



Universidades Lusíada

Pereira, Dora Isabel Fialho
Alarcão, Madalena

A tomada de decisão no âmbito da avaliação das capacidades parentais

<http://hdl.handle.net/11067/1724>
<https://doi.org/10.34628/5r56-r473>

Metadados

Data de Publicação	2015
Resumo	O processo de avaliação das capacidades parentais integra diversos momentos de juízo clínico e tomada de decisão, desde a sinalização da situação à conceptualização de um plano de intervenção. Os referenciais e critérios que fundamentam tais decisões são essenciais para a sua compreensão. Neste artigo detalha-se o estudo exploratório que operacionalizou critérios de decisão em relação às nove dimensões que integram o Guia de Avaliação das Capacidades Parentais. É analisado o acordo inter-avaliad...
Palavras Chave	Responsabilidade dos pais, Pais e filhos
Tipo	article
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-ISSSL] IS, n. 42-45 (2015)

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-09-21T08:26:47Z com informação proveniente do Repositório

A TOMADA DE DECISÃO NO ÂMBITO DA AVALIAÇÃO DAS CAPACIDADES PARENTAIS

Dora Pereira

*Doutoranda da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de
Coimbra. disabelp@netvisao.pt*

Madalena Alarcão

*Professora Associada Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da
Universidade de Coimbra. madalena.alarcao@uc.pt*

Resumo

O processo de avaliação das capacidades parentais integra diversos momentos de juízo clínico e tomada de decisão, desde a sinalização da situação à conceptualização de um plano de intervenção. Os referenciais e critérios que fundamentam tais decisões são essenciais para a sua compreensão. Neste artigo detalha-se o estudo exploratório que operacionalizou critérios de decisão em relação às nove dimensões que integram o Guia de Avaliação das Capacidades Parentais. É analisado o acordo inter-avaliadores na avaliação dos prestadores de cuidados de 10 crianças acolhidas em centros de acolhimento temporários da região Alentejo. Os resultados são lidos à luz da fiabilidade daqueles critérios e da sua utilidade para a fundamentação das decisões relativas aos planos de intervenção e definição de projetos de vida de crianças em situação de risco.

Palavras-chave: tomada de decisão, capacidades parentais, proteção da criança, avaliação do risco.

Abstract

The parental capacities assessment process includes several clinical judgments and decision taking steps, from referral to the definition of an intervention plan. The guiding principles and criteria supporting those decisions will be essential to make meaning of them. In this article will be detailed the exploratory study where the decision criteria related to the nine assessment dimensions included on the parental capacities assessment guide are specified. It'll be analyzed the inter-rater agreement of their use on 10 children's caretakers assessment; those children are placed on temporary shelter centres of Alentejo region. The results are read in terms of reliability and usefulness of criteria to support decisions about intervention and children's future.

Key-words: decision making, parenting capacities, child protection, risk assessment

A intervenção dos profissionais em contextos de proteção à infância implica necessariamente a tomada de decisões. Proteger a criança e promover o seu desenvolvimento implica ponderar a continuidade ou a rutura de relações entre pais e filhos, com base na base da avaliação sobre quais são os prestadores de cuidados que melhor assegurarão as necessidades da(s) criança(s). Contudo, tais decisões envolvem um conjunto de especificidades que as tornam especialmente complexas (Keddell, 2012). Em primeiro lugar implicam risco e incerteza: nenhum profissional está absolutamente certo de que a decisão que tomar terá o resultado previsto; existe sempre o risco associado à sua implementação (atente-se por exemplo nas medidas de adoção), nomeadamente em termos de consequências para a criança (Mansell, 2006). Em segundo lugar o tempo em que têm de ser tomadas é muitas vezes incompatível com a recolha de toda a informação considerada necessária, para além de existir frequentemente informação contraditória. Welbourne (2012) refere que, muitas vezes, a rapidez com que as situações evoluem, e com que se requer a tomada de decisão, não permite a distância suficiente nem a totalidade da informação necessária ao processo de reflexão. Em terceiro lugar, aquelas decisões devem responder a critérios de vária ordem, como as normas legais vigentes, as implicações desenvolvimentais, a capacidade de mudança dos pais/prestadores de cuidados, entre outros, o que complexifica o processo de análise e decisão. Acresce ainda que os profissionais da proteção à infância assumem diferentes papéis ao longo do processo de intervenção (O'Sullivan, 2011), nomeadamente o de apoiar os prestadores de cuidados em tomadas de decisão, o de colaborar com outros profissionais para este fim, o de efetuar juízos clínicos e transmiti-los a outros profissionais.

A avaliação das capacidades parentais é um passo no processo que sustenta a elaboração de juízos clínicos e decisões relativas ao projeto de vida da criança. Entende-se o *juízo clínico* como as inferências retiradas a partir de um conjunto de informações e as *decisões* como as ações efetuadas com base nesses juízos. Entre ambos situam-se os limiares de decisão, de cuja ponderação dependerá a decisão. Detalhar o processo de juízo clínico e de tomada de decisão permitirá tornar o processo de avaliação mais claro e as suas implicações mais facilmente compreensíveis para outros profissionais, como os magistrados, por exemplo, e também para os próprios avaliados. Neste artigo detalha-se o estudo exploratório que operacionalizou critérios de decisão em relação às nove dimensões que integram o Guia de Avaliação das Capacidades Parentais. Este Guia é uma adaptação (Pereira & Alarcão, 2013b) do instrumento de origem canadiana (De Rancourt, *et al.*, 2006; Steinhauer, *et al.*, 1993) que tem por objetivo avaliar as capacidades parentais a partir da ponderação dos comportamentos, dos recursos e dificuldades parentais evidenciadas e da avaliação prognóstica da mudança (im)possível. Os resultados são analisados em termos da fiabilidade dos critérios e da sua utilidade para a fundamentação das decisões relativas aos planos de intervenção e definição de projetos de vida de crianças em situação de risco ou perigo.

1. Decidir no Sistema de Promoção e Proteção à Infância

Segundo Baumann, *et al.*, (2011), há que considerar três aspetos na tomada de decisão na proteção à infância. O primeiro está associado à variedade das decisões tomadas pelos profissionais, referidas como o *continuum* da tomada de decisão (desde a sinalização, passando pela aplicação de medidas de promoção e proteção, pela elaboração de planos de intervenção/execução de medidas e respetiva avaliação dos mesmos, até à finalização do caso). No contexto português, o juízo clínico de profissionais da área psicossocial é (ou não) corroborada por decisões sobre medidas de promoção e proteção aplicadas por profissionais da área judicial ou por estruturas para-judiciais, como as Comissões de Proteção de Crianças e Jovens. Tal significa que estas decisões integram contributos de várias disciplinas (e.g., saúde, psicologia, direito) e são tomadas por diferentes profissionais em diferentes momentos do processo, sem que nem sempre esteja claro, nomeadamente para os pais e crianças, quem decide *o quê e porquê*.

