sua situação específica. Este plano deverá incluir um conjunto de medidas, que abrange a área da educação e formação, do alojamento, da saúde, da protecção social, do RSI e do acesso aos serviços sociais. As medidas de activação podem orientar-se para a inclusão no mercado de trabalho ou para a inclusão social.

Alguns programas de activação são bastante rigorosos no princípio de individualização, outros programas são mais universais, no sentido em que basta pertencer a um determinado grupo para se ter direito. Assim, as novas políticas sociais têm um papel mais activo por parte dos indivíduos que se sujeitam a ele, no estabelecimento de um plano de intervenção, um equilíbrio de poderes entre os técnicos e os indivíduos, e maior responsabilidade e transparência na gestão dos programas. Para que haja uma negociação individual do plano, é necessária a participação do indivíduo. Nas políticas activas de emprego, a discricionariedade refere-se à margem de manobra de que os técnicos dispõem para ajustar os programas à situação particular de cada indivíduo. A discricionariedade é essencial para o estabelecimento dos programas e acompanhamento dos mesmos.

Podemos concluir que a intervenção é um processo de responsabilidade partilhada entre o técnico e o indivíduo. Algumas situações podem dar origem a resultados negativos como: a falta de credibilidade; a desconfiança na ajuda dos profissionais; a apatia ou desinteresse perante as propostas de inserção, a falta de consciência das obrigações assumidas; ou a recusa da ajuda de certas instituições. Por vezes, algumas das resistências às mudanças podem ser encaradas de outra forma se nos colocarmos na posição desses indivíduos, como por exemplo, o facto de mudarem uma família que vive numa barraca para uma casa num bairro social, onde é natural que resistam pois

esta mudança de casa vai implicar uma quebra das redes de vizinhança, que, muitas vezes, garantiram a gestão do quotidiano de uma determinada família. Segundo Hespanha (1996, cit *in*. Sousa *et al.*, 2007), os resistentes, que são o elo fraco da relação com os técnicos acabam por ser, muitas vezes, vencidos antes de serem convencidos. Todas as políticas públicas têm uma missão, um destinatário, e um resultado esperado. No entanto, em todas o confronto com a realidade pode implicar um afastamento entre aquilo que é vivido e aquilo que é esperado, tornando, por vezes, as políticas irreconhecíveis na sua configuração prática. Assim, cabe aos cientistas sociais e a todos os profissionais, mostrar estes processos e ajudar na forma de analisar as políticas com a finalidade de mostrar os seus verdadeiros objectivos.

1.4. Considerações acerca da Intervenção Psicossocial

De acordo com Silva (2001), a intervenção psicossocial é uma forma de trabalho para ajudar a resolver os problemas que as pessoas possam ter no seu funcionamento social. Actualmente, e de acordo com a mesma autora, o objectivo da intervenção psicossocial é o de provocar mudanças nas situações-problema, ou seja, não é o problema em si, mas a situação de vida que com ele está relacionada, e a forma como o indivíduo lida com ela. É necessário que os técnicos intervenham de forma individualizada. Os problemas de funcionamento social podem ser encarados como os problemas que afectam a vida da pessoa na sua relação com a realidade exterior, nos diferentes níveis da sua vida pessoal, social, familiar, entre outros.

1.4.1. Objectivos da Intervenção Social:

São vários os objectivos que, de acordo com Silva (2001), estão na base da intervenção psicossocial, nomeadamente:

- ❖ Capacitar as pessoas para assegurarem a sua sobrevivência;
- ❖ Desenvolver comportamentos que favoreçam o sentimento de pertença e possibilitem às pessoas estabelecer relações próximas com outros no seu meio ambiente;
- ❖ Desenvolver comportamentos que conduzam ao crescimento e realização pessoais e que habilitam a pessoa a realizar-se e a contribuir para si mesma e para os outros;
- ❖ Desenvolver padrões de comportamento que possibilitem fazer face a novas situações.

Na base destes objectivos, encontramos uma filosofia de *empowerment*, ou seja, de capacitação do sujeito em diferentes áreas. Através de uma forma que inclui a utilização dos recursos existentes e com eles criar formas de resposta adequadas à situação existente, e que inclui a modificação da atitude do indivíduo/utente para que este tenha mais poder em jogar com a situação em causa. Informar, instruir conhecimentos, de forma a que o utente os use, e desenvolva auto-confiança devido às suas competências.

Normalmente, quem recorre à intervenção psico-social são pessoas que vivem excluídas socialmente por algum motivo. A aprendizagem social destas pessoas deve-se à sua experiência de vida ou por transmissão. Os técnicos devem contribuir para dar os conhecimentos necessários para que utentes consigam modificar esta situação.

Os problemas são designados de situações-problema, pois a situação de vida em que o problema existe é que faz o objecto da intervenção psicossocial. Normalmente, a situação-problema traduz-se num conjunto de situações complexas e de resolução nem sempre fácil. Por vezes, é a pessoa que está a passar por uma situação difícil que pede ajuda dos profissionais, outras vezes, são pessoas que estão próximas que acabam por pedir o apoio dos profissionais. Nem sempre as pessoas que vivem as situações-problema admitem que estão a passar por uma situação difícil. Assim, os técnicos devem conseguir distinguir quais as situações-problema que realmente necessitam da sua intervenção.

II PARTE

Capítulo II – Metodologia

2.1. Introdução

O presente capítulo apresenta o nosso estudo empírico realizado na MJD. Com este estudo pretendemos analisar criticamente uma situação-problema concreta, relacionada com uma gravidez não planeada, ocorrida no período da adolescência, por parte de uma jovem de 13 anos (na altura em que recorreu ao Serviço da MJD), a viver com a sua mãe, o padrasto e uma irmã mais nova.

