



UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA

MESTRADO EM PSICOLOGIA

ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE ACONSELHAMENTO

Relatório de Estágio

Para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia

e na área de especialização em Psicologia Clínica e de Aconselhamento.

Ajuda de Mãe

Leila Paula Ribeiro Alexandre da Silva nº 2010 1208

Orientador de Estágio: Professor Doutor António Francisco Mendes Pedro

Universidade Autónoma de Lisboa

Orientadores do Seminário de Estágio: Professora Doutora Odete Nunes

Universidade Autónoma de Lisboa

Professora Doutora Mónica Pires

Universidade Autónoma de Lisboa

Dra. Cláudia Castro

Universidade Autónoma de Lisboa

Lisboa, Dezembro de 2013

AGRADECIMENTOS

A finalização deste trabalho e de mais uma etapa académica é devida, em grande parte, ao esforço de muitas pessoas que, de forma directa ou indirecta, contribuíram para a sua realização. Assim sendo, este espaço destina-se àqueles que me orientaram, permitindo desta forma o bom rumo do trabalho, mas também, aos que me incentivaram e motivaram para a conclusão do mesmo.

Em primeiro lugar, à Instituição Ajuda de Mãe, na pessoa da Eng^a Madalena Teixeira Duarte, por terem autorizado o meu estágio académico e permitir o desenvolvimento do *Know-how* adquirido nas valências da consulta de psicologia, formações parentais e atendimento telefónico. À Dra. Sofia Pires, orientadora institucional, pela disponibilidade e paciência mas também, pelas sugestões e apontamentos positivos que me permitiram crescer enquanto profissional. À Dra. Ana Galla, coordenadora do Gabinete de Atendimento do Bairro 6 de Maio, pelo acolhimento, simpatia e disponibilidade. À equipa de psicólogas e outros elementos da Instituição pelo acolhimento e simpatia. Às utentes com as quais tive o privilégio de ter privado nas formações e nas consultas de psicologia. Às minhas colegas de psicologia que também realizaram o estágio académico na Instituição, Irina Fonseca, Susana Lameiras, Mariana Aparício e Maria Bilbau, pela simpatia e interajuda, pelos momentos de partilha e pelas terapias de grupo.

À Professora Doutora Odete Nunes, pelos momentos de partilha de dúvidas e pela sua simplicidade nos ensinamentos que facilitaram na compreensão e na clarificação dos casos, pela paciência, disponibilidade e na motivação do trabalho. À Prof.^a Doutora Mónica Pires e à Prof.^a Dra. Cláudia Castro, pela simpatia, disponibilidade e na ajuda ao longo deste ano. Ao Prof.^o Doutor Mendes Pedro,

orientador de estágio, pelos conhecimentos partilhados, pela motivação e pelas palavras certas no momento certo.

Aos meus colegas do seminário de estágio pelos momentos de partilha, especialmente à Dora Monteiro e Ana Sofia Lopes, pelas frustrações, tristezas e alegrias partilhadas. Obrigada pela vossa amizade e apoio incondicional.

À Inês Carvalho, irmã de coração, pela amizade e carinho. À Sónia Reis, Balbina Silva, Cláudia Trabulo e Rita Castela, pela vossa amizade, carinho e apoio incondicional.

Os últimos serão sempre os primeiros, assim sendo, agradeço aos meus Pais e Irmãos, porque sem vocês não teria conseguido alcançar mais esta etapa na minha vida académica e pessoal. O vosso amor, carinho e apoio incondicional fizeram de mim, a pessoa que sou hoje.

Ao Ricardino, obrigada por teres acreditado em mim e no meu sonho. Pelas inúmeras vezes em que me consolaste e não me deixaste desistir, por tantos sacrifícios feitos e pelo teu apoio incansável.

Às minhas avós, Maria e Delfina, às quais dedico todas as minhas conquistas.

Tu ensinaste-me a gostar até ao ponto de não ser possível gostar mais; ensinaste-me a sorrir de novo. Ensinaste-me que a vida não é assim tão séria e por vezes só precisamos de brincar”

(J. Givens, s.d., citado por Ellison, 2007, p. 183)

RESUMO

Numa sociedade em constante mudança, existe uma franja da população que não consegue acompanhar esse ritmo, vendo assim as suas vidas a tornarem-se mais difíceis e desorganizadas. Em consequência de um quotidiano, já por si atribulado, em que as famílias são numerosas, as condições de habitação são precárias, o nível de habilitações literárias é baixo e as condições laborais são inconsistentes, de baixa qualificação e remuneração, as relações afectivas espelham essa realidade, elas são instáveis e de pouca duração. Adicionalmente, uma gravidez não planeada muitas vezes acarreta a ruptura relacional. Nesse sentido, a Ajuda de Mãe pretende colmatar essa lacuna, proporcionando o auxílio necessário às mulheres grávidas, mães recentes e respectivas famílias. A Instituição promove dessa forma, em conjunto com a família, uma maternidade plena assim como um projecto de vida consistente. As quatro grandes áreas da Ajuda de Mãe consistem no Acolhimento, no Atendimento, na Formação e na Reinserção Profissional. De forma geral, encaminha e acolhe grávidas, fomenta a informação e formação prestada ao nível da gravidez, sexualidade e planeamento familiar. Ajuda também as mulheres grávidas e/ou mães recentes a adquirirem a escolaridade básica e o seu reingresso ao mundo laboral. O trabalho realizado durante o Estágio Académico, na área da psicologia, consistiu no primeiro caso, no acompanhamento de uma jovem mãe, encaminhada do Atendimento Directo, pertencente à área do Atendimento e no segundo caso, na orientação vocacional de uma mãe adolescente, oriunda do Espaço Mãe, pertencente à área da Formação.

Palavras-chave: Ajuda de Mãe, Gravidez, Parentalidade, Acompanhamento Psicológico e Orientação Vocacional.

ABSTRACT

In a society in constant change, there is a bang of the population who cannot keep up with that pace, thus making their lives more difficult and disorganized. As the result of a daily life, in itself troubled, with numerous families, the housing conditions are poor, the level of education is low and working conditions are inconsistent, low qualification and remuneration, the emotional relationships reflect this reality, they are unstable and short-lived. Additionally, an unplanned pregnancy often entails the relational rupture. In this sense, the Ajuda de Mãe aims to fill this gap, by providing the necessary assistance to pregnant women, newly mothers and their families. This way, the Institution promote with the family, a maternity full, as well as a project of life consistently. The four major areas of the Ajuda de Mãe consist in the Acolhimento, Atendimento, Formação and Reinserção Profissional. In a general way, refers and welcomes pregnant women, promotes the information and training provided to the level of pregnancy, sexuality and family planning. And it also helps pregnant women and/or newly mothers to acquire basic education and further more their re-entry to the labor world. The work carried out during the Academic Internship, in the field of psychology, consisted in the first case, the attendance of a young mother, forwarded from the Atendimento Directo, belonging to Atendimento field and in the second case, the promotion vocational guidance of a teenage mother, coming from the Espaço Mãe, belonging to Formação field.

Keywords: Ajuda de Mãe, Pregnancy, Parenting, Psychological Counseling and Vocational Guidance.

Índice	
Agradecimentos	ii
Pensamento	iv
Resumo	v
Abstract	vi
Índice Geral	vii
Índice de Anexos...	ix
Introdução ...	1
Parte I – Caracterização do Estágio	3
1 - Caracterização da Instituição ...	4
1.1 Objectivos	4
1.2 Caracterização da população - Alvo	4
2 - Às Áreas Principais	5
2.1 Atendimento.....	5
2.1.1 Linha SOS Grávida	5
2.1.2 Linha SOS Amamentação	6
2.1.3 Atendimento Directo	6
2.1.4 Gabinete de Psicologia.....	6
2.1.5 Gabinetes de Atendimento	7
2.2 Acolhimento.....	7
2.2.1 Residência de Acolhimento Temporário para Grávidas Adolescentes	8
2.2.2 Residência de Acolhimento Temporário para Grávidas Adultas	8
2.2.3 Residência de Acolhimento para Mães Adolescentes – Casa João Paulo II.....	9
2.3 Formação.....	9
2.3.1 Oficina de Oportunidades	10
2.3.2 Espaço Grávida	10
2.3.3 Espaço Mãe	10
2.3.4 Escola Móvel.....	11
2.3.5 Formação Específica	11
2.3.6 Formação Externa	12
2.4 Reinserção Profissional.....	12
2.4.1 Ajuda em Casa – Empresa de Inserção Profissional.....	13

2.4.2 Mães à Obra	13
2.4.3 Clube de Emprego.....	13
2.5 Sala de Bebés	14
2.6 O Papel do Psicólogo Clínico na Ajuda de Mãe.....	15
Parte II – Enquadramento Teórico/Revisão da Literatura	16
2.1 Psicologia da Gravidez e da Parentalidade	17
2.2 Gravidez e Maternidade	20
2.2.1 Tarefas da Gravidez e da Maternidade.....	21
2.2.2 As Relações Precoces do Bebê	24
2.3 Adolescência	28
2.3.1 Gravidez na Adolescência.....	29
2.3.2 Orientação Vocacional na Adolescência.....	31
2.4 Ambiente Social Desprotegido	33
2.4.1 Teoria da Vinculação	35
2.5 Violência Doméstica	39
Parte III – Apresentação das Actividades no Estágio ...	43
3 - Actividades desenvolvidas no Estágio	44
3.1 Trabalho Directo	44
3.1.1 Formação.....	44
3.1.2 Formações ministradas pela Discente	44
3.1.3 Linha SOS Grávida	46
3.1.4 Rastreio Psicológico e Acompanhamento Psicológico	46
3.1.5 Orientação Vocacional	60
3.1.6 Reuniões de Orientação de Estágio.....	61
3.2 Trabalho Indirecto.....	61
3.3 Escolha dos Casos.....	62
3.4 Acompanhamento Psicológico.....	63
3.5 Avaliação em Orientação Vocacional.....	81
4 - Reflexão/Conclusão	95
5 - Referências Bibliográficas	98

Índice de Anexos

Anexo 1 – Curso de Formação Inicial

Anexo 2 – Horário/Actividades realizados na Instituição

Anexo 3 – Transcrição do Acompanhamento Psicológico

Anexo 4 – Formações ministradas pela discente

Anexo 5 – Ficha de Observação Psicológica – Ajuda de Mãe

Anexo 6 – Entrevista Semi-estruturada

Anexo 7 – Perfil do IPP

Anexo 8 – Perfil do PMA

Anexo 9 – Perfil do 16PF5

Introdução

O presente trabalho serve o relatório de estágio académico no Mestrado em Psicologia, com especialização em Psicologia Clínica e de Aconselhamento na Universidade Autónoma de Lisboa, Luís de Camões.

O estágio académico decorreu nas instalações da Instituição Ajuda de Mãe, Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), sito na Rua do Arco do Carvalhão nº282, 1350-026 Lisboa. A orientação do estágio na Instituição estava a cargo da Dra. Ana Sofia Pires, psicóloga de formação. A Instituição tem como objectivos gerais, apoiar e dotar mulheres grávidas, mães recentes e respectivas famílias com competências para uma maternidade plena e desenvolver, em conjunto, um projecto de vida. Como objectivos específicos, esclarecer as dúvidas dos apelantes sobre gravidez, sexualidade e planeamento familiar (linha SOS Grávida), também apoiar mulheres, na óptica de prevenção de factores de risco, relacionados com a gravidez e a maternidade e desenvolver um projecto de vida que seja saudável e consistente.

O relatório está dividido em três partes distintas, sendo a primeira parte dedicada a caracterização da instituição, objectivos e população-alvo, assim como os serviços prestados e sua descrição. A segunda parte será dedicada à revisão da literatura, onde serão abordadas temáticas como a emergência da psicologia da gravidez e parentalidade, a gravidez e a maternidade, a adolescência, ambiente social desprotegido e a violência doméstica. Por fim, será descrita a parte prática do estágio, nomeadamente, as actividades realizadas mas também, serão abordados dois casos distintos: o acompanhamento psicológico e a avaliação em orientação vocacional. É importante salientar que o relatório está redigido conforme o antigo acordo ortográfico.

Motivo da escolha da Instituição

O motivo da escolha institucional prende-se com o interesse académico e pessoal em aprofundar temáticas relacionadas com a gravidez e a parentalidade.

PARTE I – CARACTERIZAÇÃO DO ESTÁGIO

1. Caracterização da Instituição

A Instituição Ajuda de Mãe, tal como foi mencionado anteriormente, é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), localizada na Rua do Arco do Carvalhão nº282, 1350-026 Lisboa. Foi fundada em 1991 e tem por missão ajudar mulheres grávidas (adolescentes ou jovens adultas), mães recentes e as respectivas famílias a construir um projecto de vida, tendo por base o respeito pela vida do bebé que vai nascer (Relatório Anual de Atividades 2010).

1.1. Objectivos

A Ajuda de Mãe informa, encaminha e acolhe grávidas, informa na área da gravidez, sexualidade e planeamento familiar, forma as mães para a concretização de uma maternidade plena, que contribua para um desenvolvimento saudável dos seus filhos, promove a qualificação escolar das mães, de modo a que adquiram pelo menos a escolaridade obrigatória, promove a reinserção social e profissional das mães, tornando possível e mais qualificada a sua entrada no mercado de trabalho e a sua reinserção na sociedade e por último, apoia a família (www.ajudademae.pt). As utentes são acompanhadas por uma equipa multidisciplinar e contam também com o apoio prestado pelos voluntários que estão presentes nos diferentes serviços promovidos pela Instituição (Relatório Anual de Atividades 2010). A equipa técnica é constituída por cinco psicólogas, uma socióloga, quatro assistentes sociais, uma educadora social, uma psicopedagoga, doze auxiliares de acção directa e um administrativo. A Instituição tem um acordo de cooperação com o Centro de Segurança Social de Lisboa e outras parcerias com diversas instituições, públicas e privadas (Relatório Anual de Atividades 2010).