O segundo aspeto está relacionado com o processo psicológico de tomada de decisão. O juízo clínico decorrente da avaliação é diferente da decisão em si, há limiares para decidir por uma ou outra ação e estes podem alterar-se. Além disso, os diferentes limiares a considerar (Platt & Turney, 2013) podem não ser conceptualmente consistentes entre si, podendo refletir diferentes visões da intervenção e objetivos a alcançar, consoante as diferentes organizações que os definem e os diferentes profissionais que os aplicam. O terceiro aspeto a considerar diz respeito às consequências da decisão a tomar, nomeadamente as implicações desenvolvimentais em termos da segurança, estabilidade e bem-estar da criança, as consequências para o próprio técnico em termos profissionais (aceitação pelos pares, compatibilidade da decisão com as orientações da organização) e as consequências externas como a visibilidade dos media ou a repercussão na comunidade. Tal significa que na tomada de decisões é tão importante a forma como são tomadas como os resultados das mesmas (Gillingham, 2011).

Modelos como a ecologia da tomada de decisão de Baumann *et al.* (2011) e a perspetiva naturalista de Platt e Turney (2013), concordam que tanto os limiares como a própria decisão são influenciados por fatores relacionados com o caso (as suas características específicas), com o decisor (experiência e sentimentos associados, competências, valores, número de casos, exigências processuais, apoio e coesão na equipa, política seguida) e externos (legislação, acontecimentos críticos, financiamento, envolvimento da comunidade). Baumann *et al.* (2011) consideram que a avaliação e os limiares de decisão são influenciados por fatores qualitativamente diferentes (também referidos por Kellet & Apps, 2009): a avaliação pelos fatores relacionados com o caso e os limiares de decisão por fatores relacionados com o profissional, a organização a que pertence e o contexto em que estão inseridos. Todos estes fatores integram o que Kedell (2012) designa como contexto de prática e são modelados “pela influência das dinâmicas de poder e [pelo] processo dialógico de co-construção de significado” (*idem*, p.2)

entre profissionais, clientes e gestores. Assim, o juízo e a tomada de decisão estão fundamentalmente ligados à forma como o conhecimento é utilizado por cada profissional no seu contexto de prática, entendendo-se, com Drury-Hudson (1999, cit. por Kim, *et al.*, 2008), que o conhecimento profissional integra conhecimento teórico, empírico, pessoal, prático e procedimental.

Na prática de proteção à infância, a perícia na tomada de decisão tem sido descrita como a capacidade de usar tanto formas intuitivas como analíticas de raciocínio (Munro, 2005; Platt & Turney, 2013). O raciocínio analítico invoca o uso de teorias formais e de investigação e advém de abordagens positivistas à ciência e à construção de conhecimento, responsáveis pelo desenvolvimento e implementação de quadros de referência e instrumentos de tomada de decisão (Gillingham, 2011). Está associado ao pensamento crítico, à reflexão sobre a ação (Welbourne, 2012), que é retrospectiva, feita com pares e em grupos de supervisão. O raciocínio intuitivo advém do conhecimento e experiências pessoais dos profissionais e inclui conhecimento prático, emocional e valores (Munro, 2005). Está associado à reflexão na ação, que é quase sempre instantânea e instintiva. Enquanto os profissionais com menos experiência têm mais probabilidade de usar o raciocínio analítico, refletindo alguma dependência de quadros de referência e instrumentos de tomada de decisão, os mais experientes invocam o raciocínio intuitivo para informar o seu processo de tomada de decisão (Munro, 2005). Contudo, é reconhecida a necessidade de utilizar ambos, garantindo-se que o conhecimento científico é aplicado tendo em conta as especificidades contextuais e relacionais de cada situação (O'Sullivan, 2011).

A utilização do pensamento crítico, da reflexão e da reflexividade são competências essenciais para que os profissionais fundamentem a tomada de decisão (Keddell, 2012; Munro, 2011; Tilbury, *et al.*, 2009; Welbourne, 2012) e evitem enviesamentos no raciocínio. Profundamente interligados, permitem compreender como os diferentes fatores do contexto de prática influenciaram, influenciam ou influenciarão os seus juízos e decisões, potenciando a qualidade do trabalho desenvolvido. Trabalhar bem terapeuticamente nos serviços de proteção implica comprometer-se com um processo de reflexão e com a integração da experiência prática com a teoria (Bunston, 1997). Bauman *et al.* (2011) salientam que quando os fatores que influenciam a avaliação do caso suscitam uma preocupação baixa relativamente ao que fazer, não são necessárias muitas evidências para que os técnicos tomem uma decisão, ao contrário do que acontece quando os mesmos suscitam uma preocupação elevada, como acontece quando os técnicos têm dúvidas quanto à exequibilidade de uma medida de adoção. Mansell (2006) alerta ainda para o contexto de instabilidade (*"the Underlying Child Protection System Instability"*) que caracteriza as tomadas de decisão em proteção à infância, devido ao facto de os limiares de decisão se alterarem de acordo com as pressões do meio: em resposta a graves sequelas sofridas por uma criança, os profissionais tendem a decidir intervir, p.e no sentido da rutura da relação pais-filhos, enquanto em resposta a críticas de interferência excessiva na vida das

famílias tendem a desvalorizar alguns indicadores de risco. Isto significa que os vários profissionais que avaliam uma mesma situação poderão concordar acerca da avaliação, mas discordar acerca da decisão a tomar.

Perante esta complexidade, tem-se assistido (nomeadamente no contexto anglo-saxónico) a uma proliferação de orientações práticas e instrumentos de avaliação, e respetivas formações, com a intenção de limitar a autonomia do profissional, aumentar a clareza e fiabilidade do procedimento, e melhorar a tomada de decisão (Munro, 1999). Mais especificamente, procura diminuir-se a inconsistência entre os profissionais e aumentar a sua capacidade de prever evoluções futuras (Schwalbe, 2004). Em Portugal existem orientações específicas quanto ao processo de tomada de decisão relativo à aplicação das medidas de promoção e proteção por parte das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (Comissão Nacional de Proteção de Crianças e Jovens em Risco, 2011), mas o mesmo não acontece relativamente à forma como são avaliadas as capacidades parentais dos pais/prestadores de cuidados; estas, e mais especificamente o prognóstico favorável ou desfavorável relativo à sua evolução, são consideradas como parte integrante dos referidos critérios, mas não está claro como tal prognóstico pode ser alcançado. A diferente formação científica e profissional dos diversos profissionais que emitem pareceres técnicos relativos aos diferentes momentos de tomada de decisão (serviços de primeira linha, instituições de acolhimento, serviços que assessoram o Tribunal) não será alheia à heterogeneidade dos fundamentos e ponderação das diferentes decisões (Baird, *et al.*, 1999; Cunha, 2009; Cunha, 2012).