Serão apresentados os objectivos do estudo, os procedimentos utilizados na nossa investigação e a caracterização sócio-demográfica da nossa participante.

2.2. Objectivos do Estudo

O objectivo geral do presente estudo consiste em analisar a panorâmica da maternidade na adolescência, inserida numa família multiproblemática. Consiste, ainda, em caracterizar os procedimentos desenvolvidos pelo Serviço Social da MJD em torno desta situação concreta.

Para uma melhor compreensão dos objectivos deste estudo temos como objectivos específicos: a) caracterizar sócio-demograficamente a mãe adolescente; b) caracterizar a intervenção realizada pelo Serviço Social com esta mãe adolescente e sua família; c) caracterizar a intervenção psicossocial desenvolvida pelo Serviço Social ao nível multidisciplinar e interinstitucional.

2.3. Procedimentos

Para este estudo analisámos o Processo Social de uma utente menor, grávida (na altura em que recorreu à MJD, encaminhada pelo Centro de Saúde e pela CPCJ da sua área de residência para uma consulta pré-natal) e considerada, na altura em que foi referenciada, como pertencente a uma família multiproblemática. Dado que o processo referente a esta menor ainda decorre numa CPCJ, conforme teremos oportunidade de explicitar mais à frente, o nosso estudo não contempla (contrariamente ao que havíamos pensado numa fase inicial) um contacto com a menor. Entendemos, porém, graças à complexidade do caso, estar perante uma situação que nos merecia uma atenção especial, no que concerne ao estudo dos procedimentos realizados em torno do mesmo

por parte dos diversos profissionais (em particular Assistentes Sociais), bem como por parte das diferentes instituições. Esta preferência relativamente a este processo social decorreu de um acordo entre a orientadora do estágio na instituição, a aluna, e o orientador pedagógico. De todos os processos sociais analisados este foi o que captou a nossa atenção devido à complexidade de toda a situação e da forma como todo o processo se desenrolou.

O diagnóstico e a intervenção sociais foram analisados para uma melhor compreensão desta forma de actuação, bem como as formas de superar dificuldades encontradas, a nível institucional e pessoal. Este estudo foi possível devido ao estágio ter sido realizado na Maternidade de Júlio Dinis, no Porto, onde a utente esteve internada por parto.

2.4. Caracterização Sócio-demográfica da adolescente

A adolescente nasceu em 1992. Na altura em que chegou à MJD tinha 13 anos de idade, residia na área metropolitana do Porto e era estudante do 8.º ano de escolaridade. Está institucionalizada numa instituição de acolhimento para jovens mães há cerca de dois anos, sendo que nos últimos dois meses foi autorizada a entrega do seu filho, tendo este passado a ir viver para junto de si. Na altura em que se iniciou o acompanhamento do Serviço Social da MJD, esta vivia, conforme teremos oportunidade de apresentar, com a mãe, o padrasto e uma irmã mais nova.

2.5. Apresentação do Caso

Este caso foi referenciado ao Serviço Social da MJD por uma CPCJ em Junho de 2006 e pela triagem da MJD. O Serviço Social da MJD relativamente às adolescentes efectua, diariamente, uma triagem das primeiras consultas para que seja possível contactá-las e intervir, se necessário, precocemente em casos considerados de risco. Para uma mais fácil compreensão desta situação, optámos por dar nomes aos intervenientes, ainda que estes sejam fictícios. Assim, Alexandra, a utente, nasceu em 1992 e residia na área metropolitana do Porto. Na altura em que chegou à MJD, tinha 13 anos de idade, era estudante do 8.º ano de escolaridade e de acordo com o Processo Social vivia com:

- ❖ D.Fátima, mãe da Alexandra, de 32 anos de idade, casada, empregada doméstica;
- ❖ Sr. Alberto, padrasto da Alexandra, de 36 anos de idade, casado, carpinteiro;
- ❖ Rita, irmã da Alexandra, de 5 anos de idade, não estava integrada em infantário.

Contactos e Diligências do Serviço Social da MJD com a CPCJ

A CPCJ pediu ao Serviço Social da MJD, para não intervir naquela altura, na tentativa de manter a boa relação com a jovem e a família para uma boa intervenção.

Em Junho de 2006 o Serviço Social enviou um fax para a CPCJ solicitando o envio da restante informação social relativamente à utente para se dar continuidade ao processo. Os dados que fazem parte da informação social são: os dados sócio-económicos relativos à utente, ao tipo e estrutura da família com quem reside, alguns aspectos mais relevantes da história de vida, e descrição da situação-problema que traz a utente até ao serviço.

O Serviço Social da MJD estabeleceu contacto com a CPCJ para trocar algumas informações sobre a situação. Esta CPCJ informou que a situação foi comunicada ao Tribunal da Comarca da área de residência da menor porque suspeitaram de abuso sexual por parte do padrasto, o Sr. Alberto. De acordo com o processo social da MJD, a família deu o consentimento para a intervenção da CPCJ.

A Comissão pediu a colaboração do Serviço Social da MJD para que quando o bebé nascesse fosse informada, pois seria importante comunicar ao Tribunal da área de residência da menor. Provavelmente, o Tribunal aplicaria uma medida de protecção para a jovem e o bebé e em simultâneo emitiria um mandato para o Sr. Alberto se deslocar ao Instituto de Medicina Legal para realizar análises ao ADN. Foi pedido o máximo sigilo quanto a esta situação, pois acham que o Serviço Social da MJD não deve intervir de imediato.

Na data do internamento por parto, o Serviço Social da MJD ficou de sinalizar a situação à CPCJ que, por sua vez, irá comunicar ao Tribunal.

Em finais de Junho de 2006 o Serviço Social estabelece contacto com a CPCJ. Dado o carácter confidencial e delicado desta situação, ficou decidido que após o nascimento, a CPCJ e a magistrada iriam à MJD para falar com a Direcção.