1.2. Caracterização da População-Alvo

Os utentes provêm de famílias numerosas com carências económicas, as habitações são precárias, existe um baixo nível de escolaridade e também existem casos de estadia no país não regularizada. Os empregos são, muitas vezes, de carácter precário, de baixa qualificação e remuneração. Os relacionamentos afectivos são ocasionais e instáveis, existe um desajustamento pessoal, familiar e social, bem como, sentimentos de ambivalência em relação à gravidez e baixa auto-estima. Adicionalmente, é comum a existência de violência física e psicológica que é protagonizada por familiares e/ou companheiro. O projecto de gravidez e de maternidade são ausentes ou inconsistentes e existe, porventura, a rejeição da gravidez pela estrutura familiar e/ou companheiro (Relatório Anual de Atividades 2010).

2. As Áreas Principais

Segundo o Relatório Anual de Atividades 2010, a Ajuda de Mãe tem quatro áreas principais, que por sua vez, incluem funcionalidades diversificadas, que são, o Atendimento, o Acolhimento, a Formação e a Reinserção Profissional (Relatório Anual de Atividades 2010).

2.1. Atendimento

Relativamente ao Atendimento, esta área desdobra-se em cinco serviços: as linhas SOS Grávida e SOS Amamentação, Atendimento Directo, Gabinete de Psicologia e Gabinetes de Atendimento (Relatório Anual de Atividades 2010).

2.1.1 Linha SOS Grávida

A linha SOS Grávida consiste numa linha telefónica, de natureza anónima e confidencial, serve o propósito de informar e esclarecer as dúvidas dos apelantes, nomeadamente, acerca da gravidez, sexualidade e planeamento familiar. A linha SOS

Grávida é também um espaço de partilha de expectativas e de ansiedades (Relatório Anual de Atividades 2010). É uma valência que funciona de 2ª feira a 6ª feira das 10h às 18h, e os contactos são, 21 386 20 20 e 808 20 11 39, ou então, via correio electrónico: sosgravida@ajudadema.pt. A apelante também poderá ser encaminhada para os diferentes recursos disponíveis na sua comunidade (www.ajudadema.pt).

2.1.2 Linha SOS Amamentação

A linha SOS Amamentação consiste numa linha telefónica, que é confidencial e serve o propósito de informar e esclarecer dúvidas das apelantes relativas à amamentação, sendo também um espaço de partilha de experiências e de expectativas. A linha SOS Amamentação é assegurada pela Ajuda de Mãe de 2ª feira à 6ª feira, das 10h às 18h. A apelante poderá ser encaminhada para um Cantinho da Amamentação, caso se verifique essa necessidade ou a visitas domiciliárias (Relatório Anual de Atividades 2010).

2.1.3 Atendimento Directo

O Atendimento Directo tem por objectivo proceder ao levantamento das necessidades imediatas de cada mãe/família e fazer um acompanhamento técnico, durante e/ou após a gravidez e visa a promoção de uma educação para a saúde e a formação na gravidez e parentalidade. Assim sendo, procura-se apoiar e encaminhar nas áreas da gravidez, pós-parto, sexualidade e planeamento familiar, dar formação nas áreas da saúde, em particular, da maternidade e parentalidade e por último, a reintegração social e profissional das mulheres e famílias (Relatório Anual de Atividades 2010).

2.1.4 Gabinete de Psicologia

O Gabinete de Psicologia tem por objectivo ajudar as mulheres, na óptica de prevenção de factores de risco, relacionados com a gravidez e a maternidade e/ou pós-parto e pretende em conjunto com as mesmas, desenvolver um projecto de vida saudável e consistente com a gravidez e maternidade (Relatório Anual de Atividades 2010).

2.1.5 Gabinetes de Atendimento

Por último, os Gabinetes de Atendimento permitem um contacto directo e próximo com a realidade vivida nos bairros problemáticos, facilitando dessa forma o rastreio directo e o apoio psicológico às mães e grávidas residentes nos mesmos e arredores (Relatório Anual de Atividades 2010).

Os gabinetes encontram-se localizados no Bairro 6 de Maio, no antigo Centro Social do Bairro 6 de Maio, Estrada Militar, Venda Nova, Amadora – funcionando às 4^{as} feiras das 10h às 17h em parceria com o C.S. do Bairro 6 de Maio e às 6^{as} feiras das 10h às 17h, no Espaço IAC (Instituto de Apoio à Criança). Funciona ainda na Apelação, no Centro Comunitário da Apelação, Rua Henrique Barbosa, Bº da Quinta da Fonte, Apelação, Loures – às 2^{as} feiras, das 10h às 17h. Funciona também em Oeiras, no Centro Comunitário do Alto da Loba – Rua Instituto Conde Agrolongo, 39, Alto da Loba, Paço d’Arcos – às 3^{as} feiras, das 10h às 13h e das 14h às 17h em parceria com a Câmara Municipal de Oeiras e em Santarém, no Bairro de S. Domingos, Praceta Habi-jovem, lt. 141, R/C Dto. 2005-167 Santarém – às 3^{as} feiras, das 14h às 18h e às 6^{as} feiras das 10h às 13h, com o apoio da Câmara Municipal de Santarém. O contacto telefónico deste gabinete é o 243 357 510 (www.ajudadema.pt).

2.2. Acolhimento

A Instituição Ajuda de Mãe assegura o funcionamento de três residências: a Residência de Acolhimento Temporário para Grávidas Adolescentes, a Residência de Acolhimento Temporário para Grávidas Adultas e a Residência de Acolhimento para Mães Adolescentes - Casa João Paulo II (Relatório Anual de Atividades 2010). Salienta-se que estas residências são espaços de vivência familiar e de desenvolvimento de competências, sendo procedimento normal o acolhimento e acompanhamento às grávidas e as mães recentes. A Ajuda de Mãe incentiva as utentes a adquirirem formação, disponibilizando e facilitando o acesso à mesma, promovendo dessa forma a sua autonomia tendo em conta, a sua reintegração na vida social e laboral (Relatório Anual de Atividades 2010).

2.2.1 Residência de Acolhimento Temporário para Grávidas Adolescentes

Esta residência tem capacidade para acolher, temporariamente, seis adolescentes e seus filhos, que podem permanecer até um ano após o nascimento do bebé. Pretende criar o ambiente propício, assim como o apoio necessário de forma a proporcionar à adolescente a aprendizagem da maternidade. A Instituição aposta num projecto de vida, que de acordo com a idade das utentes, seja proporcionada a possibilite de reintegração a nível escolar e/ou profissional. Tem acordo de cooperação com o Centro Distrital de Segurança Social de Lisboa (www.ajudadema.pt).

2.2.2 Residência de Acolhimento Temporário para Grávidas Adultas

Esta residência tem capacidade para acolher, temporariamente, oito mulheres grávidas com mais de 18 anos e também os seus filhos, em idade pré-escolar e que estejam a seu cargo. Neste caso, perspectiva-se que o acolhimento não ultrapasse os seis meses após o nascimento do bebé. (Relatório Anual de Atividades 2010). A utente é acompanhada e é delineado um projecto de vida consistente, com vista à autonomização

do agregado familiar. Tem acordo de cooperação com o Centro Distrital de Segurança Social de Lisboa. (Relatório Anual de Atividades 2010).

2.2.3 Residência de Acolhimento para Mães Adolescentes - Casa João Paulo II

Ao contrário das residências supramencionadas, esta tem uma capacidade para acolher, por tempo indeterminado, dez mães adolescentes em situação de risco. A utente é acompanhada e é delineado um projecto de vida, que passa pela promoção das suas competências pessoais e com especial enfoque, nas competências maternas e sociais. Tem como critério de admissão, a inserção escolar da mãe, bem como o acolhimento dos seus filhos em equipamentos de infância. Pretende-se assim, promover o desenvolvimento pleno e integrado das mães e dos seus filhos com vista à autonomia da família (Relatório Anual de Atividades 2010). Salienta-se que tal só foi possível graças ao prémio EDP Solidária 2005, à parceria com a Santa Casa de Misericórdia de Oeiras, assim como, à solidariedade de empresas e particulares. Actualmente tem um acordo de cooperação com o Centro Distrital de Segurança Social de Lisboa (www.ajudadema.pt).

2.3. Formação

A Ajuda de Mãe valoriza e dedica uma grande importância à formação, não só das adolescentes e mulheres que atende e acolhe, mas também, das que por carência de vária ordem precisam de apoio neste domínio (Relatório Anual de Atividades 2010). A Instituição disponibiliza e facilita vários tipos de formação e tem por objectivo, dotar as utentes de qualificações profissionais que lhes permitam ter melhores condições de ingresso ao mercado de trabalho e por conseguinte, contribuir para a sua autonomia (Relatório Anual de Atividades 2010). De seguida, iremos dar destaque a algumas das várias acções de formação promovidas pela Ajuda de Mãe, como a Oficina de

Oportunidades, o Espaço Grávida, o Espaço Mãe, a Escola Móvel, a Formação Específica e a Formação Externa.

2.3.1 Oficina de Oportunidades

No Programa Operacional Potencial Humano da Região de Lisboa e Vale do Tejo nos Programas Específicos de Formação para a Inclusão, encontra-se como resposta formativa, a Oficina de Oportunidades que corresponde à medida 9.6.1 do mesmo. Este projecto surge da necessidade de promover a inclusão das famílias mais vulneráveis socioeconómica e psicossocialmente. Tem como principais objectivos, o desenvolvimento das competências pessoais, sociais e também competências facilitadoras do acesso à qualificação profissional e ao mercado de trabalho (Relatório Anual de Atividades 2010).

2.3.2 Espaço Grávida

Trata-se de um espaço de aprendizagem de exercícios facilitadores do parto e também onde se pode abordar temáticas relacionadas com a gravidez e a maternidade (Relatório Anual de Atividades 2010). Este espaço é frequentado por grávidas com 26/28 semanas de gestação e tem a capacidade para 10 utentes durante três meses. Funciona em Lisboa, na Sede e no Centro de Atendimento de Oeiras (www.ajudadema.pt).

2.3.3 Espaço Mãe

Este espaço destina-se a mães e puérperas e tem como objectivos, favorecer o desenvolvimento de competências pessoais e sociais, dando um maior enfoque às competências parentais e à promoção da reintegração profissional ou a integração em esquemas de qualificação escolar e/ou profissional tendo em conta, a autonomia das próprias formandas (Relatório Anual de Atividades 2010). É ainda de realçar que as formandas beneficiam do apoio da sala de bebés, ou seja, é-lhes facultada a

possibilidade de ter vigilância técnica na prestação de cuidados, na amamentação e também de apoio na obtenção de um emprego quando são situações de inexistência de equipamentos de infância (www.ajudademae.pt).

2.3.4 Escola Móvel

A Escola Móvel é um projecto da Ajuda de Mãe em parceria com o Ministério da Educação, que por sua vez, disponibiliza o corpo docente. A aprendizagem é feita pela internet, através de uma plataforma virtual que contém os conteúdos programáticos. Este projecto tem a finalidade de conferir qualificação escolar a jovens grávidas e mães em risco de abandono escolar ou que tenham abandonado a escola recentemente. Este programa visa a obtenção do 2º ou 3º ciclos do ensino básico obrigatório e o ensino secundário (Relatório Anual de Atividades 2010).

2.3.5 Formação Específica

Esta valência destina-se às mães adolescentes e às famílias com crianças até três anos. Os destinatários podem usufruir de formações, como, o programa Ocupação de Tempos Livres de Curta Duração (OTL) e o Cantinho dos Pais (Relatório Anual de Atividades 2010).

O programa OTL tem por finalidade a orientação da ocupação dos tempos livres das mães adolescentes de forma a fomentar o seu regresso à escola, a aquisição de regras e horários, a aprendizagem num sistema de *e-learning* e também a apetência pela execução de pequenos trabalhos que possam ser remunerados (Relatório Anual de Atividades 2010). O Cantinho dos Pais, como o nome indica, é um espaço dedicado às grávidas em fim de tempo e às famílias (mãe, pai ou cuidadores) de crianças com idades compreendidas entre os zero e os três anos, que é financiado pelo apoio do estado às Associações de Família. Neste espaço, pretende-se dotar as famílias de conhecimentos específicos e de estratégias que promovam o desenvolvimento dos seus filhos e

impulsionar, também em grupo, a reflexão, a adaptação e/ou alteração de práticas parentais. Neste espaço são tratadas problemáticas como, a amamentação e higiene do bebé, a alimentação (introdução de alimentos no primeiro ano de vida), a importância da actividade lúdica, a segurança e prevenção de acidentes e por último, crescer com autonomia. Evidencia-se ainda que este espaço está dividido em três etapas, consoante a etapa de desenvolvimento da criança. Assim, a primeira etapa corresponde ao Espaço de Preparação para o Nascimento, ou seja, é destinado as grávidas (ou casais) no terceiro trimestre de gestação e as temáticas abordadas são, o parto, o puerpério, o planeamento familiar, o sono, a higiene e o choro. A segunda etapa corresponde ao Crescer com Cuidados, ou seja, é destinado às mães (ou casais) com bebés até aos 3/4 meses de idade e as temáticas abordadas são, o sono, a introdução dos alimentos sólidos e a actividade lúdica. Por último, a terceira etapa corresponde ao Crescer com Sentidos, que é destinado às mães (ou casais) com bebés até um ano de idade e as temáticas abordadas são, a integração em equipamento de infância e as “birras” (regras e limites) (Relatório Anual de Atividades 2010).