1.1 Decidir no Âmbito da Avaliação das Capacidades Parentais

O processo de intervenção com crianças em situação de risco ou perigo e suas famílias implica um *continuum* de diversos momentos de juízo clínico e tomada de decisão. Ainda que se concorde com o alinhamento e conteúdo dos diferentes momentos de avaliação propostos por Melo e Alarcão (2011), no seu roteiro para a avaliação do risco/perigo, considera-se que nestas situações, é a função parental dos prestadores de cuidados que está a ser equacionada; como tal, a avaliação da capacidade parental constitui o principal objetivo a alcançar, sem esquecer que a mesma deve atender à complexidade ecológica da parentalidade (Family Disability Studies Initiative, 2012). Assim, considera-se pertinente diferenciar, no *continuum* do juízo clínico à tomada de decisão, a avaliação, das capacidades parentais (incluindo-se aqui a dimensão do potencial de mudança) e das estratégias de intervenção adotadas (Figura 1).

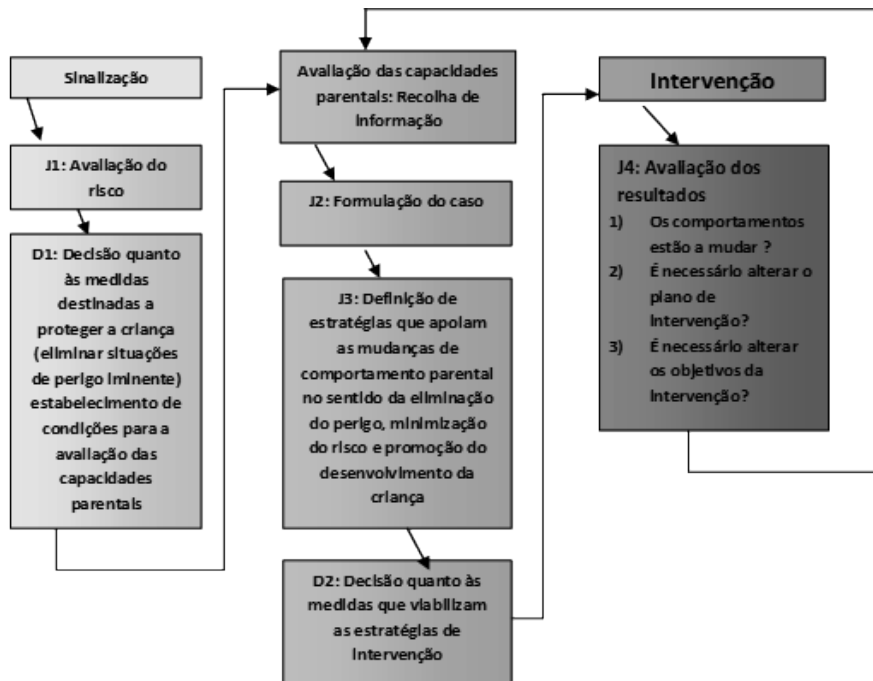


Figura 1. Continuum de juízo clínico e tomada de decisão

Na literatura encontramos frequentemente referidos estudos relacionados com a avaliação do risco (ou perigo) para a criança e dos critérios de decisão relativos à necessidade ou não de afastar dos prestadores de cuidados atuais de forma a protegê-la da situação de perigo (Baird et al., 1999; Collins & Daly, 2011; Littlechild, 2008; Mansell, 2006; McConnell, et al., 2006; Munro, 2005; Platt, 2006; Reis, 2009; Rzepnicki & Johnson, 2005; Schwalbe, 2009; Toros, 2012). O mesmo não acontece com estudos relacionados com a avaliação das capacidades parentais. Dos 11 modelos revistos por Pereira e Alarcão (2010) apenas dois explicitam a forma como a informação recolhida durante a avaliação deve ser ponderada, nomeadamente De Rancourt et al. (2006), autores da primeira adaptação do Guia de Avaliação das Capacidades Parentais de Paul Steinhauer, e Barudy e Dantagnan (2010), sendo que apenas estes últimos autores propõem uma ponderação da informação que aponta para limiares de decisão relacionados com a intervenção subsequente com os pais/prestadores de cuidados e o projeto de vida da criança.

Adotando a perspetiva do construcionismo social, o processo de avaliação das capacidades parentais não é um processo de busca da verdade, mas antes de construção de conhecimento acerca da forma como *foi, é, e poderá ser* o exercício da parentalidade. É, portanto, um conhecimento processual. Esta construção

dependerá do contexto de interação entre o profissional e o prestador de cuidados avaliado, do tipo de relação que estabelecem e das práticas usadas para recolher informação, pelo que refletirá sempre a interação entre o conteúdo do discurso e o processo (Keddell, 2012). Num estudo qualitativo de 16 avaliações de pais de crianças em risco, Holland (2000) verificou que os profissionais não emitiam pareceres favoráveis à reunificação entre pais e crianças quando a relação estabelecida durante a avaliação se caracterizava por posturas de agressividade, conflito ou não adesão por parte dos pais. O contrário acontecia quando os pais adotavam uma postura de cooperação com os profissionais e de reconhecimento das situações de risco. A autora coloca a hipótese de tal postura, por parte dos pais, poder ser adotada de modo a facilitar o regresso das crianças a casa pelo que se torna útil a existência de critérios ou limiares que suportem o processo de decisão.

Na avaliação das capacidades parentais, tais limiares devem operacionalizar os critérios do risco e da norma (Pereira e Alarcão, 2013d) relativamente ao que se considera ser, ou poder vir a ser, a parentalidade minimamente adequada. A norma, área de especialização dos magistrados, remete para uma comparação entre a informação recolhida e o que é considerado coletivamente como adequado; o risco, área de especialização dos técnicos psicossociais, requer a comparação entre a situação atual e as suas implicações desenvolvimentais para a criança. Contudo, saliente-se que nem sempre os processos de juízo clínico e tomada de decisão estão centrados nos mesmos profissionais: pode ser um profissional a desenvolver a avaliação e a alcançar um determinado juízo clínico, mas pode ser um outro, ou uma equipa, a tomar decisões. Além disso, e como se referiu atrás, no contexto português, os profissionais informam as CPCJ e os Tribunais acerca dos seus juízos clínicos, sendo que serão aquelas entidades as responsáveis pelas decisões.