A utente deu entrada na MJD no final de Junho de 2006, o parto teve lugar no início de Julho de 2006. De acordo com o previamente estabelecido, a MJD informou a CPCJ do internamento.

De acordo com o processo social do Serviço Social da MJD, a CPCJ comunicou que ia informar a magistrada do nascimento do bebé, ao que tudo indica não seriam feitas análises ao padrasto, porque consideram não haver matéria suficiente para que sejam pedidas análises de sangue ao padrasto para determinar a possível paternidade da criança.

Ligaram da CPCJ para o Serviço Social a informar que já falaram com a Magistrada e que só vão colher sangue à mãe e ao bebé para investigação futura da paternidade.

Em finais de Julho de 2006 o Serviço Social contacta, novamente, a CPCJ, informando-a da consulta de pediatria. A técnica da Comissão referiu que a D.Fátima não esteve a trabalhar porque chegou a fazer visita e esta estava com a filha. Disse que ia atender as tias que tinham ligado para o Serviço Social da MJD e às quais foi dado o contacto da CPCJ. Informaram, também, que o bebé vai para uma ama na 2.^a quinzena de Agosto.

A CPCJ ligou para o Serviço Social da MJD, em Agosto de 2006, para confirmar se o bebé tinha ido à consulta de pediatria, a utente compareceu. Informaram que, numa primeira fase, o Sr. Alberto, rejeitou a possibilidade de fazer análises ao ADN e que teve que ser notificado pelo ministério público. O bebé está integrado em ama, mas esta disse que só pode ficar com ele até Setembro porque arranjou um emprego. O Serviço Social da MJD informou que a Alexandra tinha ido à consulta de pedopsiquiatria e que a médica achou que a situação estava mal e que a encaminhou para ir na semana seguinte ao HML para que esta fosse seguida, mais atentamente, pelos profissionais.

Em Agosto de 2006 o Serviço Social da MJD volta a contactar a CPCJ, informaram que a utente foi ao HML e que foi vista pela enfermeira, ficou com consulta marcada para a pedopsiquiatra.

Em Outubro de 2006 o Serviço Social volta a contactar a CPCJ, referiram que, segundo informação da ama, o bebé vai mal cuidado em termos de higiene. Ainda não sabem resultado dos testes de ADN.

Em Novembro o Serviço Social da MJD estabelece ligação com a CPCJ, esta refere que o padrasto da Alexandra foi detido, mas que o processo está em segredo de justiça. A utente refere um suposto namorado que conheceu no autocarro como sendo o pai da criança (Anexo A – Informação Social enviada pela CPCJ), no entanto esta história é, toda ela, muito estranha, o que leva à desconfiança por parte dos técnicos.

A CPCJ volta a contactar o Serviço Social da MJD, pedindo a sua colaboração para falar com a pediatra porque segundo informação da família disseram no Centro de Saúde que o bebé tem a “moleirinha muito fechada” e que terá problemas nos brônquios.

Em Novembro de 2006 ligaram da CPCJ a informar que a Alexandra faltou com o filho à consulta de pediatria. Referiram que a adolescente está com um comportamento muito diferente não obedecendo a ninguém e com uma postura muito mais agressiva. Não tem ligação ao filho. Vão encaminhá-la para o Serviço de Psicologia da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação para um núcleo de atendimento a vítimas. O bebé vai ao HSJ à urgência por problemas neurológicos.

O Serviço Social da MJD ligou para a CPCJ em Janeiro de 2007, informaram que o João (bebé) já foi a uma consulta e está à espera de fazer alguns exames: TAC e Ressonância Magnética. O Serviço Social ficou, no entanto, de marcar nova consulta de pediatria.

Ainda em Janeiro de 2007 ligaram da CPCJ informar que a Alexandra está completamente desmotivada pelo filho e que irá ser encaminhado para o Serviço de GEAV (Gabinete de Estudos de Apoio à Vítima) da Faculdade de Psicologia e Ciências

da Educação, da Universidade do Porto, a fim de tentar perceber se a Alexandra tem capacidades maternas em que vale a pena investir ou não. O Psicólogo do GEAV considera que a Alexandra está muito deprimida, vai segui-la em consulta e falar com a pedopsiquiatra.

Em Fevereiro de 2007, a CPCJ pediu relatório clínico para a criança ser institucionalizada num centro de acolhimento para crianças. O Serviço Social da MJD pediu para enviar este pedido por fax, ao cuidado do director do serviço de pediatria, entretanto, ficou de comunicar à pediatria.

Em Novembro de 2007 ligaram da CPCJ para o Serviço Social com pedido de marcação para a pedopsiquiatra. Informaram que a mãe da criança continua indecisa quanto à entrega do filho para adopção. A utente está num centro de acolhimento para mães adolescentes e o filho está num centro de acolhimento para crianças. Foi marcada consulta. O Serviço Social da MJD ficou de falar com a pedopsiquiatra para a colocar ao corrente da situação.

Contacto com o Departamento de Biologia e Genética Forense

O Serviço Social da MJD, em Junho de 2006, estabelece contacto com o Instituto de Medicina Legal, para pedir informações sobre o tempo de espera necessário para se obter os resultados dos testes de paternidade – ADN.

O departamento de Biologia e Genética Forense informou de que, correndo tudo com a máxima brevidade demora sempre duas semanas. Pode-se colher o sangue ao bebé e à mãe na data do nascimento, mas o presumível pai teria de ir ao instituto de genética (orientado pelo Tribunal/ Mandato Judicial).

Diligências realizadas na MJD

O Serviço Social da MJD verificou, em Junho de 2006, que a mãe desta utente já teve processo no Serviço Social da maternidade.