2.3.6 Formação Externa

Este sector destina-se a estagiárias, voluntárias e outras pessoas interessadas e tem por finalidade dotá-las de competências técnicas e educacionais específicas, para apoiar a população alvo (Relatório Anual de Atividades 2010).

2.4. Reinserção Profissional

São inúmeras as fragilidades com que se deparam as mulheres grávidas e as puérperas, utentes da Ajuda de Mãe. Tendo em consideração a tipologia monoparental que categoriza a maioria das utentes, o desemprego ou o emprego precário, a baixa qualificação escolar, as carências económicas e as dificuldades de integração dos filhos em equipamento de infância, pública ou IPSS, condicionam, de certa forma, o exercício

da parentalidade e afectam o bem-estar físico, psicológico e social dos filhos, contribuindo dessa forma para os ciclos de exclusão social (Relatório Anual de Atividades 2010). De forma a quebrar estes ciclos de exclusão, a Ajuda de Mãe desenvolve actividades centradas na reinserção das grávidas e mães carenciadas e/ou em risco, nomeadamente, através da Ajuda em Casa – Empresa de Inserção Profissional, Mães à Obra e Clube de Emprego (Relatório Anual de Atividades 2010).

2.4.1 Ajuda em Casa – Empresa de Inserção Profissional

A Ajuda em Casa é uma empresa que dá continuidade ao processo de formação e reinserção social das mães, criando postos de trabalho relacionados com o trabalho doméstico, tais como, a engomadoria, a lavandaria, a cozinha, a limpeza de casas particulares ou de empresas e a manutenção de limpeza de prédios (Relatório Anual de Atividades 2010).

2.4.2 Mães à Obra

Mães à Obra trata-se de um Centro Ocupacional com a finalidade de criar hábitos de trabalho e por outro lado, resolver problemas económicos com que as mães desempregadas se veem confrontadas. Aqui podem ser executadas encomendas que são executadas encomendas vindos do exterior, de particulares e de empresas, nomeadamente, dobrar circulares e fazer etiquetagem, produzir brindes variados e fazer embrulhos de presentes. São trabalhos temporários onde as utentes são pagas à peça (Relatório Anual de Atividades 2010).

2.4.3 Clube de Emprego

O Clube de Emprego é um serviço de apoio na procura de trabalho, ajudando utentes e também os seus familiares numa procura activa de emprego, na elaboração do *curriculum vitae* e noutras questões que possam surgir dificuldades (Relatório Anual de Atividades 2010).

Salienta-se que a Instituição para além das actividades regulares descritas, tem vindo a desenvolver desde a sua fundação, diversos projectos direccionados para a promoção da dignidade humana e a autonomia das grávidas e das mães em situação de risco ou carência socioeconómica. Entre eles destacam-se os projectos, “Viver a Vida com um Canudo”, “Família, Pais e Filhos” e o mais recente projecto “Escola de Arco” (Relatório Anual de Atividades 2010).

Mais detalhadamente, o projecto “Viver a Vida com um Canudo” trata-se da concessão de bolsas de estudo a mães, de forma a permitir-lhes prosseguir e terminar as licenciaturas. Este projecto conta com a parceria da Fundação Calouste Gulbenkian (Relatório Anual de Atividades 2010). O projecto “Família, Pais e Filhos” consiste num apoio temporário de “família para família”, ou seja, é um apoio prestado a várias mães pelas leitoras da revista “Pais e Filhos”. Esse apoio pode passar pela entrega de alguns bens essenciais tais como, a alimentação ou pelo, pagamento da creche, renda de casa e tratamentos médicos. É um projecto em parceria com revista “Pais e Filhos” (Relatório Anual de Atividades 2010). Por último, o projecto mais recente a “Escola de Arco”, que consiste em três vertentes distintas e complementares, a Creche, a Creche Familiar e o Centro de Formação para a Família. Este projecto tem por objectivos, o aumento das respostas a nível do equipamento de infância, de competências sociais e parentais das famílias e da empregabilidade e ainda, diminuir os potenciais riscos para as crianças. Este projecto conta com a parceria da Câmara Municipal de Oeiras em colaboração com o Programa PARES (Relatório Anual de Atividades 2010).

2.5. Sala de Bebés

A Sala de Bebés é um espaço destinado aos bebés cujas mães estejam a frequentar acções de formação ou que estejam inseridas na Escola Móvel. São beneficiários os bebés cujas mães que não têm suporte familiar ou equipamento de

infância que lhes permita deixar os seus filhos. A Sala de Bebés permite também que as mães tenham um contacto mais próximo com os seus filhos e beneficiarem desta forma de ensinamentos nomeadamente, a amamentação e/ou alimentação, prestação de cuidados, higiene e também como brincar (Relatório Anual de Atividades 2010).

2.6 O Papel do Psicólogo Clínico na Ajuda de Mãe

O papel do psicólogo clínico nesta Instituição é polivalente embora a área principal de actuação se situe no âmbito da Psicologia da Gravidez e da Parentalidade, que está englobada na grande área da Psicologia Clínica e da Saúde.

O atendimento, inerente à intervenção ou do projecto em específico, poderá ser realizado via presencial, via telefone ou por último, via correio electrónico. Compete ao psicólogo estar disponível para ouvir e compreender a pessoa, embora deva ser o primeiro a reconhecer o limite da sua actuação. Está inerente ao papel do psicólogo o respeito e a promoção do direito da pessoa, nomeadamente, a sua liberdade, dignidade, intimidade, autonomia e o bem-estar psicológico que de resto, compatibiliza com as boas práticas, ética e deontologia profissional do técnico. Compete-lhe também garantir a confidencialidade do acompanhamento psicológico e a preservação da intimidade do cliente, caso necessite de fornecer dados a terceiros (Leal, 2005a).

PARTE II –

ENQUADRAMENTO TEÓRICO/ REVISÃO DA

LITERATURA

2.1 Psicologia da Gravidez e da Parentalidade

A emergência da Psicologia da Gravidez e da Parentalidade vem colmatar a actuação na área da maternidade, pertencente à grande área da Psicologia Clínica e da Saúde. Esta necessidade prende-se com a importância das tarefas psicológicas da saúde materna e do recém-nascido (Canavarro, 2001). Este período é considerado, por várias disciplinas científicas relacionadas com a saúde, como o momento privilegiado de intervenção, em que existe um acompanhamento médico ao longo da gestação, assegurando dessa forma o bem-estar da gestante e do bebé, mas também os cuidados psicológicos da adaptação à gravidez, ao bebé e ao companheiro. A intervenção, ou a promoção da saúde, é considerada numa vertente tripla: a física, a mental e a social (Leal, 2005b). De acordo com a mesma fonte, ao longo dos anos a designada Psicologia da Gravidez e Maternidade passou a ser denominada de Psicologia da Parentalidade, por forma a revogar a clássica díade mãe e bebé, incluindo o pai nessa união. A gravidez deixa de ser um assunto exclusivo da mulher, para ser entendida como um assunto do casal. Torna-se portanto num projecto de vida, que tem implicações em todos os níveis e do qual não deverá haver renúncias. Canavarro (2001) considera que o papel do pai e da mãe é de ser o elo de continuidade entre as gerações, mas também, devem saber reconhecer os limites e as diferenças geracionais. Trata-se, portanto, da transmissão de heranças, tais como, a genética, os valores, os costumes mas também, aceitar a individualidade do (s) filho (s).

A maternidade foi inicialmente abordada numa perspectiva médica, na subespecialidade de obstetrícia, que tinha por objectivos, a diminuição da taxa da mortalidade infantil, minimizar e/ou reduzir as consequências dos problemas perinatais, para as mães e os bebés, e por último, aumentar a taxa da natalidade. Contudo, a preocupação com o recém-nascido fez surgir uma outra subespecialidade médica, a

pediatria. Rapidamente os técnicos perceberam que o bem-estar do bebé, não passa exclusivamente pelo crescimento físico e pelo aumento de peso, mas também, pelo nível de aprendizagem e resposta, que estão relacionados com a qualidade dos cuidados, dos estímulos e das relações que o bebé estabelece. Posteriormente surgem as consultas de desenvolvimento (Leal, 2005b). De acordo com Leal (2005b) a saúde reprodutiva da mulher começou a ganhar notoriedade na medida em que passou a ser distinta, passando assim a haver um maior interesse nas dimensões físicas e psicológicas. A prevenção, ao nível da saúde materna, fez com que a intervenção começasse de uma forma precoce e que houvesse mais assistência na gravidez e/ou gravidezes. A ajuda de outros meios complementares de diagnóstico, tais como, a amniocentese e a ecografia, vieram facilitar um maior controlo da gravidez. Foi tida em consideração a história ginecológica e obstétrica da mulher mas também, o seu estilo de vida assim como, as doenças existentes. Com esta evolução, surgem as consultas de ginecologia assim como os exames de rotina, mas também, as consultas de planeamento familiar e as consultas de infertilidade. Surgem em debate outros temas importantes, tais como, a interrupção voluntária da gravidez, a laqueação tubária, a gravidez na adolescência, a gravidez na idade tardia, a multiparidade e também os grupos de risco. Canavarro (2001) indica que os avanços da tecnologia permitiram a escolha, isto é, trata-se de escolher entre continuar grávida ou interromper a gravidez em decurso, mas também, o poder escolher engravidar, para os casais estéreis, recorrendo para isso a outros métodos de fecundação. O conceito de ser mãe foi sendo alterado ao longo dos anos, devido à própria tecnologia, às investigações realizadas nas áreas da psicologia e sociologia, que concluem, entre outros resultados, que a mulher hoje se dedica mais à carreira profissional, podendo deixar a maternidade para segundo plano (Leal, 2005b; Canavarro, 2001). Bayle (2005) expressa a importância da teoria da vinculação e o

papel fulcral que esta teve na compreensão do desenvolvimento do indivíduo, assim como a sua personalidade. O papel da família e o seu funcionamento também foram considerados objectos de estudos por vários autores, pois trata-se de um pilar necessário para o equilíbrio, não só pessoal como social. É importante referir que ao longo da história também a família, enquanto instituição, tem vindo a ser alterada em virtude das mudanças sociais. Leal (2005b) reforça que as formas de família foram sendo alteradas de família alargada à família nuclear e por conseguinte, à possível família monoparental. Em consequência dessas alterações, o papel da mãe também foi sendo modificado, outrora este papel competia à mãe, como dadora de afecto, que deu lugar à mãe prestadora de cuidados e desta, à mãe culpabilizada com o que acontece ao seu filho. Canavarro (2001) comenta acerca do conceito de se ser boa mãe, e diz que o limite para o mesmo consiste nos sacrifícios pessoais realizados em prol do filho, nomeadamente, na perda da sua privacidade, do seu tempo e do seu espaço. Existem, contudo, situações que podem comprometer o projecto de maternidade, designadamente, a ausência desse mesmo projecto. Também, existem situações em que a confirmação da feminilidade, no caso das adolescentes, pode ajudar na experiência da gravidez. Mas, não existe nenhum projeto de vida associado à maternidade, nem o desejo de ser mãe. Outra situação de inexistência de um projecto relativo à maternidade, pode estar associado às mulheres com consumos de substâncias psicoactivas e de álcool, ou outra situação adicional as mulheres que pedem para que se proceda à interrupção voluntária da gravidez (IVG). Leal (2005b) refere que outros casos podem suceder-se quando existe o projecto de maternidade, quando por exemplo, existe uma perturbação ao nível da saúde, nomeadamente, as doenças crónicas, as doenças físicas, as doenças mentais mas também as doenças infecto contagiosas. São ainda de salientar as situações onde não existe um diagnóstico de gravidez, o que impede naturalmente a existência de

um projecto de maternidade. Assim sendo, encontramos os casos de abortos recorrentes, as más formações fetais, as mortes perinatais e também os casos de infertilidade.

2.2 Gravidez e Maternidade

Canavarro (2001) refere que as noções de gravidez e de maternidade embora sejam usadas como noções associadas, porém, ambas representam realidades diferentes. Assim sendo, tanto a gravidez como a maternidade são processos com durações, ao nível temporal, distintos. Em que a gravidez é para além do momento da concepção, assim como a maternidade ultrapassa o momento do parto. Nesta linha de estudo, Leal (2005b) também faz a distinção entre a gravidez e a maternidade. A autora entende que a gravidez é o período que decorre desde a concepção até ao parto, ou seja, perfaz até às 40 semanas de gestação. Sendo esta fase caracterizada pelas alterações físicas, mas também, um regresso que a futura mãe faz à si mesma, ao seu corpo, à sua imagem e à vida que transporta dentro de si. Em relação à maternidade, esta transcende a gravidez, ou seja, trata-se de um projecto a longo prazo, que se traduz na entrega e na prestação de cuidados, nos laços afectivos estabelecidos, promovendo dessa forma um desenvolvimento sadio, desde a fase do recém-nascido até aos 18 anos, idade em que são considerados jovens adultos.