Ao longo deste processo, os profissionais confrontam-se com vários dilemas éticos, perante os quais terão de alcançar compromissos. No âmbito do estudo da validade ecológica do Guia de Avaliação das Capacidades Parentais (Pereira & Alarcão, 2013b), 3 *focus groups* de 10 profissionais portugueses ligados à proteção à infância (profissionais da área psicossocial, magistrados e académicos) apontaram diversos dilemas relacionados com o processo de juízo clínico e a tomada de decisão. Quanto aos primeiros, foram apontados: (1) o dilema entre afeto e competência parental, na medida em que os profissionais se confrontam frequentemente com situações em que as competências manifestadas não são suficientes para garantir o bem-estar da criança, ainda que expressem por ela uma forte ligação afetiva (e.g., pais com limitações cognitivas); (2) o dilema entre o interesse da criança e as posições manifestadas pelos pais, que dizem defender a criança mas que parecem colocar em causa o seu desenvolvimento (e.g., crianças cujos pais se opõem à adoção, defendendo a continuidade da institucionalização até à maioridade); (3) o dilema entre o tempo útil da criança e o tempo requerido para que a mudança de comportamento parental (e.g., crianças cujos pais

entram em comunidades terapêuticas de reabilitação). Quanto aos segundos, relacionados com o processo de decisão: (1) o dilema entre a fiabilidade da avaliação e a confidencialidade da informação (e.g., a necessidade de fundamentar os diferentes juízos pode conflitar com aspetos da confidencialidade da relação estabelecida entre os pais e os diferentes profissionais); (2) o dilema entre os factos reportados e os factos verificáveis em Tribunal (e.g., nem sempre os factos que sustentam a avaliação podem ser provados, o que pode limitar a avaliação a factos muito recentes e corroboráveis, perdendo-se a perspetiva evolutiva das situações e relativizando-se o peso que lhes é atribuído nas conclusões); (3) o dilema entre as propostas de intervenção e a viabilidade da sua concretização, que obriga por vezes os profissionais a optar por medidas contraditórias ao juízo clínico efetuado; (4) o dilema entre a universalidade e a especificidade dos parâmetros de avaliação, ou seja, ainda que cada situação deva ser ponderada na sua especificidade, subsiste a necessidade de a comparar com indicadores universais de parentalidade minimamente adequada, cuja definição não existe.

O recurso a instrumentos que ajudem a clarificar os limiares de decisão afigura-se como uma forma de minimizar tais dificuldades e potenciar a qualidade dos processos de avaliação das capacidades parentais. No contexto português não existem instrumentos validados destinados especificamente à avaliação das capacidades parentais. O Guia de Avaliação das Capacidades Parentais é um instrumento de juízo clínico para auxiliar o processo de tomada de decisão cuja validação tem vindo a ser desenvolvida. De seguida apresenta-se o estudo de fiabilidade dos critérios de avaliação nele incluídos, desenvolvidos especificamente para o contexto português na sequência das sugestões decorrentes do estudo de validade ecológica desenvolvido a respeito do referido Guia (Pereira & Alarcão, 2013b).

2. Método

2.1 Participantes

O estudo foi desenvolvido com profissionais dos Centros Distritais de Segurança Social (CDSSs) de Portalegre, Évora e Beja, mais especificamente das Equipas Multidisciplinares de Assessoria aos Tribunais (EMATs) e das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJs) daquelas cidades, bem como dos Centros de Acolhimento Temporário (CATs) dos mesmos distritos. A participação foi autorizada pelos respetivos serviços, perfazendo um total de 23 profissionais, dos quais 83% com mais de 10 anos de experiência profissional na função (4% com menos de 5 anos; 13%, entre 5-10 anos). Em termos académicos, destaca-se a formação em Serviço Social (48%) e Psicologia (35%), tendo que os restantes participantes (17%) formações variadas tais como Educação Social (4%), e outras formações (13%), como a Psicomotricidade ou a Educação de Infância.

No que diz respeito ao enquadramento institucional, 48% dos participantes pertencem a CDSS, 9% a CPCJ's e 43% a CAT's.

Foram integrados no estudo 10 casos de crianças (7 do sexo masculino e 3 do sexo feminino) com menos de 6 anos (3 com menos de 1 ano, 4 com 1 ou 2 anos de idade, e 3 com 3 ou mais anos), acolhidas em Centro de Acolhimento Temporário (3 acolhidas há menos de 6 meses, 4 cujo tempo de acolhimento variava entre os 6 e os 12 meses, e 3 acolhidas há mais de 1 ano), por motivos relacionados com situações de negligência (9 casos) ou violência vicariante (1 caso), que mantinham a possibilidade de contacto com os pais durante o acolhimento. Em 6 casos foi avaliada a mãe da criança e em 4 casos, a mãe e o pai. Destes 14 progenitores, 2 tinham menos de 20 anos, 4 tinham idades compreendidas entre 20 e 30 anos, 7 entre os 31 e os 40 anos, e um tinha mais de 40 anos. 6 dos progenitores avaliados tinham outros filhos referenciados no sistema de promoção e proteção.

Em todos os casos os profissionais concordavam que era pertinente avaliar as capacidades parentais dos prestadores de cuidados dado ser essa uma questão que teriam de clarificar na avaliação e parecer técnico que viesse a fundamentar o projeto de vida de cada criança.

Em cada caso estudado participaram os profissionais da instituição que aplica ou supervisiona a medida de promoção e proteção (CPCJ ou EMAT) e da instituição de acolhimento. É de salientar que esta metodologia tende a espelhar a dinâmica interinstitucional e que quanto maior for o acordo entre os profissionais envolvidos, mais consistente poderá ser o parecer técnico a transmitir aos órgãos judiciais e para-judiciais de tomada de decisão.