Ainda em Junho de 2006, o Serviço Social consultou o processo de obstetrícia da menor, a gravidez foi vigiada desde os 7 meses altura em que a utente e a mãe referem ter descoberto a gravidez. Esta situação foi sinalizada ao Serviço Social da MJD com

pedido de marcação de consulta de obstetrícia do Centro de Saúde onde a menor está inscrita, em Abril de 2006. A situação também foi referenciada à A.S. do mesmo.

No Tribunal de Família e Menores do Porto, não existe processo relativo a esta situação.

A situação foi exposta na reunião de serviço realizada pelo Serviço Social da MJD, semanalmente, onde ficou acordado não se comunicar de imediato ao NPCR (este Núcleo reúne todas as semanas com uma equipa multidisciplinar para a discussão de alguns casos considerados mais complexos). Uma vez que a situação está a ser acompanhada pela CPCJ, o Serviço Social vai acompanhar, tentando não intervir de imediato, conforme foi solicitado pela CPCJ nesta situação.

O Serviço Social da MJD contactou com a D.Fátima (mãe da utente), em Julho de 2006, para combinar a entrevista. Esta disse que só iria à Maternidade da parte da tarde. Foi informada que tem direito a 1 mês para assistência à filha, disse saber mas que só vai pedir após a filha ir para casa. Ficou de passar no dia seguinte na MJD. O objectivo deste contacto com a mãe da utente é tentar perceber o tipo de relação existente entre mãe e filha e o tipo de apoio que a menor terá em casa após a alta desta Maternidade.

Foi realizada uma reunião com o Director Clínico da MJD, para lhe dar a conhecer as diligências a efectuar com este processo.

Em Junho de 2006, a utente e o filho tiveram alta clínica da MJD. O Serviço Social informou sobre o 144, a ligar em caso de emergência.

Em Julho de 2006, ligou para o Serviço Social uma tia da utente que se mostrou muito preocupada com a situação da Alexandra. Acha que a mãe (D.Fátima) é negligente com a filha e demite-se da sua função materna. Referiu que a D.Fátima só soube que a filha estava grávida já esta tinha 7 meses e foi ela que disse à D. Fátima que achava a Alexandra diferente. A tia suspeita que o padrasto possa ser o pai da criança. Referiu que ele é alcoólico. O Serviço Social da MJD deu o contacto da CPCJ que está a acompanhar o caso.

A D.Fernanda (tia da mãe da utente), ligou para o Serviço Social da MJD, em Julho de 2006, para deixar o seu contacto, pois sabe que a técnica da CPCJ quer falar com ela. Informou ao Serviço Social que sempre apoiou a D. Fátima até à altura em que ela se juntou com o companheiro, que não queria que ela contactasse com a família. A Alexandra ia para casa desta tia frequentemente mas o padrasto começou a cortar todos os contactos. Referiu, ainda, que chegou a fazer uma queixa para o SOS Criança quando a Alexandra tinha 4 anos porque já suspeitava da que ela pudesse estar em risco. Na altura a Alexandra contava que a mãe e o padrasto tinham relações sexuais à sua frente e explicava o que eles faziam. Acha que menor tinha muito medo do padrasto porque às vezes não queria ir para casa porque dizia que ele lhe ia bater.

A Alexandra foi com o filho à consulta de pediatria na MJD, em Julho de 2006, a mãe acompanhou-a. Numa primeira abordagem o bebé pareceu mal cuidado à técnica do Serviço Social (segundo esta, estava muito pálido e com as unhas sujas). A Alexandra disse que só o tinha registado com o nome dela. A técnica informou que iria receber uma carta com marcação da consulta de pedopsiquiatria.

O Serviço Social da MJD, falou com a pediatra que está a acompanhar a situação, esta informou que o bebé tinha perdido peso. Receitou suplemento. A D.Fátima disse à médica, para se desculpar, que a filha esteve sozinha porque tinha estado a trabalhar.

O Serviço Social enviou para a utente carta registada com aviso de recepção, informando da data da consulta de pedopsiquiatria.

Em Agosto de 2006, o Serviço Social ficou de marcar consulta de PF, uma vez que a utente não estava a fazer contraceção.

Em finais de Agosto de 2006, a Alexandra foi à consulta de pediatria, o bebé tinha aumentado de peso, mas o leite estava a ser mal preparado. A médica fez novo ensino.

A pedopsiquiatra em reunião do NPCR em Agosto de 2006 informou que esta situação está mal, enviou para o HML para ser vista para a semana.

A Situação foi exposta no Núcleo em Setembro de 2006.

Em Outubro de 2006 o Serviço Social da MJD falou com a pedopsiquiatra sobre esta situação. A Alexandra está com acompanhamento no HML e, também, tem ido semanalmente a um grupo terapêutico onde pretendem dar competências maternas. A mãe da utente mantém postura de desinteresse por tudo o que diz respeito à filha.

O Serviço Social da MJD informou as pediatras, relativamente à detenção do padrasto da Alexandra, e que o processo está em segredo de justiça. A pediatra que atendeu a utente e o filho mostrou-se admirada, referiu que na última consulta em Outubro de 2006 o padrasto veio com a Alexandra à consulta e esta parecia sentir-se muito à vontade com ele e sem medo.

A D.Fátima ligou para o Serviço Social da MJD, no início de Janeiro de 2007, preocupada e com pedido de marcação de consulta para o neto, que terá faltado à última consulta e para saber se podia ir à urgência. Disse estar muito preocupada com a “moleirinha” porque fechou e não sabe o que fazer. A técnica que atendeu o telefonema ficou de ligar para a D.Fátima para levantar processo social e falar com enfermeira. Verificou que esta questão já tinha sido levantada. No entanto, expôs a situação à enfermeira da MJD, esta não considerou situação urgente.