Pacheco, Figueiredo, Costa e Pais (2005) enunciam as várias transformações desenvolvimentais que ocorrem ao longo da gestação e que são divididas em três fases distintas. Sendo o primeiro trimestre correspondente à fase da concepção/início da gravidez e da sua aceitação, quer pela futura mãe quer pelo seu suporte primário. Este estágio é caracterizado por pequenas alterações, ao nível corporal mas também pelo mal-estar físico provocado, designadamente, as náuseas, os vómitos, desejos e/ou aversões alimentares, as alterações de humor, aumento de sensibilidade e também pelo

receio de um aborto espontâneo (Soifer, 1980 citado por Pacheco, Figueiredo, Costa & Pais, 2005). Os autores citados referem também que neste período é quando a futura mãe modifica os seus hábitos alimentares e se prepara, assim como a sua família, para a chegada do novo membro. Segundo Rato (1998) quando existe a percepção da gravidez, independentemente de ser consciente ou não, estabelece-se a ambivalência da vivência da gravidez. O segundo trimestre é geralmente descrito como sendo estável, ao nível psicológico. Field e Widmayer (1982 citados por Pacheco et al., 2005) especificam este trimestre como sendo o que permite à futura mãe ter a percepção dos movimentos fetais mas também reconhecer o seu feto como um ser separado de si mesma. Os autores Colman e Colman (1980 citados por Pacheco et al., 2005) corroboram o que foi dito anteriormente e caracterizam esta fase de “diferenciação”, isso porque a futura mãe nesta etapa começa a ter a percepção que o feto tem autonomia e que não consegue controlar o seu desenvolvimento. Segundo Rato (1998) este trimestre a ambivalência consiste na interpretação dos movimentos fetais, ou seja, quando a mulher sente os movimentos sente-se aliviada porque o feto pode estar bem e se porventura, não sente os movimentos, sente-se ansiosa porque tem receio que possa acontecer alguma coisa ao feto. O último trimestre prende-se com a satisfação materna de uma gestação que chegou ao seu término mas também pela ansiedade como consequência da antecipação do parto (Pacheco et al., 2005). De acordo com Rato (1998) no último trimestre da gestação, a mulher sente intensas crises de ansiedade devido ao receio da morte no parto, à dor física do parto, o parto traumático, por meio de fórceps ou por cesariana, ao filho disforme mas também à morte do filho.

2.2.1 Tarefas da Gravidez e da Maternidade

Tal como em qualquer acontecimento importante no ciclo de vida, também a gravidez e a maternidade implicam mudanças que podem induzir *stress* (Ball, 1994;

Boss, 1988; Vaz-Serra, 1999 citados por Canavarro, 2001). Porém, Canavarro (2001) afirma que as situações de *stress*, não tem de ser necessariamente associadas ao sofrimento ou ao nível de funcionamento mais baixo. Podem sim, ter como consequência, uma adaptação/reorganização às novas necessidades. A autora supracitada expressa que têm sido realizados inúmeros estudos no sentido de identificar as tarefas de desenvolvimento descritas na gravidez e pós-parto mas também o desenvolvimento cronológico da gravidez e do puerpério. Embora a gravidez seja um acontecimento experienciada de forma única, de mulher para mulher, as tarefas psicológicas inerentes à esse estado, são descritas pela autora, da seguinte forma:

Tarefa 1 – *Aceitar a gravidez* – esta primeira tarefa consiste em aceitar a realidade do acontecimento, ou seja, a realidade da gravidez. Independentemente, de ter sido desejada e/ou planeada. É importante a confirmação da gravidez mas também analisar os sentimentos que lhe são inerentes, designadamente, a ambivalência. Neste período inicial, podem predominar sentimentos de ambivalência, entre o desejo e o receio da gravidez. Porém, é necessário que este procedimento de aceitação e de integração se processe na mulher, para dessa forma, poder evoluir nas tarefas seguintes (Canavarro, 2001).

Tarefa 2 – *Aceitar a realidade do feto* – esta tarefa, subentende que a mãe aceite o feto como uma entidade física e psicológica com vista à individualização do mesmo. É importante haver essa representação cognitiva na mãe, por forma a promover a ligação emocional materno-fetal, assim também, a preparação para o nascimento como a separação física através do próprio parto (Canavarro, 2001).

Tarefa 3 – *Reavaliar e reestruturar a relação com os pais* – pretende-se com esta tarefa que a futura mãe proceda a uma reavaliação das suas próprias relações parentais,

tanto no passado como no presente, com o objectivo de ser promovido o equilibrado ao nível do apoio, suporte e autonomia. Esta representação que a futura mãe tem dos seus pais é importante porque vai basear as expectativas que tem em relação aos papéis desempenhados pelos futuros avós. Dessa reavaliação, a futura mãe vai integrar as suas experiências passadas, independentemente, de terem sido positivas ou negativas, por forma a acomodar-se no seu novo papel materno, mas também incorporando o que considera positivo e rejeitando o que considera negativo (Canavarro, 2001).

Tarefa 4 – Reavaliar e reestruturar a relação com o cônjuge/companheiro – nesta fase, os novos desafios que surgem na vida do casal, por forma a melhor se adequarem emocionalmente à chegada do novo elemento na família. Contrariando o senso comum, em que o bebé é percepcionado como o salvador dos relacionamentos/casamentos, a investigação refere que se trata antes de uma prova de resistência aos casais. Contudo, se este período considerado de risco for superado com sucesso, pode ser considerado como uma oportunidade única de desenvolvimento, tanto ao nível pessoal como conjugal e familiar (Canavarro, 2001).

Tarefa 5 – Aceitar o bebé como pessoa separada – esta tarefa corresponde ao último trimestre da gestação. A futura mãe vai preparar-se para a separação física, com a chegada do parto. Compete à mãe, aceitar a existência do seu bebé e saber discernir, que embora possa ser gratificante, o bebé é um ser autónomo, com características e necessidades próprias (Canavarro, 2001).

Tarefa 6 – Reavaliar e reestruturar a sua própria identidade para integrar a identidade materna – após o parto, é importante integrar na sua própria identidade um novo papel, o de ser mãe. Porém, isso implica aceitar as mudanças introduzidas pela maternidade, ou seja, os ganhos e as perdas. A maternidade exige infinitas experiências,

porventura, implicam a necessidade de integrar as experiências passadas com as exigidas no presente. Inicialmente os receios e as ambivalências sentidas podem provocar algum mal-estar e emoções disruptivas, contudo, a longo prazo, as pessoas tornam-se mais satisfeitas com a vida, mais aptas para a resolução de problemas e resilientes (Canavarro, 2001).

Tarefa 7 – *Reavaliar e reestruturar a relação com o (s) outro (s) filho (s)* – esta tarefa é apenas para mulheres que são múltíparas. Ao ser introduzido um novo elemento no seio da família, surge também a necessidade de ajustamento e de reestruturação familiar. É importante que a mãe assimile a ideia de mais um filho, como um ser autónomo e com identidade própria e não o comparando com o (s) outro (s) filho (s) (Canavarro, 2001).

2.2.2 As Relações Precoces do Bebê

Sá e Grais (2004) afirmam que a relação estabelecida entre o bebé e a sua mãe tem o início na gravidez, porventura, é importante que na relação materno-fetal, haja uma promoção saudável do desenvolvimento psíquico do bebé. Costa e Santos (2003) indicam que de um conjunto variado de sons entendidos pelo bebé, o som da mãe é aquele que é escutado diariamente. E que segundo o conhecimento científico, é interessante mencionar que os bebés reagem ao escutarem à voz da sua mãe. Nesse sentido, foi realizada uma experiência em Nova Iorque por William Fifer e Chris Moon, em que foram estudados os batimentos cardíacos do bebé, quando percebia que era a voz da sua mãe. Dessa experiência, foi concluído, que os batimentos cardíacos do bebé alteravam-se quando este escutava, efectivamente, a voz da mãe. Sá e Grais (2004) afirmam que a gravidez é considerada um período privilegiado do início da relação entre mãe e filho. Contudo, referem que existem opiniões divergentes no que concerne a

importância desse vínculo no desenvolvimento psíquico do bebê. Assim sendo, Bonomi (2002 citado por Sá & Graís, 2004) realça a importância das relações materno-fetais positivas ou negativas. Em relação à primeira, o autor descreve-a como sendo, uma relação firme e segura, promovendo dessa forma o desenvolvimento sadio na criança, nomeadamente, ao nível da auto-estima e das relações interpessoais. Quanto à relação materno-fetal negativa, o autor alerta para a existência das consequências adversas, designadamente, no mal-estar do bebê, dos sentimentos de fragilidade e de desprotecção, na existência dos partos prematuros, de bebés com baixo peso e com instabilidade emocional. Assim sendo, estão reunidas as características para que se desenvolva uma criança com uma baixa auto-estima e lacunas nas competências pessoais e sociais. A ausência dessa ligação emocional entre a díade, independentemente, de ser uma ausência provocada por algum episódio negativo na vida da mãe, poderá colocar o futuro bebê em risco, ao nível da saúde mental (Liaudet, 2000 citado por Sá e Graís, 2004). A relevância da comunicação materno-fetal, porventura, irá ser o fio condutor das futuras relações estabelecidas do bebê com o mundo que o rodeia (Klaus & Klaus, 2001 citados por Sá e Graís, 2004). Para Bonomi (2002 citado por Sá e Graís, 2004, p. 110) “é tão forte a influência da mãe sobre o feto que um sentimento absoluto de rejeição, ou uma dor profunda, pode levá-lo à morte”. A autora Margaret Mahler (1965, 1982 citada por Figueiredo, 2003) refere que, no início da sua vida no exterior, o bebê não tem a capacidade para saber discernir entre si mesmo e o ambiente onde se encontra inserido. Assim, o bebê não consegue discriminar entre si e o outro, da mesma forma que o outro não está diferenciado do bebê. Esta fase é designada pela autora como sendo de autismo inicial. Para Spitz (1965, 1979 citado por Figueiredo, 2003) esta fase é caracterizada como estágio não objectal, isto porque corresponde ao primeiro mês de vida do bebê. Assim sendo, o autor expressa que não

existe a noção do objecto nem da relação objectal, tal como não existe no bebé, a noção do mundo que o rodeia. Mahler (1967, 1982 citada por Figueiredo, 2003) denomina a segunda fase como sendo a simbiótica, ou seja, a autora alega que o bebé, de forma imprecisa, começa a ter a noção da presença e da ausência do outro. Porém, os limites do próprio e do outro ainda são confusos para o bebé, e este acredita que existe uma fusão entre si e a sua mãe, em que ambos são únicos e pertencentes à mesma unidade. No que concerne à segunda fase, Spitz (1965, 1979 citado por Figueiredo, 2003) designa-a por pré-objectal, uma vez que o bebé, com dois/três meses, começa a reconhecer a face humana e tal provocará uma resposta específica a esse estímulo, o sorriso. Apesar dessa resposta do bebé aos três meses, o comportamento ainda não é a consequência de um contacto em particular mas sim, resposta a um sinal. Quanto à última fase, Mahler (1974, 1982 citada por Figueiredo, 2003) intitula-a de separação – individuação. Nesta fase que ocorre aos cinco/seis meses de idade, o bebé começa a tomar consciência que ele e a sua mãe são pessoas separadas. Ou seja, o bebé começa a perceber que existe, efectivamente, uma distinção entre si e o outro. A autora alega que a criança através de um conjunto de sensações internas, toma consciência que estas são apenas suas, adquire a sua primeira noção de si mesmo, o Próprio. Por conseguinte, as sensações externas são destrinçadas pela acção do semelhante, por isso, o bebé começa a construir também a primeira noção do Outro (Mahler, 1967, 1982 citada por Figueiredo, 2003). A terceira fase para Spitz (1965, 1979 citado por Figueiredo, 2003) torna-se organizador do aparelho psíquico do bebé ao ser introduzido a palavra “Não”, através do gesto e da palavra. A compreensão da palavra “Não” é entendida pelo bebé como algo que transpõe a separação física existente entre si e a sua mãe, que tem em conta as suas intenções e também permite a sua primeira abstracção. De acordo com a mesma fonte, o bebé na segunda metade do primeiro ano de vida, sobretudo aos oito

meses, deixa de usar o sorriso como resposta ao estímulo da face humana. Para tal, apresenta outras respostas, tais como a angústia e a ansiedade. O autor alega que o bebé diferencia a mãe de um estranho que não conhece, por conseguinte, rejeita o que não conhece. A resposta da rejeição do bebé, apenas vem demonstrar a sua frustração tanto pela ausência como pelo seu desejo de ter a sua mãe. Outros autores, nomeadamente, o Bower (1941, 1983 citado por Figueiredo, 2003) refere que a angústia dos oito meses, acontece devido ao contacto que o bebé experienciou ao longo dos primeiros meses de vida com a sua mãe. Ou seja, o bebé estabeleceu uma comunicação única e específica com a sua mãe e a pessoa estranha é apenas alguém que não domina essa comunicação existente entre a díade. Para Bowlby (1958, 1976; 1969, 1978; 1973, 1978 citado por Figueiredo, 2003) a angústia dos oito meses é sinónimo de duas importantes aquisições realizadas pelo bebé, sendo que a primeira diz respeito à ligação emocional do bebé à sua mãe - a “relação de vinculação”. A segunda aquisição é que o bebé privilegia a sua mãe, em termos relacionais, sendo esta designada de “figura de vinculação”. Para Righetti (1996 citado por Sá & Grais, 2004) a comunicação entre mãe e bebé é apenas a continuação do diálogo iniciado entre mãe e feto, cuja existência da vinculação não é mais do que a comunicação emocional entre a díade. Segundo Alarcão, Relvas e Sá (2004) quando se observa a interacção entre a mãe e o seu bebé, é também possível assistir a uma mudança na linguagem materna. Isso implica que nos monólogos da mãe para com o seu bebé, tal como num diálogo entre adultos, este também tem um tempo de resposta (do seu filho), ou seja, é como se tratasse de um diálogo imaginário entre a mãe e o seu bebé. Nesse diálogo, a postura da mãe é composta por um variado leque comportamental, ao nível social, designadamente, a sua expressão facial (a face e o olhar), a linguagem verbal (as vocalizações e o baixar do timbre) mas também as movimentações que a mãe realiza com a cabeça e o rosto. Esse comportamento maternal

permite por sua vez, envolver o bebê nesse diálogo emocional mas também ajudar a manter o seu nível de atenção.