2.2 Instrumento

O Guia de Avaliação das Capacidades Parentais é uma adaptação (Pereira & Alarcão, 2013c) do instrumento de origem canadiana (De Rancourt *et al.*, 2006; Steinhauer *et al.*, 1993). É composto por 9 dimensões de avaliação, divididas em quatro áreas: a) contexto (1. O contexto sócio-familiar), b) criança (2. A saúde e o desenvolvimento da criança), c) relação prestadores de cuidados-criança (3. Vinculação; 4. Competências Parentais), e d) prestadores de cuidados (5. Domínio dos impulsos; 6. Aceitação da responsabilidade; 7. Fatores que afetam a capacidade parental; 8. Rede social; 9. História de acesso aos serviços). Cada dimensão inclui, para além de diversas questões específicas, um conjunto de questões resumo que incidem sobre as implicações da informação recolhida para o exercício da parentalidade e que permitem o registo das conclusões do profissional relativas à dinâmica específica de cada caso. Após estas questões, existe um conjunto de critérios que classificam a dimensão avaliada como um recurso principal ou secundário, ou como uma dificuldade secundária ou principal, num *continuum* classificativo do mais para o menos adequado. Estes critérios foram desenvolvidos pelas autoras na sequência dos contributos recolhidos no âmbito do estudo de validade ecológica do instrumento (Pereira & Alarcão, 2013b). Mais

especificamente, os participantes sugeriram que fossem discriminados os critérios que permitem classificar a dimensão como recurso ou dificuldade (principal ou secundária). Entendendo estas quatro categorias como componentes dos limiares da decisão a tomar, foram tidos em conta aspetos relacionados com o risco e com as consequências previsíveis da decisão, nomeadamente: impacto no desenvolvimento da criança; disponibilidade e capacidade dos pais para o processo de mudança; disponibilidade e viabilidade de intervenções específicas. Assim, as categorias têm uma designação e um critério geral comuns a todas as dimensões avaliadas, nomeadamente: Recurso principal, inexistência de dificuldades assinaláveis; recurso secundário, dificuldade gerível atualmente pelo/s pais/prestadores de cuidados; dificuldade secundária, dificuldade gerível caso os pais/prestadores de cuidados desenvolvam competências parentais específicas E/OU haja intervenção dos serviços ou modificação de circunstâncias ambientais; dificuldade principal, dificuldade ingerível pelo/s pais/prestadores de cuidados no momento atual e critérios específicos para cada uma delas.

O perfil da capacidade parental, elaborado no final do preenchimento do Guia, a partir de todas as classificações atribuídas, permite a rápida identificação das dimensões que poderão vir a ser focadas no processo de intervenção.

A aplicação dos critérios em estudo foi inicialmente testada com uma profissional profunda conhecedora do instrumento, que não participou na sua adaptação, para identificação de possíveis ajustamentos a realizar, o que não foi considerado necessário.

2.3 Procedimentos

O estudo de fiabilidade do Guia de Avaliação das Capacidades Parentais (adapt. de Pereira & Alarcão, 2013) foi composto por 5 momentos distintos:

- (1) formação dos profissionais: todos os profissionais que se previa poderem vir a participar no estudo receberam formação (7 horas) acerca do instrumento nomeadamente sobre o seu enquadramento e utilização, treinada a partir de um caso prático; a versão do instrumento utilizada na formação já continha as alterações decorrentes do estudo de validade ecológica para o contexto de proteção à infância português;
- (2) reunião de partilha de informação: após a identificação de cada caso a inserir no estudo, teve lugar uma reunião de partilha da informação de que os profissionais (EMAT ou CPCJ e equipa do CAT) dispunham tendo como referência as dimensões de avaliação propostas pelo Guia. Esta reunião foi gravada em vídeo e áudio;
- (3) preenchimento independente dos Guias por parte de cada equipa e da investigadora, primeira autora deste trabalho;
- (4) identificação das questões-resumo e das decisões em que houve acordo e desacordo entre os profissionais e a investigadora;
- (5) reunião de clarificação do (des)acordo, na qual foram explicitadas

as razões das divergências existentes e, eventualmente, encontradas e fundamentadas posições consensuais.

Esta reunião foi também gravada em vídeo e áudio.

Existiram, portanto, dois momentos de verificação do acordo: M1, após o preenchimento independente do guia, e M2, após a reunião de análise e reflexão sobre o (des)acordo. O tempo que mediou estes dois momentos variou entre 2 a 9 meses, dependendo dos ritmos de trabalho de cada equipa e da disponibilidade de agenda. A análise destes dois momentos permitiu refletir sobre as seguintes questões:

- a informação partilhada permitiu chegar a classificações (recurso/dificuldade, principal/secundária) concordantes entre os três avaliadores em M1?
- as divergências observadas deveram-se à falta de compreensão/domínio do instrumento, à diferença de referenciais que fundamentam o juízo clínico dos avaliadores, ou outras?
- como evoluiu o acordo inter-avaliadores entre M1 e M2? Tal evolução deveu-se à natureza da informação disponível ou à clarificação de conteúdos do próprio instrumento?
- o acordo alcançado nas classificações é da mesma ordem que o alcançado nas questões-resumo, em cada dimensão avaliada? Não sendo, em que dimensões existem diferenças significativas e porquê?

3. Resultados

As classificações atribuídas e o valor do acordo é apresentado percentualmente no quadro 2. Para M1 e M2, foi calculada a percentagem de respostas consensuais (total ou parcialmente) e discordantes para as questões resumo e decisões em cada dimensão de avaliação. A percentagem de respostas consensuais (total ou parcialmente) e discordantes foi calculada de acordo com a matriz apresentada no quadro 1.

Quadro 1

Matriz de definição do acordo entre os 3 avaliadores, A1, A2 e A3

Tipo de acordo	A1	A2	A3
Acordo total	x	x	x
Acordo parcial	x	x	-
Acordo parcial	x	x	y
Desacordo total	x	y	z
Desacordo total	x	y	-
Missing case	x	-	-

Quadro 2

Frequências das classificações de cada dimensão de avaliação (n=23) e acordo inter-avaliadores

Dimensão de avaliação	Classificações das dimensões												
	Classificações atribuídas (n=23)	md/mc	% acordo -decisão-classificação										
	M1	M2	M1	M2	M1	M2							
					T	P	D	T	P	D			
D1- Contexto		RP	0	0	0/0	0/0	90	10	0	100	0	0	
		RS	3	2									
		DS	1	2									
		DP	19	19									
D2 - Saúde e desenvolvimento da criança		RP	14	14	0/0	0/0	90	10	0	100	0	0	
		RS	0	0									
		DS	1	0									
		DP	8	9									
D3 - Vinculação		RP	1	0	2/0	0/0	60	30	10	100	0	0	
		RS	1	2									
		DS	4	2									
		DP	15	19									
D4 - Competências parentais		RP	1	2	4/0	0/0	40	60	0	90	10	0	
		RS	0	0									
		DS	4	2									
		DP	14	19									
D5 - Domínio dos impulsos		RP	4	5	3/0	0/0	40	60	0	100	0	0	
		RS	4	2									
		DS	5	4									