O Serviço Social da MJD contactou a D.Fátima informando-a que iria marcar com a maior urgência uma consulta, e para que esta não se preocupasse, uma vez que, o neto já foi visto no HSJ.

Em Janeiro de 2007 o Serviço Social contactou com a pediatra. A consulta de pediatria ficou marcada. A D.Fátima e a CPCJ foram avisadas da data da consulta.

A Alexandra foi com o filho à consulta de pediatria marcada.

O Serviço Social da MJD falou com a pediatra relativamente aos exames, em Janeiro de 2007, ficou resolvido que seria melhor pedi-los pela Maternidade. A pediatra referiu que quando a Alexandra foi à consulta com o filho mostrou-se muito apática e sem o mínimo interesse pelo filho. O bebé estava muito mal cuidado em termos de higiene.

O Serviço Social da MJD pede nova marcação de consulta em Junho de 2007 à pediatra.

Entrevista com a utente

Em Julho de 2006 realizou-se a primeira entrevista à utente. Esta corroborou os dados transmitidos pela CPCJ. Disse que só teve visitas da mãe e de uma amiga, o padrasto não foi visitá-la porque a irmã não pode entrar, e esta não quer ficar com a mãe. Referiu que a mãe só a pode visitar a partir das 16:30h porque vai trabalhar. Com este primeiro contacto tentou-se perceber qual o tipo de ligação que a menor tinha com a mãe. Não se achou conveniente explorar o tipo de relação existente com o padrasto pois esta era a primeira abordagem.

Entrevista com a mãe da utente

A D.Fátima foi ao Serviço Social, em Junho de 2006. De acordo com a técnica de Serviço Social que a entrevistou, esta parece tratar-se de uma pessoa bastante “fria”. No decorrer da entrevista não demonstrou nenhuma emoção ao falar da filha ou do neto e de como decorreu a gravidez. A única altura em que quase chorou foi quando falou do marido verbalizando que ele ficou muito preocupado, por a Alexandra ter engravidado e emagrecido imenso. A D.Fátima foi questionada quanto ao acompanhamento do internamento da filha, esta disse que acompanhou e que ia todos os dias ao final da tarde vê-la. Foi explicado à D.Fátima que a Alexandra ia precisar de muito apoio porque só tem 13 anos e que não podia ser deixada sozinha com o filho o dia todo. A D.Fátima referiu que vai meter 30 dias de licença para assistência ao neto. Foi pedido à pediatra para preparar a alta da utente para o dia seguinte.

Contactos com a Instituição onde a mãe se encontra institucionalizada

Em Junho de 2007, telefonaram da instituição onde a adolescente está institucionalizada, informando onde o João (bebé) se encontra e que este irá ser entregue à mãe. Tanto a adolescente como o filho vão para um Lar de Acolhimento para Jovens Mães. Pedem marcação de consulta, o bebé está com acompanhamento na consulta de neurocirurgia do Hospital Maria Pia.

Contacto e Diligências com a Escola frequentada pela menor

Em Junho de 2006, o Serviço Social contacta telefonicamente a escola frequentada pela menor. A psicóloga referiu que acompanhou a menor e trabalhou as questões relativas à sua relação com o nascituro. A utente tem postura de grande estabilidade, já com tudo preparado a nível mental para o filho, onde vai ficar, o nome as roupas...

Informou que a menor (Alexandra) frequenta o 8.º ano, com boas notas, manteve-se a estudar sem haver alteração no aproveitamento e no seu comportamento. Disse, também, que tinha atitude de algum distanciamento face à turma porque quando soube que estava grávida não tinha nenhuma amiga da turma em quem confiasse. Não contou a ninguém da turma que estava grávida. Quando os colegas descobriram tiveram uma atitude protectora e de carinho para com ela, o que a deixou agradavelmente surpresa. A psicóloga refere não ter falado com os pais porque quem fez isso foi o Director de turma. Informou, ainda, que a Alexandra está grávida de 37 semanas.

2.5.1. Análise e Discussão

Sousa (2005) refere que os diferentes estudos realizados em torno da temática das famílias multiproblemáticas têm dado visibilidade a diferentes realidades vividas por estas famílias, facto que deve alertar, sobretudo aos técnicos, para a necessidade de equacionar uma intervenção social que respeite a singularidade de cada situação. Por outro lado, é possível, de acordo com a mesma autora, assinalar um conjunto de problemas sociais vulgarmente presentes, em maior ou menor grau, como causa ou como consequência, no seio destas famílias, tais como a violência, o abuso de substâncias, o incesto, entre outros.

Nesta situação específica, e de acordo com os resultados apresentados, podemos identificar a presença de um fenómeno de violência nesta família, apesar de nunca ter sido legalmente verificada, bem como a existência comprovada de uma relação física e sexual, continuadas, entre Alexandra e o padrasto. No entanto, o diagnóstico desta situação de violência foi particularmente difícil. De acordo com a informação da CPCJ, a utente aos 4 anos referia a D.Rosa (senhora que empregou a mãe da utente quando esta chegou ao Porto) que tinha medo de ir para casa porque o padrasto lhe batia, acrescentando que assistia a relações sexuais entre a mãe e o padrasto, facto que nos leva a questionar o tipo de exercício de poder paternal. Parece-nos, pois, ser possível deduzir que, para além da violência física, estamos também na presença de uma violência psicológica. A deterioração da função parental relacionada com esta forma de conjugalidade (Sousa, 2007), favorece a ocorrência de um conjunto de problemas relacionados com o desenvolvimento das crianças, neste caso, Alexandra.

A esta forma de mau-trato, Alarcão (2000, cit *in*. Sousa, 2005), acrescenta o insucesso escolar como uma possível consequência verificada nestas famílias. Curiosamente, neste caso, Alexandra era uma aluna aplicada e tinha boas notas, facto, aliás, confirmado pela própria escola em carta endereçada à CPCJ. Esta situação pode ser vista como um escape encontrado por Alexandra, sendo também possível ser o resultado de uma forma de pressão exercida pelo padrasto para que esta não demonstrasse quaisquer problemas e, desta forma, não chamasse à atenção para o que passava em casa.