2.3 Adolescência

A etimologia da palavra adolescência deriva da palavra latina *adelesco*, que significa crescer. Jean-Jacques Rousseau, filósofo francês de 1712 a 1778, foi considerado o primeiro grande teórico desta temática. No seu livro *Emile* (1762, 1911) fez alusão a três características às quais os adolescentes vivenciam neste período, nomeadamente a existência de maior instabilidade e conflito emocional provocados pelas mudanças biológicas. Para além das mudanças biológicas, dão-se também as mudanças psicológicas, ou seja, ao nível do pensamento, este passa a ser formal. Assim sendo, existe a capacidade para um raciocínio lógico e abstracto, para além do raciocínio hipotético e especulativo. A última característica trata-se de um renascimento em que o indivíduo vai repetir, de forma condensada, toda a experiência realizada na infância (Cole & Cole, 2004).

Outros autores, tais como, Jalley e Selosse (citados por Doron & Parot, 2001, p.32) entendem que,

a adolescência é uma fase de reestruturação afectiva e intelectual da personalidade, um processo de individuação e de metabolização das transformações fisiológicas ligadas à integração do corpo sexuado. Nos dias de hoje, é difícil precisarmos o seu fim, na medida em que são inúmeros os casos de adolescentes prolongados que continuam a trabalhar na sua personalização.

Os autores Gleitman, Fridlund & Reisberg (2007) afirmam tratar-se de uma fase de transição em que o indivíduo deixa de ser criança e se torna num adulto. Para além das mudanças biológicas, o crescimento físico, a alteração do próprio corpo e a maturidade sexual, existem também as mudanças psicológicas, que se reflectem no

crescimento/maturação ao nível das atitudes e dos comportamentos sexuais, que irão permitir ao adolescente estabelecer relações amorosas e posteriormente, constituir a sua própria família. De referir que nesta fase, os adolescentes adquirem as competências para se tornarem membros activos da sociedade.

2.3.1 Gravidez na Adolescência

O fenómeno da gravidez na adolescência é uma problemática presente em Portugal, que por sua vez, acarreta um conjunto de situações desfavoráveis, que numa perspectiva social e psicológica, poderá ter consequências negativas para a diáde (Figueiredo, Pacheco & Magarinho, 2004).

As autoras supracitadas referem num estudo realizado em 2005, que a própria gravidez, nesta fase do desenvolvimento, corresponde em si mesmo, a uma dessas consequências adversas de uma vida, por si só, conturbada. Outras situações que poderão ser observadas junto das grávidas adolescentes, prende-se nomeadamente, com uma gravidez não planeada e/ou indesejada, uma fraca vinculação pré-natal ao bebé, e consumo de substâncias, tais como, tabaco e outras substâncias, inclusivamente ilegais (Crosby, Diclemente, Wingood, Rose & Land, 2003; Kemp, Sibley & Pond, 1990; Zoccolillo, Meyers & Assiter, 1997 citados por Figueiredo, Pacheco & Magarinho, 2005). A gravidez na adolescência não é considerado um fenómeno novo, contudo, tem ganho uma crescente visibilidade nas sociedades contemporâneas em que está associado a problemas sociais, tais como, a pobreza, a baixa escolaridade, aos empregos precários e/ou desemprego (Canavarro & Pereira, 2001). Outros estudos realizados em Portugal e noutros países ocidentais demonstram que a gravidez na adolescência ocorre maioritariamente em situações desfavorecidas, nomeadamente, nas vertentes: social, económica, pessoal e cultural. Entre as situações sociais e económicas, encontra-se a pobreza, um nível baixo de habilitações literárias, a exclusão escolar e social (Almeida,

1987; Grande, 1997; Jongenelen, 1998; Pacheco, Costa & Figueiredo, 2003a; Pacheco, Figueiredo, Costa & Magarinho, 2003b; Silva & Nóbrega, 1983 citados por Figueiredo, Pacheco & Magarinho, 2004). De acordo com a mesma fonte, se refere que são muitas as dificuldades que as adolescentes grávidas se deparam, para além das mudanças inerentes à própria gravidez. Assim, as mudanças provocadas pela adolescência, o estatuto ocupacional, isto é, o facto de muitas adolescentes deixam de estudar e/ou trabalhar ou própria relação com o pai do bebé pode mesmo deteriorar-se durante a gestação. Um estudo longitudinal sobre gravidez e maternidade na adolescência realizado pela Soares, Marques, Martins, Figueiredo, Jongenelen e Matos (2001) vem corroborar o que foi dito anteriormente, e reforça a ideia das mudanças que as adolescentes estão sujeitas, nomeadamente, ao nível das transformações da própria adolescência e da transformação da gravidez. As autoras anteriormente citadas referem que todas estas transformações ocorrem num período em que as ferramentas pessoais para lidarem com experiências stressantes estão também em desenvolvimento (Passino, et al., 1993 citados por Soares, Marques, Martins, Figueiredo, Jongenelen & Matos, 2001). É importante ter-se em conta, que na fase da adolescência, o/a jovem tenderá a olhar só para si, ou seja, existe um afastamento de si em relação aos outros e uma maior autonomização em relação aos pais e adultos de referência. Contudo, numa situação despoletada por uma gravidez, a adolescente vê-se limitada e não consegue centrar o olhar apenas em si mesma e por conseguinte, irá ainda depender do apoio emocional e instrumental da família de origem (Canavarro & Pereira, 2001 citados por Rodrigues, Figueiredo, Pacheco, Costa, Cabeleira & Magarinho, 2004). Carvalho, Leal e Sá (2004) salientam as conjunturas que uma gravidez na adolescência podem ou não, acarretar, nomeadamente, a possibilidade de incapacitar a adolescente para as tarefas e as exigências dessa fase do desenvolvimento, ou de provocar uma maturação excessiva no

adolescente por forma a causar danos no seu desenvolvimento posterior. Na mesma linha, surge ainda a possibilidade dessa experiência ser um factor de exclusão ao nível social e de pares, se a adolescente proceder à uma interrupção voluntária da gravidez (IVG), que se não for planeado e acompanhado, poderá deixar sequelas para o futuro. Em convergência com o supra, também a possível adopção do seu filho sem o consentimento da adolescente, pode provocar a confusão ao nível dos papéis familiares em relação à tutela do bebé, pode desencadear a ruptura da relação amorosa na adolescência ou por outro lado, poderá tornar essa ligação obrigatória em função do bebé, e assim, obrigar a novas adaptações familiares ao nível dos desafios.

2.3.2 Orientação Vocacional na Adolescência

A orientação vocacional trata-se de um processo psicológico onde, o indivíduo recolhe informações sobre si mesmo e sobre o ambiente que o rodeia, facilitando a tomada de decisão quanto ao seu percurso vocacional (Taveira, 2004). Sousa (2008 citado por Viamonte, 2012) refere que o espaço privilegiado para que ocorra o desenvolvimento vocacional do adolescente, entre outros, é no espaço familiar. Essa influência, independentemente de ser ou não positiva, faz-se sentir durante toda a vida do indivíduo, sendo essa uma condição imprescindível, quanto aos planos de uma carreira e às expectativas vocacionais dos adolescentes (Hairston, 2000 citado por Viamonte, 2012). Ao longo do seu desenvolvimento, o indivíduo vai estabelecendo uma cadeia de relações interpessoais, nomeadamente, na família, na escola e também no ambiente social, que lhe permitirá atingir ou não, esse mesmo potencial de desenvolvimento, enquanto cidadão e profissional. Ou seja, as relações significativas que o indivíduo estabeleceu ao longo da vida, poderão promover ou não, oportunidades para que este possa encarar os desafios e/ou insatisfações, tanto do presente como do futuro (Gonçalves, 1997). O autor reforça também que o desenvolvimento do indivíduo,

pertencente a uma família estruturalmente estável e a residir em contextos sociais estruturados, organizados é favorável e poderá resultar em vantagens e oportunidades de sucesso pessoal e profissional. Em detrimento de se pertencer a uma família desestruturada e a residir em bairros problemáticos. Em 2006, o autor supracitado, refere o fosso das assimetrias existentes, no que diz respeito à localização geográfica e o facto deste ser um factor com importância no que concerne ao acesso das informações e oportunidades do desenvolvimento no indivíduo. Segundo Savickas (2002 citado por Viamonte, 2012) a adolescência é uma fase crítica no que respeita à tomada de decisão vocacional. Este acontecimento é considerado importante porque o adolescente sofre distintas pressões, por parte da família e dos amigos, para que se decida quanto ao seu futuro, designadamente, na escolha de uma formação, de uma profissão ou de um emprego (Macovei, 2009 citado por Viamonte, 2012). Faria e Taveira (2006 citados por Viamonte, 2012) expõem que é durante este período de desenvolvimento que o adolescente se vê confrontado com um conjunto de acções, designadamente, o explorar, o planear e posteriormente, o decidir. Todavia, é necessário que o adolescente reflecta, por forma a tomar a decisão de integrar mais um papel a desempenhar, para além de outros, tais como, o de ser filho (a), cônjuge, pai ou mãe, entre outros (Campos, 1989 citado por Viamonte, 2012). A vida de uma família é dinâmica, e por isso mesmo, é adaptada segundo um conjunto de objectivos e de actividades. Através dos planos estabelecidos encontram-se as respostas aos desafios familiares que ocorrem ao longo do tempo. Alguns desses desafios familiares, nomeadamente, a doença crónica, o desemprego ou o divórcio, podem ser considerados factores importantes no que concerne à influência do futuro nos adolescentes (Young e cols., 2006 citados por Sobral, Gonçalves e Coimbra, 2009). Em geral, algumas investigações referem o impacto do desemprego na dinâmica familiar e apontam como consequências, uma

baixa/fraca união familiar, assim como uma diminuição do bem-estar dos elementos da família. Assim, pode existir um aumento ao nível dos conflitos familiares, da violência e da irritabilidade parental (Hanisch, 1999 citados por Sobral, Gonçalves e Coimbra, 2009). Schliebner e Peregoy (1994 citados por Sobral, Gonçalves e Coimbra, 2009) focaram-se no impacto do desemprego no seio familiar e referem nomeadamente, a existência de sentimentos de confusão, de irritação e de insegurança vivenciados pelos filhos. Estes sentimentos negativos têm efeito ao nível das atitudes perante os pais, na escola, no mundo laboral mas também no seu relacionamento com o meio onde se encontram inseridos. Estes autores reforçam o facto de quando os filhos percepcionam a decepção parental face às frustrações para encontrar um emprego, existe como consequência, uma possível falta de confiança nos jovens relativamente aos próprios, bem como ao seio familiar e o seu sistema económico. Assim sendo, os jovens experienciam uma visão negativa do mundo laboral e quanto ao nível dos sentimentos, evidenciam dessa forma uma baixa auto-estima e alguma ansiedade ou ainda a possibilidade reduzirem as suas ambições e oportunidades futuras.

2.4 Ambiente Social Desprotegido

Segundo Campiche, Hippolyte e Hipólito (1992) a luta diária pela sobrevivência foi substituída pela batalha tanto do dinheiro como do poder. O sistema tripartidário de produção/salário/consumo corrompe dessa forma as relações humanas, promovendo nos indivíduos sentimentos negativos, designadamente, a inveja e o ciúme. Em relação às disparidades salariais, os incentivos à produção e o desequilíbrio no que concerne ao consumo, porventura, mantêm o ambiente de exploração e de opressão. Assim, a existência desse ambiente negativo consegue anular muitas vezes a cooperação e a solidariedade entre os indivíduos.

Os autores supracitados expõem que o trabalho por conseguinte, pode proporcionar ao indivíduo a sua saída da mendicidade mas também uma mão-de-obra para as fábricas. Por sua vez, advogam que os desfavorecidos da sociedade, não possuem capacidade para reagir perante esta situação, e por isso mesmo, estão familiarizados quanto ao desconforto, à sua situação precária e aos rendimentos precários auferidos. Quanto à ajuda social, aquando da sua chegada é sinónimo de uma situação com proporções descontroladas. Segundo Sousa, Hespanha, Rodrigues e Grilo (2007) as famílias vulneráveis possuem poucos recursos e aquando da presença de factores de risco, por conseguinte, demonstram comportamentos desajustados. A definição de pobreza para Campiche et. al (1992) transcende o seu conceito, ou seja, é sinónimo da inexistência de poder no trabalho mas também a inexistência dos seus direitos de produtividade. O indivíduo auferir um salário condigno em troca do trabalho produzido, pode significar uma melhoria de vida na sociedade. Ao investir na sua instrução e/ou formação profissional, o indivíduo promove a sua entrada no mercado laboral. Os autores anteriormente citados expõem que em relação ao risco de exclusão do mercado, isso acontece devido às fracas habilitações, por conseguinte, os indivíduos estão sujeitos à instabilidade laboral mas também às tarefas menos gratificantes. Estes indivíduos, em geral, são procedentes de famílias desfavorecidas, que por sua vez, enfrentam as adversidades da vida, da inclusão sociocultural, dos fracos recursos económicos tanto dos pais como dos avós. Estes são os indivíduos, que de geração em geração, retratam as mesmas deficiências e o mesmo modo de funcionamento. Para Sousa et. al. (2007) estas famílias estão cingidas e/ou imobilizadas em padrões de repetição disfuncionais, porém, estes mesmos padrões oferecem a segurança por serem usuais. Para Campiche et. al (1992) a pobreza é também sinónimo de mal-estar

psicológico, isto porque produz barreiras para que os indivíduos possam singrar tanto na escola como no trabalho.