		DP	7	12								
D6 - Reconhecimento da responsabilidade		RP	1	0	1/0	0/0	70	30	0	90	10	0
		RS	0	1								
		DS	4	3								
		DP	17	19								
D7-Fatores que afetam as capacidades parentais		RP	1	0	2/0	0/0	60	40	0	100	0	0
		RS	1	2								
		DS	1	0								
		DP	18	21								
D8 - Rede Social		RP	3	2	4/0	0/0	60	40	0	90	10	0
		RS	1	4								
		DS	2	2								
		DP	13	15								
D9-História de acesso aos serviços		RP	3	2	5/0	0/0	50	50	0	100	0	0
		RS	1	0								
		DS	0	2								
		DP	14	19								
Média de acordo total(%)			62	97								

Nota. Q-questão; RP - Recurso principal; RS - Recurso secundário; DS - Dificuldade secundária; DP - Dificuldade principal; mc-missing cases; md-missing decisions; T-acordo total; P-acordo parcial; D-desacordo; M1- momento de preenchimento independente do guia; M2- momento de verificação do acordo.

Das 9 dimensões que integram o Guia, em M1, obteve-se um acordo total igual ou superior a 60% em 6 dimensões e observou-se apenas um desacordo total (D3 - vinculação). Acresce que muitos dos desacordos parciais se deveram a não terem sido assinaladas as decisões e não tanto à existência de diferenças em termos de inferência clínica (e.g., D8 e D9). Assim, de um total de 90 ocasiões em que se verificou acordo entre as classificações dos 3 avaliadores (9 dimensões x 10 casos), observaram-se diferenças de juízo clínico em 14 (15,5%), nas dimensões 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7. É sobre estas situações que incide esta análise (quadro 3).

Quadro 3
Evolução dos acordos parciais e desacordo total

Dimensão	Diferenças verificadas em M1	Acordo alcançado em M2 (S/N)	Evolução da classificação (↑↓≈)
D1 - Contexto	1 - RS/DS	S - DS	↑
D2 - Saúde e desenvolvimento da criança	1- DS / DP	S - DP	↑
D3 - Vinculação	1- RP/DP/md	S - DP	↑
	2- DS / DP	S - DP	↑
	3- RS / DS	S - RS	↓
D4 - Competências parentais	1- DS / DP	S - DP	↑
	2- RP / DS	S- DS	↑
D5 - Domínio dos impulsos	1- RS / DP	S - DP	↑
	2- RS / DS	S - DS	↑
	3- DS / DP	S - DP	↑
D6 - Reconhecimento da responsabilidade	1- DS / DP	S- DP	↑
	2 - RP / DS	N	≈
D7-Fatores que afetam as capacidades parentais	1 - DS / DP	S - DP	↑
	2 - RP / RS	S - RS	↑

Nota. D- dimensão; RP - recurso principal; RS - recurso secundário; DS - dificuldade secundária; DP - dificuldade principal; S - sim; N- não; ↑ - maior gravidade; ↓ - menor gravidade; ≈ - classificação semelhante.

Em M1, observou-se que a maioria dos desacordos (10) corresponde a diferenças entre classificações adjacentes (1 entre recurso principal e recurso secundário, 3 entre recurso secundário e dificuldade secundária e 6 entre dificuldade secundária e dificuldade principal). Em 4 desacordos observaram-se diferenças entre classificações extremas ou interpoladas (1 entre recurso principal e dificuldade principal, 2 entre recurso principal e dificuldade secundária e 1 entre recurso secundário e dificuldade principal). Nas situações de desacordo em M1, só não foi alcançado acordo em M2 numa ocasião, em que os participantes mantiveram a sua divergência. Das 13 situações em que se alcançou acordo, em 12 observou-se que os avaliadores concordaram em atribuir a classificação mais grave. Em M1, o número de decisões não assinaladas (*md*, *missing decisions*) prendeu-se, segundo os participantes, com o facto de não disporem de informação suficiente acerca da dimensão em causa para atribuir a classificação. Em algumas situações tal decorreu do facto de os profissionais responderem focados apenas na informação que eles próprios haviam recolhido diretamente e nas características que os prestadores de cuidados apresentavam em tais momentos.

Ou seja, não consideraram a informação partilhada em reunião conjunta, prévia ao preenchimento independente do guia. Tida em conta esta informação, em M2, alcançaram-se níveis muito elevados de acordo nas classificações. Saliente-se que em M2 se adotou o procedimento de, após a verificação do acordo relativamente às questões-resumo, se solicitar que os participantes atribuísem a classificação em falta e só depois se debateram eventuais divergências. Estas reuniões constituíram-se como verdadeiros momentos de reflexão acerca dos casos, nos quais, a par da utilização do próprio instrumento, foi possível debater a forma como a informação partilhada havia sido integrada e utilizada pelos vários participantes. Foi apontado, em várias reuniões, a importância de se ter em conta um mesmo referencial temporal ao utilizar o Guia e de integrar as informações dadas pelos parceiros na construção do juízo clínico. Em M2 foi alcançado um acordo médio total de 97%, o que significa que apenas em 3 dimensões não se alcançou acordo de 100%, e não foram sugeridas alterações aos critérios de classificação das categorias recurso/dificuldade, principal/secundário.

Dado que estes resultados se integram no estudo de fiabilidade mais vasto do instrumento (Pereira & Alarcão, 2013c), considerou-se pertinente perceber como é que os resultados alcançados ao nível do acordo nas questões-resumo se relacionavam com os alcançados nas classificações recurso principal/dificuldade, principal/secundário. No quadro 4 sintetizam-se as médias de acordo total obtidas em M1 e M2, nas questões-resumo e nas decisões.

Quadro 4
Percentagem de acordo total em M1 e M2

Dimensão	% acordo total em M1 (questões-resumo / classificações)	% acordo total em M2 (questões- resumo / classificações)
D1 - Contexto	64/90	92/100
D2 - Saúde e desenvolvimento da criança	85/90	100/100
D3 - Vinculação	38/60	94/100
D4 - Competências parentais	31/40	95/90
D5 - Domínio dos impulsos	46/40	87/100
D6 - Reconhecimento da responsabilidade	69/70	93/90
D7- Fatores que afetam as capacidades parentais	63/60	97/100
D8 - Rede Social	37/60	79/90
D9 - História de acesso aos serviços	58/50	98/100

Nas várias dimensões, alcançaram-se valores muito próximos nas questões-resumo e nas classificações das mesmas dimensões (com níveis mais elevados ou mais reduzidos de acordo total), com exceção da D1, D3 e D8. Nestas dimensões, verificou-se que o valor de acordo total nas questões-resumo, em M1, era inferior (menos de 20%) ao alcançado nas classificações.