De acordo com o referido na informação social enviada pela CPCJ à MJD (Anexo A), a mãe de Alexandra já a tinha levado à médica de família, quando esta tinha apenas 11 anos de idade, devido a uma ausência de menstruação. Tal facto poderá indiciar que esta estaria a par dos abusos por parte do seu companheiro para com Alexandra. Este foi, pelo menos, o entendimento dos professores de Alexandra. Recordamos, a este propósito, que não é absolutamente invulgar uma adolescente ter a sua menarca pelos 11 anos. Por outro lado, fica por perceber por que é que desta vez, aos 12 anos (momento em que Alexandra engravida) não teria percebido o que passava. Assim, podemos questionar, uma vez mais, a forma como a mãe de Alexandra estaria a exercer o poder paternal. Para além desta situação, quando Alexandra esteve internada por parto, a D.Fátima só a visitava a partir das 16h30, justificando com o facto de ter de trabalhar, apesar de saber que tinha direito a 30 dias de licença por a sua filha ter menos de 16 anos de idade. Mais uma vez, podemos questionar o tipo de acompanhamento e de apoio que D.Fátima daria à Alexandra.

Este aparente desinteresse em acompanhar mais assiduamente Alexandra contrasta com uma valorização talvez um pouco excessiva (e por isso responsável pelo levantamento de alguma suspeita por parte dos técnicos), relativamente à preocupação do padrasto de Alexandra com o facto desta ter perdido peso durante a gravidez. Terá feito uma valorização da posição do padrasto e menos da situação realmente vivida por Alexandra.

Esta forma de exercer a parentalidade, contrária ao ideal romântico dirigido à família biológica, contrasta também com a nem sempre reconhecida importância que muitas vezes outros elementos exercem no acompanhamento destas crianças. Sublinhamos,

aqui, o papel crucial exercido por D.Rosa, no acompanhamento efectuado a Alexandra, bem como na iniciativa relativamente ao teste de gravidez.

Normalmente, os pedidos de ajuda são efectuados por outras pessoas que conhecem a família, podendo ser vizinhos, escola, polícia, etc. Devido à idade das crianças é, na maioria dos casos, a escola que acaba por entrar em contacto com os serviços, como aconteceu aqui, em que a escola enviou uma carta para a CPCJ da área de residência da adolescente a referir esta situação, como medida de prevenção e de tentativa de clarificação da mesma. Reside aqui a importância das redes de apoio formal. Matos e Sousa (2004, cit *in*. Sousa *et al.*, 2007), dizem que o contacto com os serviços pode ser realizado de três formas diferentes. No caso de Alexandra, como já referimos, foi a escola que comunicou a situação à CPCJ. Importa referir que quando a escola convocou o encarregado de educação para falar sobre Alexandra, este fez-se acompanhar pelo patrão numa tentativa de mostrar credibilidade, facto que, contrariamente ao desejado, acabou por chamar a atenção dos professores, por esta ser uma situação pouco esclarecida e, também, por considerarem que a história contada pela Alexandra não fazia qualquer sentido.

Durante alguns anos, a D.Fátima foi encarregada de educação de Alexandra. No entanto, sem se compreender o motivo, a partir do ano lectivo de 2003/2004, o padrasto de Alexandra passou a ser o seu encarregado de educação. Tal situação leva-nos a questionar se esta alteração seria para que este pudesse controlar a adolescente na escola. Os professores consideraram a situação estranha como fizeram questão de referir na carta enviada para a CPCJ (Anexo B).

O padrasto pode ser visto como uma figura autoritária, pois exercia o seu poder com a Alexandra. Na informação social enviada pela CPCJ para a MJD é referido que os antigos professores de Alexandra descrevem o padrasto como uma pessoa “agressiva, autoritária e conflituosa”. Outra situação prende-se com o facto de Alexandra, quando era mais nova, ter dito a D.Rosa que o padrasto lhe batia, o que vai de encontro ao que Fulmer (1989, cit *in*. Sousa *et al.*, 2007) refere sobre a figura masculina nas famílias multiproblemáticas.

O tipo de relação existente entre D.Fátima, Alexandra e o padrasto não era, de acordo com todo o processo, considerado exemplar. Assim, podemos falar numa possível carência de afectos por parte da mãe para com Alexandra. O padrasto, provavelmente, mostrava alguma negatividade e pressionava Alexandra para que esta não revelasse a ninguém o que se passava. Assim, segundo alguns autores (Minuchin e col. 1967; Alarcão, 2000; Pires e col., 2004, cit *in*. Sousa *et al.*, 2007), existe nestas famílias falta de comunicação, de afectos e de compreensão, culpabilidade, e crítica constante perante o comportamento dos outros membros e incapacidade de conceptualizar o futuro e controlar os impulsos.

Alexandra não tinha amigos/as mais chegados/as, afastando-se dos seus colegas na escola. Não queria contar aos colegas de turma que estava grávida, com receio das eventuais reacções negativas. No entanto, após os colegas tomarem conhecimento da gravidez, mostraram uma atitude de protecção para com a colega, o que a deixou extremamente contente (Anexo B). Minuchin (1974, cit *in*. Sousa, 2005), refere que a falta de apoio dentro da família resulta em aspectos negativos, desta forma, tornam-se mais desconfiados na relação com o meio. Assim, podemos indicar que a exclusão social é, também, uma característica destas famílias.