2.4.1 Teoria da Vinculação

Almeida (2009) expõe que a teoria da vinculação tem o seu início nos trabalhos desenvolvidos por John Bowlby, nos anos 40 do século passado. Refere que explicar sobre a vinculação é, de certa forma, narrar as relações afectivas que são significativas para o individuo e que o une aos outros, mas também, em última análise, a relação consigo mesmo. Guedeney (2004) conta que em 1948 a Organização Mundial de Saúde (OMS) delega a Bowlby, um relatório sobre as crianças sem famílias, sendo esta uma das consequências do pós-guerra. No seu relatório intitulado *Maternal Care and Mental Health*, Bowlby evidencia os efeitos da ausência dos cuidados maternos. Os resultados dessa ausência/privação materna podem dar-se por conseguinte, nas relações afectivas que são superficiais, na ausência ao nível da concentração intelectual, o ser inacessível ao outro, no comportamento desviante/criminal e também a ausência de reacções emocionais. Posteriormente, Bowlby, Robertson e Rosenbluth (1952 citados por Soares, 2009) começam por documentar os efeitos prejudiciais na criança, aquando dos seus internamentos em ambientes hospitalares, separados dos seus pais, e o quanto estas prestações de serviço ao nível da pediatria, eram inadequadas para o conforto e o desenvolvimento da criança. Segundo Guedeney (2004), o relatório e os trabalhos realizados por Bowlby e seus colaboradores, nomeadamente, os filmes sobre a Laura em 1952, *A Two Years Old Goes To Nursery* e em 1969, *John Goes To Nursery*, ofereceram-lhe duras críticas e o seu afastamento da Sociedade Britânica de Psicanálise. Tal dá-se, em primeiro lugar, porque se afasta de uma forma radical da teoria psicanalítica vigente na época, a teoria das pulsões, depois, porque os seus modelos

foram baseados na cibernética, nas ciências cognitivas e na etologia. Porém, não seguiu o modelo da metapsicologia, imperante nesse período.

Soares (2009) menciona que na década de 70, esta teoria começa a ganhar importância devido à contribuição de Mary Ainsworth, psicóloga canadiana. Guedeney (2004) refere que os estudos realizados por Ainsworth e seus colaboradores, no ano de 1954, permitiram a Bowlby, em 1960, objectar as investidas contra a formulação da sua teoria da vinculação. Segundo Soares (2009) os estudos realizados pela nova investigadora focalizavam-se na observação da interacção entre mãe e bebé, num contexto natural. Assim, foi possível “decisivamente, no plano da metodologia, ao nível da construção de procedimentos para a recolha e tratamento de dados que contribuem para fundamentar as preocupações conceptuais e clínicas de Bowlby” (Soares, 2009, p. 15). Segundo Rabouam (2004) Mary Ainsworth e os seus colaboradores iniciaram a avaliação de segurança na vinculação com a introdução da *Situação Estranha*, sendo um procedimento de avaliação experimental. De acordo com a mesma fonte, a *Situação Estranha* trata-se de um procedimento realizado no laboratório e consiste na observação de crianças com 12 meses e das suas mães. As reacções das crianças são registadas numa sequência de oito episódios, com uma duração de três minutos. As situações registadas são, nomeadamente, a entrada num ambiente não familiar, a introdução de uma pessoa estranha, duas breves separações e os reencontros entre a mãe e a criança. Ainsworth e colaboradores (1978 citado por Soares, Martins & Tereno, 2009) tendo por base as observações efectuadas durante a *Situação Estranha*, descrevem três grupos com uma determinada organização comportamental, são eles, o grupo inseguro-evitante (A), o grupo seguro (B) e o grupo inseguro-resistente ou ambivalente (C). O grupo inseguro-evitante (A) é caracterizado por um comportamento de evitamento da criança face à sua mãe, em particular, nos reencontros em que a criança ignora ou evita a sua

mãe (Ainsworth e colaboradores, 1978 citado por Soares et al., 2009). Neste grupo, a criança explora o ambiente e demonstra uma baixa partilha de afectos quando se encontra a brincar, estabelece uma relação com a pessoa estranha e evita a sua mãe aquando do seu regresso à sala. Desvia o olhar e ignora a mãe, porém, não faz o mesmo à pessoa estranha (Ainsworth et al., 1978 citado por Lameiras, 2012). O grupo seguro (B) é descrito dessa forma pela procura activa tanto de proximidade como de interacção com a sua mãe, em particular, nos episódios de reunião (Ainsworth e colaboradores, 1978 citado por Soares et al., 2009). No padrão seguro, a criança explora o ambiente mas tem a mãe como base de segurança, ou seja, a criança separa-se da mãe para brincar e partilhar as emoções enquanto brinca. Estabelece uma relação com a pessoa estranha na presença da sua mãe e de forma rápida fica confortável depois do episódio indutor de *stress*. Aquando do regresso da mãe, a criança mostra satisfação e procura pelo contacto e interacção, terminando a sua agitação (Ainsworth et al., 1978 citado por Lameiras, 2012). Por último, o grupo inseguro-resistente ou ambivalente (C) caracteriza-se pela ambivalência de comportamentos da criança. Se por um lado, demonstra um comportamento de resistência, por outro, exige um comportamento de procura pela sua mãe. A procura desse contacto, por sua vez, dificulta e/ou inibe a exploração do ambiente (Ainsworth e colaboradores, 1978 citado por Soares et al., 2009). Neste grupo, a exploração é considerada fraca, assim como existe dificuldade da criança em isolar-se, para explorar o ambiente. Existe uma necessidade de contacto com a mãe, antes da separação, e também o receio tanto de situações como de pessoas diferentes. A criança apresenta dificuldade em estabelecer contacto com a mãe quando regressa. A criança apresenta, em simultâneo, a resistência e existência ao contacto materno, nomeadamente, através dos gritos, choro ou com demonstração de uma grande passividade (Ainsworth et al., 1978 citado por Lameiras, 2012). Os estudos conduzidos

por Ainsworth e colaboradores foram posteriormente replicados em diferentes países ocidentais, asiáticos e africanos (van IJzendoorn & Kroonenberg, 1988; van IJzendoorn & Sagi, 1999 citados por Soares et al., 2009). Salienta-se que numa primeira fase, os estudos realizados sobre a vinculação precoce incidiam numa amostra de famílias de classe média e média-alta, sendo porventura, consideradas de baixo risco (van IJzendoorn, Goldberg, Kroonenberg & Frenkel, 1992 citados por Soares et al., 2009). De acordo com a mesma fonte, posteriormente, foram realizados estudos com amostras consideradas de risco, que por sua vez, incluem factores tais como: níveis socioeconómicos baixos, reduzido/baixo suporte social, psicopatologia parental, práticas educativas desajustadas e maus tratos. Estes estudos permitiram concluir que existem percentagens mais elevadas de indivíduos nos grupos *inseguros*.

Mary Main, uma aluna de Ainsworth, foi então a impulsionadora de um importante estudo na Califórnia, em Berkeley. No decurso da investigação, tendo por base a *Situação Estranha*, com crianças entre os 12 e os 18 meses, foi possível observar-se que 12,5% das crianças do estudo, não podiam ser classificadas segundo os padrões de vinculação estabelecidos por Ainsworth e colaboradores (Ainsworth et al., 1978 citado por Lameiras, 2012). Main e Solomon (1986 citados por Soares et al., 2009) consideraram “não classificáveis” os comportamentos estranhos e perturbados resultantes dos estudos cujas amostras eram consideradas de risco e em amostras clínicas. Assim sendo, designaram um quarto padrão conhecido como o grupo desorganizado/desorientado (D). Segundo a mesma fonte, o grupo desorganizado/desorientado (D) é caracterizado pela existência de comportamentos simultâneos ou sequências de comportamentos contraditórios, as posturas são anómalas, existem sinais de apreensão em relação à figura paternal, assim como expressões de confusão, desorganização e desorientação. É pertinente referir que nas amostras

consideradas de risco, particularmente, naquelas onde predominam os maus tratos, existe uma elevada percentagem de bebés com indicadores de desorganização da vinculação (van IJzendoorn, Schuengel & Bakermans-Kranenburg, 1999 citados por Soares et al., 2009). Foi desenvolvida uma outra investigação em Berkeley por George, Kaplan e Main em 1985, a *Adult Attachment Interview* (AAI). A AAI consiste numa entrevista semi-estruturada que tem por objectivo a avaliação das experiências da vinculação durante a infância, de modo retrospectivo. Este novo instrumento vai permitir a investigação e avaliar o nível das representações. É através da análise do discurso, mais do que o conteúdo, que é proporcionada a classificação dos relatos sobre a experiência de vinculação em “autónomos” ou “inseguros” ou então, em representações “desorganizadas”, tal como já acontece na *Situação Estranha* (Guedeney, 2004). Bowlby (1973 citado por Lameiras, 2012) destaca a importância da qualidade da vinculação ser transmitida pela microcultura familiar ao longo das gerações. Dias, Soares e Freire (2002 citados por Lameiras, 2012) salientam a relevância da AAI como sendo um instrumento capaz de estudar o papel dos modelos internos de vinculação no desenvolvimento de relações íntimas, de quadros psicopatológicos e da relação terapêutica.

2.5 Violência Doméstica

Casimiro (2008) ressalta que a existência da opinião pública acerca da problemática em torno da violência doméstica surge nos meandros dos anos 70 e que essa visibilidade permitiu que começassem a proliferar os estudos sistemáticos na área das ciências sociais e humanas. Tanto é do conhecimento científico como geral, que há relações de intimidade, independentemente do estado civil, isto é, dos indivíduos serem casados, de coabitarem em união de facto ou ser uma relação de namoro, que são pautadas por alguma anomalia e/ou abuso (Barnett, Miller-Perrin & Perrin, 1997; Gelles

& Straus, 1988 citados por Paiva & Figueiredo, 2003). A violência doméstica pode ser entendida como, um

(...) acto, conduta ou omissão que sirva para infligir, reiteradamente e com intensidade, sofrimentos físicos, sexuais, mentais ou económicos, de modo directo ou indirecto (por meio de ameaças, enganos, coacção ou qualquer outro meio), a qualquer pessoa que habite no mesmo agregado doméstico privado (pessoas – crianças, jovens, mulheres adultas, homens adultos ou idosos – a viver em alojamento comum) ou que, não habitando no mesmo agregado doméstico privado que o agente da violência, seja cônjuge ou companheiro marital ou ex-cônjuge ou ex-companheiro marital (Antunes, 2002, p. 47).

De acordo com a mesma fonte, a violência doméstica, tem estado a adquirir importância no domínio público, nacional e internacional, até porque se trata de uma acção criminosa contra os direitos e a qualidade de vida do indivíduo, por conseguinte, deixando de ser encarado enquanto assunto particular da família. É de salientar, que uma vez encetada a adopção de comportamentos violentos, a tendência é que a sua frequência e severidade aumente progressiva e significativamente. Matos (2005 citado por Sani, 2008a) afirma que a violência doméstica abrange uma série de tipologias de vitimação diferentes, onde estão incluídas, a própria violência conjugal, os maus tratos às crianças e a violência exercida sobre a pessoa idosa. O objectivo do agressor passa comumente pela necessidade de infligir dano e por conseguinte, fazer com que a vítima se sinta amedrontada, sinta desvalorizada, entre outros sentimentos negativos, Assim, é promovida uma escalada quantitativa e qualitativa dos comportamentos, como referimos anteriormente.

O estudo das relações interpessoais íntimas que inclui o abuso físico e sexual foi considerado pioneiro e realizado por James Makepeace em 1981. Este estudo foi realizado com uma amostra constituída por estudantes pré-universitários, sendo que 21% confirmam que vivenciaram e/ou perpetraram um ou mais actos de violência no contexto das relações de intimidade com o companheiro (Paiva & Figueiredo, 2003). Os maus tratos infligidos ao companheiro, constituem-se como um padrão de funcionamento, ou seja, é através do uso da força e do controlo, que este por sua vez, exerce o seu domínio sob o outro. O seu objectivo é claro, o agressor(a) pretende dominar o outro, e para isso, o primeiro utiliza estratégias por forma a causar danos na sua auto-estima mas também na sua identidade pessoal, levando a vítima a sentir-se desvalorizada, incompetente e com receio (Matos, 2002). Uma outra realidade paralela, enunciada nas investigações e que está associada à violência doméstica, consiste na violência contra as crianças, isso porque os companheiros agressores ao ferirem o cônjuge (mulher ou homem), agredem, ainda que indirectamente os seus filhos (e por vezes directamente), pela exposição (Saunders, 1995 citado por Matos, 2002). De acordo com a mesma fonte, os factores de risco que podem levar tanto a figura materna como a figura paterna a infligir os maus tratos à criança, são diferentes. Nomeadamente, na figura materna pode estar relacionado com situações ocasionais e quanto a figura paterna, pode estar relacionado com situações de abuso no consumo de álcool e também com problemas relacionados com a sua própria infância (Saunders, 1995 citado por Matos, 2002). Magalhães (2010) realça a existência dos factores de risco que estão associados às vítimas, nomeadamente, apresentar sinais de vulnerabilidade em relação à idade, ter um comportamento e temperamento desadequados relativos ao abusador, poder estar dependente do consumo de alguma substância, ter alguma doença física e/ou mental. Ou ter sido vítima em criança ou assistido a comportamentos violentos entre

os progenitores, ter sido um bebé prematuro e de baixo peso, depender física e economicamente do abusador, ter uma escolaridade baixa, viver em situações precárias e estar isolada socialmente. Matos (2002) também caracteriza como factor de risco, quando a mulher possui o estatuto socioeconómico e as habilitações literárias superiores em comparação aos do cônjuge. Quando a vítima se move com liberdade e autonomia no contexto económico e, em comparação com o companheiro, detém uma posição favorecida. Por conseguinte, o companheiro pode recorrer ao uso da força física para restabelecer o seu domínio, por forma a minimizar a sua incapacidade por não ser a principal fonte de rendimento (Giles-Sims, 1998 citado por Matos, 2002). Ou, então, porque a mulher ao ter um estatuto superior pode ameaçar algumas das suas crenças e regras.