3.1 Discussão dos resultados

O juízo clínico que os profissionais fazem no final de um processo de avaliação é um dos componentes da decisão que tomarão relativamente a intervenções subsequentes, de acordo com o modelo de avaliação geral e tomada de decisão (Baumann et al., 2011). Os resultados acima expostos sugerem reflexões quer ao nível do conteúdo, quer ao nível do processo de avaliação, ainda que a sua generalização seja limitada pelo número reduzido de casos que compõem a amostra.

A nível do conteúdo, os elevados valores de acordo inter-avaliadores alcançados levam a concluir que os critérios de classificação desenvolvidos são apropriados para diferenciar e situar as diferentes dimensões num *continuum* (recurso principal/secundário, dificuldade secundária/principal) que as torne comparáveis entre si em termos das suas implicações para o exercício da função parental e para a elaboração de um plano de intervenção futuro. Dos acordos parciais observados, constatou-se que em M2 se alcançou acordo em todos os casos, exceto num, e que a sua evolução foi no sentido da adoção da categoria classificativa de maior gravidade. De facto, se se atentar ao conteúdo das classificações (quadro 3) verifica-se que na sua maioria elas se integram nas categorias de dificuldade. Tal sugere que possa estudar-se mais aprofundadamente se tal opção poderá estar relacionada com limiares de decisão dos profissionais que espelhem uma cultura profissional defensiva.

Ao nível do processo de avaliação, os resultados sugerem que o acordo inter-avaliadores está intimamente ligado com a forma como as avaliações são conduzidas, nomeadamente no que toca à articulação entre profissionais. Ou seja, se se tiver em conta a mesma informação, a aplicação dos critérios de classificação conduz a um acordo elevado. Como refere Gergen (1989, cit. por Keddell, 2012), os significados atribuídos à informação decorrem de um processo dialógico de co-construção entre os profissionais, os clientes e os parceiros que ocorre ao longo da avaliação das capacidades parentais. As reuniões de verificação do acordo constituíram momentos privilegiados para essa construção, porque foram ocasiões de reflexão sobre a ação. Habitualmente, os profissionais parecem estar muito centrados na ação, mais instantânea e instintiva (Munro, 2005), assente no conhecimento e experiência acumulados por cada um dos profissionais ou das equipas tomadas separadamente, o que, neste complexo contexto da proteção da criança, pode conduzir a avaliações menos completas e a tomadas de decisão mais enviesadas.

Ainda a nível processual, e considerando que as questões-resumo sintetizam o processo de juízo clínico e os critérios de classificação pontuam os limiares de decisão, podem encontrar-se dois tipos de conflito ao comparar o acordo entre estes dois parâmetros: o conflito de juízos e o conflito decisional. O primeiro significa que os avaliadores diferem nas avaliações, mas não diferem nas decisões; o segundo significa que não diferem na avaliação, mas diferem nas decisões. Nas

dimensões 1, 3 e 8 o valor de acordo nas questões - mais de 20 pontos percentuais abaixo do valor de acordo nas decisões - pontua a existência de um conflito de juízos, e sugere que se aprofunde e problematize a forma como são construídos os juízos clínicos que sustentam os pareceres relativos a estas áreas; se relativamente à vinculação (D3), se reconhecem algumas dificuldades na sua avaliação (Pereira & Alarcão, 2013a), as discussões ocorridas sugerem que possam eventualmente ocorrer conflitos de juízos decorrentes da centração de alguns profissionais em factos observados (como por exemplo em D1/Q3, as situações de stress vivenciadas) e não no significado clínico (a qualidade dos mecanismos de *coping* , na mesma questão), a que apelavam as questões de níveis superiores de inferência clínica naquelas dimensões (D1 e D8) (Pereira & Alarcão, 2013c).

4. Conclusões

O processo de tomada de decisão em proteção à infância reflete uma ecologia complexa, na qual o processo de juízo clínico assume especial relevância. A forma como os profissionais fundamentam as suas decisões é frequentemente alvo de críticas, alimentadas pelos resultados das mesmas. O Guia de Avaliação das Capacidades Parentais pretende constituir-se como um instrumento que auxilie os profissionais nesta tarefa, minimizando erros de avaliação decorrentes da não consideração de critérios e parâmetros de avaliação comuns e objeto de um quadro de leitura semelhante.

Os resultados do estudo apresentado permitem concluir que os critérios de classificação das dimensões de avaliação das capacidades parentais que integram o Guia se afiguram como úteis para distinguir as diferentes formas como cada dimensão influencia o comportamento parental, facilitando a síntese e ponderação da informação recolhida e a fundamentação de planos de intervenção subsequentes, nomeadamente em termos dos eixos a privilegiar na intervenção e das características que a mesma deverá ter. A distinção de quatro pontos num *continuum* de influência no comportamento parental permite comparar os perfis da capacidade parental e associar os mesmos à evolução de pais e crianças, a tipologias de intervenção a desenvolver, ou a medidas de promoção e proteção a aplicar, podendo estes constituir-se como campos de estudo em futuras investigações.

Contudo, é importante salientar que, como refere Gillingham (2011), os instrumentos de tomada de decisão não podem ser vistos como substitutos da perícia clínica. A classificação das diferentes dimensões deve resultar de um processo relacional de avaliação, que integre os diferentes sujeitos que nele participaram (pais, crianças e parceiros), e não espelhar apenas a visão de um só profissional. O investimento na formação e supervisão dos técnicos relativamente à capacidade de pensar criticamente e lidar com a complexidade deve ser prioritário (Gillingham & Humphreys, 2010).