Alexandra era acompanhada pela CPCJ quando chegou ao serviço social da MJD, continuando actualmente com acompanhamento por parte dos serviços. Tanto esta como o filho (João) encontram-se institucionalizados desde o início deste processo, como já referimos anteriormente na caracterização sócio-demográfica da adolescente. As famílias que têm uma relação com os serviços formais de apoio acabam, muitas vezes, por transferir as funções familiares para serviços sociais. Alarcão (2000, cit *in*. Sousa, 2005), refere que as famílias pobres costumam ter, ao mesmo tempo, comportamentos problemáticos e sérios, que permanecem no tempo, em diferentes membros de uma família. Tal situação poderá causar uma carência nas actividades funcionais e relacionais e uma relação crónica com os serviços.

O processo começou por ser desenvolvido na CPCJ, instituição que recebeu o pedido e que identificou os possíveis problemas que a família pudesse ter. Após a identificação dos problemas, os utentes são encaminhados para as diversas instituições onde se concebe, após diagnóstico social, o plano de intervenção. Desta forma, a adolescente foi

encaminhada para a MJD para ser acompanhada nas consultas pré-natais, e naturalmente, pelo serviço social. Na MJD, foi, novamente, realizado o diagnóstico social. Normalmente, existe um acumular de intervenções como aconteceu com Alexandra, que mais tarde, devido à institucionalização, foi sujeita a uma nova intervenção por parte dos técnicos. O acompanhamento do serviço social da MJD terminou quando esta situação foi encaminhada para outro serviço. Esta é uma das formas como a relação dos técnicos com a família pode terminar, conforme refere Imber-Black (1988, cit *in*. Sousa *et al.*, 2007).

Actualmente, os modelos de intervenção são elaborados de acordo com parcerias entre os técnicos e as diversas instituições. Cada instituição e técnico trabalham numa área distinta. Para uma melhor intervenção deverá ser nomeado um profissional que assuma o papel de gestor dos restantes técnicos que trabalham com uma família. Neste caso, podemos verificar que o técnico da CPCJ funcionou como um gestor de caso, uma vez que, quando a CPCJ contactou a MJD ficou estabelecido que esta não deveria intervir de imediato. Cada técnico deve acompanhar a família enquanto decorrer a intervenção e coordenar os diferentes apoios.

Todos os indivíduos devem ter uma abordagem individualizada. Apesar de dois indivíduos poderem ter o mesmo problema, tal não significa que a solução para os problemas deva ser, necessariamente, a mesma. Desta forma, optou-se por esperar pela melhor oportunidade para falar com a adolescente, apesar de, por norma, falar-se com as adolescentes nas primeiras consultas pré-natais. Nesta situação específica, a parceria entre a CPCJ e o serviço social da MJD, tinha como objectivo ajudar a perceber o tipo de relação e apoio que Alexandra tinha por parte da mãe e do padrasto e a autenticidade da história contada pela adolescente e confirmada pelos mesmos.

Silva (2001) refere que o objectivo da intervenção psicossocial é o de provocar mudanças nas situações-problema, isto é, alterar as formas de vida que estão relacionadas com o problema. Actualmente, Alexandra está afastada de casa, como já referimos atrás, tendo sido institucionalizada. Apesar do padrasto ter sido detido, tal não significa que a adolescente passasse a viver numa situação de harmonia com a mãe, até porque permanecem dúvidas quanto ao tipo de relação existente entre ambas. Para além

disso, o que se passava em casa reflectia-se na escola, na relação de afastamento que mantinha com os colegas.

Assim, verificamos uma necessidade de capacitação do indivíduo, neste caso de Alexandra, dever-lhe-à ser dada autonomia para que esta perceba que tem o poder de fazer as suas escolhas, e desenvolver comportamentos que conduzam ao crescimento e realização pessoal, que habilitem a pessoa a realizar-se. Alexandra foi institucionalizada num lar destinado a jovens mães. Este tem como objectivo proporcionar um bom desenvolvimento das adolescentes e das suas capacidades, bem como contribuir para a definição dos seus projectos de vida.

Reflexões Finais

Com a realização deste trabalho, pretendeu-se compreender a problemática da maternidade na adolescência inserida numa família multiproblemática e, a par da mesma, caracterizar a intervenção psicossocial realizada pelo serviço social da MJD, em parceria com as outras instituições envolvidas.

Foi possível, de acordo com Sousa (2005), perceber que as famílias multiproblemáticas podem ser descritas por algumas características, tais como: a violência, o abuso de substâncias, o incesto, entre outras. Outros autores referem características como os maus-tratos e o insucesso escolar (Alarcão, 2000, cit *in*. Sousa, 2005). Segundo Minuchin e col. (1967; Alarcão, 2000; Pires e col., 2004, cit *in*. Sousa *et al.*, 2007), nestas famílias verifica-se ainda a falta de comunicação, de afectos e de compreensão.

Neste trabalho, questionámos o exercício da função parental exercida pela mãe de Alexandra e pelo seu padrasto. Esta questão leva-nos a repensar a forma como, ainda hoje, se encara a função parental. Há uma tendência para se afirmar que a família biológica é sempre melhor, e que só em último recurso as crianças devem ser retiradas à mesma. No entanto, e tendo em conta esta situação que ocorreu com Alexandra e acontece, com muitas outras crianças, devemos considerar o facto de que, nem sempre a família biológica presta os melhores cuidados. Desta forma, devemos, também, pensar no papel desempenhado pelas famílias adoptivas, que exercem a sua função parental devendo ser tão bons, ou por vezes, melhores cuidadores, que os pais biológicos. Minuchin (1974, cit *in*. Sousa, 2005), fala na falta de apoio nas famílias e que esta dá origem a aspectos negativos. Desta forma, tornam-se mais desconfiados na relação com o meio, o que leva à exclusão social (Alarcão, 2000, cit *in*. Sousa, 2005).