**PARTE III – APRESENTAÇÃO DAS
ACTIVIDADES NO ESTÁGIO**

3 Actividades desenvolvidas no Estágio:

3.1. Trabalho directo:

Ao nível do plano de estágio, este teve início no dia 15 de Novembro de 2011 e término no dia 28 de Setembro de 2012 com a duração de mais de 500 horas obrigatórias, a serem realizadas em dois semestres lectivos, às 2^{as} na Sede da Instituição e às 6^{as} no Gabinete de Atendimento da Amadora (Bairro 6 de Maio). À 2^a feira das 10h às 14h competia à discente estar na Escola Móvel e no Rastreio Psicológico e se se justificasse, no acompanhamento psicológico (consultas de seguimento) sendo que, das 14h às 18h, era assegurado o atendimento na Linha SOS Grávida. À 6^a feira das 10h às 16h, competia à discente fazer o Rastreio Psicológico e se necessário, o devido acompanhamento psicológico (consultas de seguimento). No total foram realizadas 14 horas por semana, estipuladas pela Instituição.

3.1.1. Formação

Uma outra actividade correspondeu à participação na formação ministrada pelas técnicas da Instituição, com os seguintes módulos: Linha SOS Grávida; Aspectos gerais da gravidez; Igualdades de Género; Cuidados a ter durante a gravidez; Desconfortos da gravidez; Aspectos gerais do Parto; Puerpério; Amamentação; Cuidados Maternos e Infantis; Igualdades de Género II; Lei da Parentalidade: Regulação das Responsabilidades Parentais; Acolhimento; Planeamento Familiar; Atendimento Directo - Sede; Questões de Protecção Social; Linha SOS Grávida – Simulações; Igualdade de Género III; Aferição de Conhecimentos e por último, Questões Psicológicas da Gravidez e do Puerpério (ver Anexo 1).

3.1.2 Formações ministradas pela Discente

Foram realizadas várias acções de formação ministradas pela discente, nomeadamente, a “Violência no Namoro”, “Parentalidade III” e “Abusos Sexuais a Menores”. Esta inicialmente prevista a realização de duas acções de sensibilização, intituladas “Violência no Namoro”. Contudo, foram desenvolvidas quatro, tendo sido numa delas abordada especificamente, a questão das “Relações Saudáveis e das Relações Não Saudáveis”. Esta formação foi sugerida e organizada pela discente. Trata-se de uma acção para sensibilizar as utentes da Instituição para os riscos e comportamentos desviantes/ menos normativos e saudáveis nos relacionamentos de namoro. O objectivo central desta acção foi também a desmistificação de mitos e factos inerentes a uma relação e quais os caminhos a seguir quando a/o jovem se vê num contexto de relacionamento abusivo.

Quanto à acção de formação intitulada “Parentalidade III”, estava prevista a realização de quatro sessões mas foram realizadas ao todo três. Esta acção permitiu a sensibilização das utentes para a necessidade e a importância do brincar, nomeada e especificamente, nos bebés de 0 aos 6 meses, dos 6 aos 12 meses e do brincar do 1º ano de vida. Esta acção permitiu enumerar os brinquedos adequados às diferentes fases do desenvolvimento do bebé e também quais os cuidados a ter em casa no que respeita à segurança dos bebés e das crianças. Na 2ª parte da formação, pretendeu-se sensibilizar para a importância do crescer com autonomia. Explicar a importância do sono e as horas adequadas consoante os meses de desenvolvimento e criar bons hábitos de rotina para facilitar o sono. Explicar a importância de deixar as fraldas e também os benefícios e malefícios da utilização da chucha.

A acção de formação intitulada, “Abusos Sexuais a Menores” foi sugerida e organizada pela discente. Foi realizada uma acção de sensibilização e atendendo ao tema sensível, pretendia-se dar a conhecer as estratégias utilizadas pelo

agressor/abusador, quais os sinais de alerta a ter em consideração, mas também os sinais e sintomas que a criança possa demonstrar e conhecer as consequências no futuro da criança, vítima destes mesmos abusos. (ver Anexo 4).

3.1.3 Linha SOS Grávida

No que respeita à linha SOS Grávida, os atendimentos telefónicos iniciaram-se no início de Janeiro e terminaram em Agosto. As chamadas foram sendo contabilizadas no sistema informático da Instituição. Competia à discente, informar e esclarecer as dúvidas dos apelantes, nomeadamente, no que diz respeito ao decurso de uma gravidez desejada, de uma gravidez não desejada e dos procedimentos legais para uma interrupção voluntária da gravidez. Ao nível da sexualidade, a abordagem incidiu maioritariamente no uso inadequado ou indevido das contracepções ou a ausência da mesma e as questões jurídico-legais.

3.1.4 Rastreio Psicológico e Acompanhamento Psicológico

Os Rastreios Psicológicos e Acompanhamentos Psicológicos tiveram seu início em Janeiro e término em Setembro. As utentes foram sinalizadas e encaminhadas pelas técnicas do Atendimento Directo, contudo, apenas duas solicitaram de forma explícita o acompanhamento psicológico. Em seguida, iremos apresentar um resumo dos rastreios e acompanhamentos psicológicos efectuados.

Nadine (nome fictício), 20 anos, sexo feminino, portuguesa, desempregada, mãe de uma menina, da relação anterior e grávida da segunda filha, da actual relação. Nadine procurou a ajuda institucional devido às dificuldades económicas que foram agravadas com a perda do trabalho e por se encontrar grávida. Foi-nos encaminhada pela técnica do Atendimento Directo com o pedido de trabalhar o luto não resolvido. No primeiro aniversário do suicídio do seu antigo namorado, Carlos (nome fictício), em Dezembro

de 2011, Nadine revive esses mesmos acontecimentos e culpabiliza-se de não ter sido capaz de impedi-lo de cometer esse acto. Foi-lhe proposto o acompanhamento psicológico, ao qual Nadine mostrou receptividade, no entanto devido às limitações económicas, as sessões eram quinzenais. Ao longo das nove sessões efectivas, Nadine foi estabelecendo uma comparação entre o falecido namorado e o actual e entre o passado e o presente. Existe um padrão de comportamentos que se repetem nas duas relações, nomeadamente, a existência de violência no namoro e ambos os namorados terem tido uma história pessoal similar. A sua presença foi irregular durante todo o processo de acompanhamento psicológico, sendo que, posteriormente ao nascimento da filha, só se verificaram mais duas sessões. Apesar de inúmeros, os contactos foram infrutíferos, o que sequenciou inevitavelmente a cessação do processo de acompanhamento, por incumprimento terapêutico (ver Anexo 3).

Yasmin (nome fictício), 15 anos, sexo feminino, são-tomense, estudante e primípara. Esta futura mãe adolescente foi-nos encaminhada pela Dra. M^a João (nome fictício), estagiária de medicina, do Hospital Fernando da Fonseca, com o pedido de apoio psicossocial durante a gravidez. Durante o Rastreio, apuramos que Yasmin já se encontrava na 31^a semana e a sua filha se vai chamar Stefany (nome fictício). Referiu que a gravidez não foi planeada e que teve de alterar algumas das suas rotinas, nomeadamente, a nível da alimentação e outros cuidados inerentes ao estado gravítico. Yasmin mencionou que teve apoio por parte da instituição escolar e tem na sua turma uma colega que também está grávida. Esta tem mais três semanas de gestação que Yasmin. Apurámos também que há dois anos, Yasmin foi atropelada, durante o carnaval, e que foi duas vezes atingida pelo mesmo carro. O proprietário do veículo não fugiu porque Yasmin estava deitada em frente ao carro e também porque o posto da PSP estava localizado mesmo ao pé do local do acidente. Yasmin entrou em estado de coma

enquanto aguardava a ambulância. Como consequência do acidente, Yasmin referiu que tem tido problemas na cabeça, nomeadamente, hematomas e fracturas. A mesma conta-nos que desde o início da gravidez que as dores de cabeça diminuíram de intensidade. Quanto à relação com o pai da Stefany, Félix (nome fictício), esta já não se mantém e a utente relata que Félix nunca terá sido um apoio no que toca à gravidez, uma vez que receava que a saúde da namorada ficasse comprometida. Actualmente Félix tem uma namorada alegadamente ciumenta e por isso, não tem mantido contacto com a Yasmin. Yasmin veio para Portugal com dois anos de idade, no âmbito de uma junta médica, por ter um tumor no olho esquerdo e tinha de ser operada. Só há um ano é que está a viver com os irmãos, o mais velho com 19 anos e o mais novo com 14 anos. Em relação ao seu pai, Yasmin não o vê desde que saiu de S. Tomé. Foi-lhe proposto o acompanhamento psicológico, ao qual a mesma mostrou receptividade, no entanto devido às limitações económicas, as sessões eram quinzenais. Ao longo das cinco sessões efectivas pretendeu-se desmistificar aspectos relativos à gravidez, nomeadamente, o receio do parto. Foi abordada também a ligação que tem com o Félix, a relação deste com a namorada e as implicações emocionais a trabalhar e a gerir. Assim que encetada a quarta sessão, a utente começa a queixar-se de fortes dores de cabeça, tendo sido de imediato interrompida a sessão. Encaminhámos a jovem para o hospital, onde se fez acompanhar pela mãe. Depois desse episódio e do nascimento da filha, Yasmin regressa ao acompanhamento iniciado. Nessa sessão, Yasmin mostrou-se sempre atenta às necessidades da filha. Contudo, depois foram agendados dois atendimentos, aos quais a utente não compareceu, nem avisou. Depois de alguns contactos efectuados e dada a incompatibilidade horária da Yasmin, o processo de acompanhamento foi fechado, por incumprimento terapêutico.

Lúcia (nome fictício), 37 anos, sexo feminino, brasileira, desempregada, mãe de três rapazes adolescentes, dois dos quais da sua anterior relação, e de uma recém-nascida, a Carolina (nome fictício). A Lúcia pediu ajuda institucional devido ao aumento dos encargos familiares, a chegada dos três filhos e por último o marido, que por sua vez veio doente com uma pneumonia num pulmão que entretanto passou para o outro. Para além da chegada da família, Lúcia também tem a sua mãe em casa para ajudá-la com a bebé. Esta é a única a sustentar a família e tendo em conta as dificuldades que o marido da utente tem (devido às suas limitações de saúde) para encontrar uma ocupação, a subsistência familiar foca condicionada. Durante o Rastreio, apuramos que a relação entre Lúcia e o marido, o Reginaldo (nome fictício), é conflituosa e o diálogo é quase inexistente gerando um mal-estar na vida conjugal e então no seio familiar. O marido pretende voltar para o Brasil, embora contra a vontade de Lúcia que refere que quando está longe, tende a negligenciar a família. Lúcia verbalizou o receio de que pressionado pela família que reside no Brasil, Reginaldo, cedesse e procedesse ao fim da relação amorosa, aquando do regresso de Lúcia àquele país. Lúcia é constantemente acusada pelo marido, de o ter enganado com as boas condições de vida existentes em Portugal e também de o “prender agora com a bebé” (sic), a Carolina. Foi-lhe proposto o acompanhamento psicológico ao qual a Lúcia mostrou receptividade, contudo, devido às limitações económicas, as sessões eram quinzenais. Ao longo das cinco sessões efectivas, Lúcia foi-nos contando que o mal-estar e as constantes discussões com o marido têm-na afectado de forma negativa. “Não tem sossego em casa” (sic) e refere que os filhos e a mãe já se aperceberam da situação. Refere que não tem tido muita paciência com a Carolina e para o que esta traz inerente porque está sempre cansada e desgastada emocionalmente. Lúcia amamenta a sua filha, mas Carolina tem vindo a perder peso o que faz Lúcia pensar, que o seu leite não é

suficiente. Assim, solicitou ao médico de família que prescreveu suplementos à Carolina, sendo que, à altura dos acontecimentos, já estava a surtir efeito. À hora da amamentação, Lúcia tenta estar calma porque tem noção que transmite essa ansiedade e a tristeza à filha e tenta aproveitar essas oportunidades para a estimular. A sua relação com a mãe foi-se tornando tensa e conflituosa também, sente que não tem o seu apoio e prefere não exteriorizar os sentimentos. Lúcia não tem tido uma assiduidade constante ao longo do apoio psicológico e depois de ter faltado à última sessão, não voltou a entrar em contacto para uma remarcação. Foram realizados alguns contactos, contudo, não tendo obtido nenhuma resposta por parte da Lúcia, o processo de acompanhamento foi fechado, por incumprimento terapêutico, por falta de adesão.