Bibliografia

- BAIRD, Christopher, et al. Risk assessment in child protective services: Consensus and actuarial model reliability. *Child Welfare*. 1999, n°6, p. 723-748.
- BARUDY, Jorge, DANTAGNAN, Maryorie. *Los desafios invisibles de ser madre o padre. Manual de evaluación de las competencias y la resiliencia parental*. Barcelona: Gedisa, 2010.
- BAUMANN, Donald, et al. *The decision-making ecology*. Washington DC: American Humane Association, 2011.
- BUNSTON, Wendy. Encouraging therapeutic reflection in child and adolescent protective services. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*. 1997, n°2, p. 61-69.
- COLLINS, Emma, DALY, Ellen. *Decision making and social work in Scotland: The role of evidence and practice wisdom*. Glasgow: Institute for Research and Innovation in Social Services, 2011.
- COMISSÃO NACIONAL DE PROTEÇÃO DE CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO. *Guia de orientações para os profissionais da ação social na abordagem de situações de maus tratos ou outras situações de perigo*, 2011 [Referência de 30 de setembro de 2012]. Disponível na Internet em: http://www.cnpcjr.pt/downloads/Guia_acciao_social.pdf
- CUNHA, Cristina. *O papel das IPSS na promoção e proteção dos direitos das crianças*. Comunicação apresentada no Curso de Formação “O acesso e a promoção do Direito das Crianças e Jovens” do Centro de Estudos Sociais, Coimbra, setembro, 2009.
- CUNHA, Sandra. “A tomada de decisão na proteção à infância. Como decidimos o que é o Supremo Interesse da Criança?”, *Atas do VII Congresso Português de Sociologia: Sociedade, Crise e Reconfigurações*, Associação Portuguesa de Sociologia, 2012.
- DE RANCOURT, et al. *Guide d'évaluation des capacités parentales : Adaptation du guide de Steinhauer: 0 à 5 ans* (3éd.). Montréal: Centres Jeunesse de Montréal, 2006.
- FAMILY DISABILITY STUDIES INITIATIVE. *Parenting capacity assessments: Some guiding principles* (Practice Points), 2012 [Referência de 15 de outubro de 2012]. Disponível na Internet em: <http://www.fdsa.ualberta.ca/AboutUs/SupportingParentswithIntellectualDisabilities/PracticePoints/Capacity.aspx>.
- GILLINGHAM, Philip, HUMPHREYS, Cathy. Child protection practitioners and decision-making tools: Observations and reflections from the front line. *British Journal of Social Work*. 2010, n°8, p.2598-2616.
- GILLINGHAM, Philip. Decision-making tools and the development of expertise in child protection practitioners: Are we ‘just breeding workers who are good at ticking boxes’? *Child & Family Social Work*. 2011, n°4, p.412-421.
- HOLLAND, Sally. The assessment relationship: Interactions between social

- workers and parents in child protection assessments. *British Journal of Social Work*. 2000, nº 2, p.149-163.
- KEDDELL, Emily. *Beyond care versus control: Decision-making discourses and their functions in child protection social work*. (Unpublished doctoral dissertation). University of Otago, Dunedin, 2012.
- KELLETT, Joanne, APPS, Joanna . *Assessments of parenting and parenting support need: A study of four professional groups*. York, Joseph Rountree Foundation, 2009.
- KIM, Alice, et al. *Structured decision making® and child welfare service delivery project*. Berkeley: University of California at Berkeley, California Social Work Education Center, 2008.
- LITTLECHILD, Brian. Child protection social work: Risks of fears and fears of risks - impossible tasks from impossible goals? *Social Policy & Administration*. 2008, nº6, p. 662-675.
- MANSELL, James. The underlying instability in statutory child protection: Understanding the system dynamics driving risk assurance levels. *Social Policy Journal of New Zealand*. 2006, nº 28, p. 97-132.
- MCCONNELL, David, LLEWELLYN, Gwynnyth, FERRONATO, Luisa. Context-contingent decision-making in child protection practice. *International Journal of Social Welfare*. 2006, nº3, p.230-239.
- MELO, Ana, ALARCÃO, Madalena. Avaliações em situações de risco e perigo para as crianças: Um roteiro organizador. *Análise Psicológica*. 2011, nº24, p.451-466.
- MUNRO, Eileen. Common errors of reasoning in child protection work. *Child Abuse and Neglect*. 1999, nº8, p.745-758.
- MUNRO, Eileen. What tools do we need to improve identification of child abuse? *Child Abuse Review*. 2005, nº6, p.374-388.
- MUNRO, Eileen. *The Munro review of child protection: Final report, a child-centred system*. London: Department of Education, 2011.
- O' SULLIVAN, Terence. *Decision making in social work*. 2nd ed. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2011.
- PEREIRA, Dora, ALARCÃO, Madalena. Avaliação da parentalidade no quadro da proteção à infância. *Temas em Psicologia*. 2010, nº2, p.499-517.
- PEREIRA, Dora, ALARCÃO, Madalena. *L'attachement et la capacité parentale: Implications pour le processus d'évaluation dans le contexte de la protection de l'enfance*. Manuscrito submetido para publicação, 2013a.
- PEREIRA, Dora, ALARCÃO, Madalena. *Guia de Avaliação das Capacidades Parentais: Estudo de validade ecológica*. Manuscrito submetido para publicação, 2013b.
- PEREIRA, Dora, ALARCÃO, Madalena. *Guia de Avaliação das Capacidades Parentais: Estudo exploratório da fiabilidade em profissionais da proteção à infância*. Manuscrito em preparação, 2013c.
- PEREIRA, Dora, ALARCÃO, Madalena. *Parentalidade minimamente adequada: Contributos para a operacionalização do conceito*. Manuscrito submetido para

- publicação, 2013d.
- PLATT, Dendy. Threshold decisions: How social workers prioritize referrals of child concern. *Child Abuse Review*. 2006, n^o1, p.4-18.
- PLATT, Dendy, TURNEY, Danielle. Making threshold decisions in child protection: A conceptual analysis. *British Journal of Social Work*. 2013.
- REIS, Víctor. *Crianças e jovens em risco (Contributos para a organização de critérios de avaliação de fatores de risco)*. Tese de Doutoramento não publicada, Universidade de Coimbra, Coimbra, 2009. [Referência de 2 de junho de 2013]. Disponível na Internet em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/>
- RZEPNICKI, Tina, JOHNSON, Penny. Examining decision errors in child protection: A new application of root cause analysis. *Children and Youth Services Review*. 2005, n^o4, p.393-407.
- SCHWALBE, Craig. Re-visioning risk assessment for human service decision making. *Children and Youth Services Review*. 2004, n^o6, p.561-76.
- SCHWALBE, Craig. Risk assessment stability: A revalidation study of the Arizona Risk/Needs Assessment Instrument. *Research on Social Work Practice*. 2009, n^o2, p.205-213.
- STEINHAUER, Paul, et al. *Guide d'évaluation de la compétence parentale*. Toronto: L'Institut pour la Prévention de l'enfance maltraitée, 1993.
- TILBURY, Clare, OSMOND, Jennifer, SCOTT, Teresa. Teaching critical thinking in social work education: A literature review. *Advances in social work and welfare education*. 2009, n^o1, p.31-50.
- TOROS, Karmen. Factors that affect decision making in child protection assessment in Estonia: The removal of children from home. *International Journal of Business and Social Science*. 2012, n^o22, p.81-91.
- WELBOURNE, Penelope. *Social work with children and families: Developing advanced practice*. Oxon: Routledge, 2012.