Na parte empírica verificámos que, na intervenção com mães adolescentes, há uma necessidade de compreender os tipos de suporte existentes na família alargada. Esta situação deve-se ao facto de todas as mães necessitarem de apoio após o parto, ainda mais, se tivermos em conta que estas são mães adolescentes.

O objectivo da intervenção psicossocial referido por Silva (2001), pressupõe que devem ser provocadas mudanças nas situações-problema, e que para que estas sejam ultrapassadas deverão ser, em primeiro lugar, compreendidas quanto à sua causalidade. Para alcançar a desejada mudança social é necessária uma consciencialização por parte dos indivíduos, conseguida, muitas vezes, através de um processo de negociação. A mudança deve ser alcançada de forma autónoma, ainda que com a devida ajuda por parte dos técnicos, tornando-os num agente de mudança.

Assim, deverá existir consciencialização, auto-determinação, e *empowerment*. O papel do profissional é de mediação e deverá ser dada alguma liberdade ao sujeito. O tipo de relações que se estabelecem entre os profissionais e a família é fundamental, a família não deverá ver o profissional como um adversário, mas sim como uma pessoa que está presente para o apoiar e ajudar a organizar a sua vida.

Esta problemática desenvolvida neste projecto de graduação surgiu devido ao facto de o estágio ter sido realizado na MJD, e incidido, essencialmente, sobre a maternidade na adolescência. Assim, foi-nos possível verificar que estas adolescentes estão, na sua maioria, inseridas numa família multiproblemática. Ao longo deste estudo surgiram algumas limitações na sua realização. Estas prendem-se com o facto de não nos ter sido possível contactar com a adolescente em causa, Alexandra, para não interferirmos no processo que, como já referimos ainda decorre, ao contrário daquilo a que inicialmente nos tínhamos proposto. Encontrámos, também limitações relativamente ao tempo disponível para a elaboração deste estudo que, fez com que não fosse possível aguardarmos pelo encerramento deste processo.

Para uma futura investigação sugerimos um contacto com estas adolescentes e outras que tenham passado pelo mesmo tipo de situação de Alexandra, ou mesmo com as famílias destas adolescentes que são fundamentais para o seu bom desenvolvimento. Se pensarmos neste tipo de famílias, fará todo o sentido uma intervenção com as mães destas adolescentes para, de alguma forma, tentar compreender o tipo de dificuldades com que se deparam na educação dos seus filhos, e que muitas vezes, poderão estar relacionados com a maternidade na adolescência. Acreditamos que dessa forma será possível equacionar uma intervenção social mais ajustada às reais necessidades das diferentes situações.

Referências Bibliográficas

Silva, L. F. da (2001). *Acção Social na Área da Família*. Lisboa, Universidade Aberta.

Silva, L. F. da (2001). *Intervenção Psico-Social*. Lisboa, Universidade Aberta.

Sousa, L. (2005). *Famílias Multiproblemáticas*. Coimbra, Quarteto Editora.

Sousa, L. (2007). *Famílias Pobres: Desafios à Intervenção Social*. Lisboa, Climepsi Editores.

1.3.3. Políticas Sociais	29
1.3.3.1. Ambiguidade Estrutural das Políticas	29
1.3.3.2. Nova Geração de Políticas Sociais e Novas Metodologias de Intervenção Social	31
1.3.3.3. As Novas Políticas Sociais e a Activação em Portugal	33
1.4. Considerações acerca da Intervenção Psico-Social	35
1.4.1. Objectivos da Intervenção Social	35

ESTUDO EMPÍRICO

Capítulo II – Metodologia

2.1. Introdução	38
2.2. Objectivos do Estudo	38
2.3. Procedimentos	38
2.4. Caracterização Sócio-demográfica da menor	39
2.5. Apresentação do Caso	39
2.5.1. Análise e Discussão	48

Reflexões Finais	54
-------------------------------	-----------

Referências Bibliográficas	56
---	-----------

Índice de Anexos

Anexo A – Informação Social enviada pela CPCJ à MJD 58

Anexo B – Informação enviada pela escola frequentada pela menor à CPCJ 65

Índice de Siglas

AS – Assistente Social

CPCJ – Comissão de Protecção de Crianças e Jovens

GEAV – Gabinete de Estudos de Apoio à Vítima

HML – Hospital Magalhães Lemos

MJD – Maternidade de Júlio Dinis

NPCR – Núcleo de Prevenção de Crianças em Risco

PF – Planeamento Familiar

PNE – Plano Nacional de Emprego

PNAI – Plano Nacional de Acção para a Inclusão

POCs – Programas Ocupacionais

RSI – Rendimento Social de Inserção

Resumo

As alterações associadas ao conceito de família acrescentaram uma nova categoria a esta Instituição. Falamos das famílias multiproblemáticas, ou seja, de famílias que convivem diariamente com uma pluralidade de problemas, face aos quais revelam sérias dificuldades de, por si só, lhes darem uma resposta satisfatória. Tal situação implica, muitas vezes, a procura de suporte prestado por parte das redes de apoio formal, desencadeando, não raras vezes, uma relação de alguma, por vezes total, dependência face às mesmas.

Partindo de uma das realidades presentes no nosso local de estágio (MJD), a gravidez na adolescência, o presente projecto de graduação pretende analisar a situação de uma dessas famílias. Mais especificamente, analisamos a situação vivida por uma adolescente com 13 anos de idade, que deu entrada na MJD em 2006, grávida de 7 meses, para uma consulta pré-natal. Após diagnóstico social, ficou claro tratar-se de uma adolescente pertencente a uma família multiproblemática.

Os resultados do presente estudo confirmam a complexidade das dinâmicas vividas por estas famílias, traduzidas num diagnóstico nem sempre fácil de realizar e em planos de intervenção social pautados por diversas dificuldades quanto à sua implementação e eficácia.