Helena (nome fictício), 19 anos, sexo feminino, cabo-verdiana, estudante e primípara, o filho vai chamar-se Leandro (nome fictício). A procura da ajuda institucional dá-se por dificuldades económicas e relacionais que foram agravadas com a gravidez. Foi-nos encaminhada pela técnica do Atendimento Directo que identificou fragilidades emocionais relacionadas com a ruptura relacional e as dificuldades de comunicação entre Helena e a sua mãe. Durante o rastreio apurámos que Helena aguardava pelo parto, que estava previsto para 11 dias mais tarde. Ao nível da saúde, a Helena referiu que a gravidez tem estado a correr bem mas a nível emocional, sentia-se sozinha e triste. Sentiu-se magoada por não ter o suporte da mãe e do namorado, o Afonso (nome fictício), que, à altura do acompanhamento, teria terminado a relação com a utente, iniciando uma outra. Helena recorre às amigas e algumas familiares (nomeadamente uma prima e uma tia) para obter o suporte emocional de que necessita. Conta que a gravidez foi o resultado de um comportamento de risco e que por ser contra a interrupção voluntária da gravidez e ter o apoio do namorado na altura, optou por ter o filho. A Helena refere que tem sempre “um sorriso no rosto” (sic) mas sente que

ninguém realmente a compreende. Ainda tem esperanças que o pai do filho reconsidere e queira reatar a relação. No entanto, afirmou ter ouvido alguns comentários, que a desagradaram. Afonso dizia que, inerente àquela gravidez, estava uma relação de uma única noite. Foi proposto o acompanhamento psicológico ao qual Helena mostrou receptividade. Contudo, como a utente estava prestes a ter o Leandro foi-lhe sugerido que entrasse em contacto com a instituição, depois do parto, para marcarmos a sessão. Ao todo foram realizadas seis sessões, das quais, quatro com a discente, outra em casa da Helena e a última, correspondeu a um atendimento conjunto com a técnica do Atendimento Directo. As sessões foram pautadas por grandes irregularidades no que respeita à assiduidade, devido não só às dificuldades económicas mas também às dificuldades referentes ao horário escolar. Ao longo das sessões, Helena demonstrou um semblante triste, a relação com a mãe continua conturbada e conflituosa, não existe nenhuma relação entre o Leandro e o pai e também não existe nenhuma relação entre ela e o ex-namorado. As discussões em casa da mãe foram sendo uma constante e Helena coloca a hipótese de ser acolhida numa Instituição. Foram feitas diligências nesse sentido, apesar de esta ter optado posteriormente por ficar na casa de uma amiga. Helena, depois de ter faltado à última sessão, não voltou a entrar em contacto para uma nova marcação. Posteriormente, depois de alguns contactos efectuados e dada a incompatibilidade horária da Helena, o processo de acompanhamento foi fechado, por incumprimento terapêutico.

Dália (nome fictício), 21 anos, sexo feminino, cabo-verdiana, desempregada e primípara, o Kay (nome fictício) é o nome do filho. Dália procurou a ajuda da instituição devido às dificuldades económicas que foram agravadas com a perda do trabalho, a gravidez e posteriormente, com o nascimento do filho. A situação foi-nos encaminhada pela técnica do Atendimento Directo. Contudo, Dália desvalorizou o

sentimento de tristeza que a técnica relatou no dia em que recorreu ao cabaz do banco alimentar. Esta ajuda é mensalmente prestada às utentes, sendo que, é feito um reforço ao nível dos produtos alimentares facilmente perecíveis. Durante o rastreio apurámos que a Dália se encontra a residir em Portugal há 11/ 12 anos. Vive em casa da sua prima, com a sua irmã de 19 anos e o seu filho de oito meses, sendo este o seu suporte familiar. Dália não referiu, contudo, que tipo de ligação emocional mantém com este agregado ou mesmo com a restante família. Quanto ao pai de Kay, este mostra-se ausente das responsabilidades parentais e tem também um outro filho, da actual relação, com uma diferença de dois meses em relação ao Kay. A ruptura da relação entre Dália e Gonçalo (nome fictício) deu-se ainda no período de gestação, altura em que a utente afirma ter passado a ser tratada como “uma propriedade” (sic). Refere que decidiu não interromper a gravidez, devido à insistência e posição contrária do Gonçalo. Foi-lhe proposto o acompanhamento psicológico ao qual Dália não mostrou receptividade embora posteriormente, na presença da técnica do Atendimento Directo, a utente tivesse concordado em ser acompanhada clinicamente. No dia da sessão, Dália não compareceu e não justificou a ausência. Assim sendo, o processo de acompanhamento psicológico foi fechado por incumprimento terapêutico, por falta de adesão da Dália.

Ana (nome fictício), 27 anos, sexo feminino, cabo-verdiana, desempregada, mãe do segundo filho, Edgar (nome fictício), estando este a residir consigo. O filho mais velho, Adilson (nome fictício) tem nove anos e mora com a avó materna e os tios em Cabo Verde. A procura da ajuda institucional dá-se pelas dificuldades económicas resultantes da perda do emprego. Depois de gozar da licença de maternidade, Ana apresenta-se novamente no trabalho, e recebe a notícia de que fora dispensada. Ana pediu expressamente para ser acompanhada por uma psicóloga porque segundo a mesma, não tem apoio familiar e estes não compreendem a doença que tem e as

dificuldades inerentes à própria doença. Ana sofre de artrite reumatoide e de conjuntivite, ambas as doenças são crónicas, para além de ter problemas pulmonares, não especificando o problema. Durante o rastreio apurámos que Ana encontra-se em Portugal há três anos e que também tem o seu pai e a irmã mais velha no país, embora a sua relação com ambos seja conturbada. A sua mãe e restantes irmãos, de uma fratria de oito irmãos, ficaram em Cabo Verde. A nível relacional, Ana mantinha uma relação estável, de dois anos e quatro meses com Francisco (nome fictício) antes de engravidar. A gravidez não foi planeada nem desejada por ambos, Francisco chegou a pedir-lhe que interrompesse a gravidez e Ana marcou o dia para a interrupção voluntária da gravidez. Porém no dia marcado, esta acaba por mudar de ideias no local. A relação continuou mas Francisco não a ajuda com as despesas e começa a comportar-se de maneira distante, deixando de se dedicar à relação, o que culmina na ruptura da mesma, aquando do nascimento do filho do casal. Ana sente-se sozinha, incompreendida e revoltada com a situação de voltar a ser mãe solteira. Adicionalmente, perante a família, Ana surge como uma pessoa preguiçosa e que não se esforça, escondendo-se por detrás de doenças fictícias. Foi-lhe proposto o acompanhamento psicológico ao qual a Ana mostrou receptividade, no entanto devido às limitações económicas, as sessões eram quinzenais. Foram realizadas ao todo 11 sessões efectivas, em que Ana foi revelando aos poucos, a mágoa e a tristeza de não ter o suporte familiar, de se sentir incompreendida e diferente dos irmãos. Não tem apoio financeiro nem emocional do Francisco e pretende “vingar-se de tudo e de todos” (sic). Ao longo das sessões, Ana foi substituindo a sua atitude negativa por uma atitude mais proactiva e positiva perante a vida. Começou por dedicar parte do seu tempo a fazer trabalhos como cabeleireira em casa dos clientes, com o propósito de economizar o dinheiro suficiente para trazer o seu filho mais velho de Cabo Verde. Quanto à família em Cabo Verde, Ana vai mantendo os laços afectivos,

mas sente que o apoio disponível é realmente condicionado. O mesmo se passa no que toca ao pai do Edgar, cujo apoio prestado, é praticamente inexistente. Ana foi demonstrando capacidade para lidar e ultrapassar os problemas que lhe foram surgindo, adoptando estratégias mais adequadas às suas necessidades. Assim sendo, o processo foi concluído, por sucesso terapêutico.

Nádia (nome fictício), 22 anos, sexo feminino, guineense, desempregada e primípara, o Rafael (nome fictício) foi o nome escolhido para o filho. Nádia procurou a ajuda da instituição devido às dificuldades económicas que foram agravadas com a gravidez. Contudo, Nádia pediu especificamente para ser acompanhada por uma psicóloga, devido à perda recente do seu pai e pelo facto de não ter tido oportunidade de se despedir dele. Durante o rastreio apurámos que o seu pai foi operado na Alemanha, para lhe ser colocado um *pacemaker*. Regressado a Portugal, acabou por adoecer e foi levado, sem o conhecimento da Nádia, e alguns familiares trataram da sua integração num lar em Rio Mouro, durante o período de duas semanas. No dia a seguir a Nádia ter conseguido o contacto com o lar, o progenitor acaba por falecer. Ter tido conhecimento do falecimento do pai e do facto de não ter conseguido chegar a tempo de visitá-lo, fez com que Nádia se sentisse rejeitada, pela própria família. Com a perda do pai, Nádia acaba por seguir um caminho de auto-destruição contudo, refere que foi “ajudada por Deus” (sic) e mudou o seu comportamento. Em relação ao pai do Rafael, o Wilson (nome fictício), Nádia refere que este começou a comportar-se de forma distante e a investir pouco na relação. Dada à fragilidade emocional e o pedido explícito da Nádia, propusemos o acompanhamento psicológico. Contudo, em face das dificuldades económicas as sessões eram quinzenais. Foram realizadas ao todo sete sessões efectivas, em que Nádia foi-se revelando aos poucos e foi libertando a raiva e a mágoa acumulada por lhe ter sido negada a oportunidade de se despedir do pai. Foi-se desmistificando

também o receio do parto e a necessidade de um acompanhamento adequado para dissipar dúvidas e inseguranças. Em relação à sua vida amorosa, esta foi reconhecendo que mantinha uma relação não saudável, afirmando pretender um relacionamento estável e duradouro. Nádia foi demonstrando capacidade para lidar e ultrapassar os problemas, elegendo estratégias adequadas às suas necessidades. Assim, o processo foi concluído, por sucesso terapêutico.

Vanessa (nome fictício), 18 anos, sexo feminino, guineense, estudante e primípara, a Letícia (nome fictício) é o nome da filha. Face às dificuldades económicas e por conseguinte, agravadas com a gravidez, Vanessa recorreu à ajuda institucional. A sua situação foi-nos encaminhada pela técnica do Atendimento Direto com a indicação de promover a sua autonomia. Ao realizarmos o rastreio foi-nos possível aprimorar que a utente encontrava-se dependente de umas senhoras, às quais Vanessa por afinidade as tratava por tias. Vanessa engravidou durante a sua estadia de férias no seu país de origem e em consequência disso, aquando do seu regresso a Portugal, foi-lhe recusado a entrada em casa do seu pai. Ao ser confrontada com a situação de desabrigo, esta procurou o auxílio das suas tias. Porém, as condições de habitabilidade são precárias, a casa é partilhada por oito/ nove pessoas, incluindo a Vanessa e a filha. Ao nível da estrutura familiar, os seus pais separaram-se quando esta ainda era pequena. Desde tenra idade, Vanessa foi confiada aos cuidados de um familiar da sua mãe, até completar os nove anos. Por essa altura, foi entregue aos cuidados de outros familiares até completar os 11 anos e posteriormente ficou aos cuidados do seu pai que se encontrava a residir em Portugal. Em relação à gravidez, Vanessa conta que se trata de uma consequência do comportamento de risco numa relação fugaz. Não existe ligação emocional entre Vanessa e a sua mãe, apesar de manterem o contacto. A utente descreveu o mesmo em relação ao seu irmão. Propusemos o acompanhamento psicológico e Vanessa

demonstrou estar receptiva, todavia, como existem limitações económicas, as sessões eram quinzenais. Foram realizadas duas sessões e um atendimento em conjunto com a técnica do Atendimento Directo. Dada à situação de dependência e os conflitos familiares, Vanessa decidiu recorrer ao acolhimento institucional. Esta e a sua filha foram acolhidas na residência Casa João Paulo II, pertencente à Instituição. Ao nível do acompanhamento psicológico, alterou-se a periodicidade, passando este a ser semanal. Ao todo foram realizadas mais seis sessões, às quais, Vanessa foi revelando a sua personalidade mas também uma postura imatura, chegando a ser inadequada em relação à sua idade e ao contexto. A experiência na residência tem sido um despertar para várias e diferentes aprendizagens embora, nem sempre a Vanessa reaja em consonância com os objectivos estabelecidos. Existiram situações de tensão entre a Vanessa e uma colega da sua residência, da mesma forma que houve conflitos entre a Vanessa e a técnica de acompanhamento. Porém, ambas as situações foram abordadas e reflectidas mas Vanessa não se mostrou arrependida das suas decisões, antes pelo contrário. Ao nível dos cuidados com a filha, Vanessa não demonstra estar atenta às necessidades básicas da filha e a interacção entre a díade acontece quando Letícia procura conforto ou então, chora para poder ter a atenção da mãe. O facto de estar a viver na residência implica que o acompanhamento psicológico à Vanessa tenha que ser prolongado no tempo, e isso foi-lhe transmitido, apesar de inicialmente a utente sentir-se contrariada, mas acabou por aceitar. Assim sendo, o processo foi passado para uma outra psicóloga. Podemos concluir que este foi fechado, com sucesso terapêutico.

Vânia (nome fictício), 19 anos, sexo feminino, portuguesa, desempregada e primípara. Vânia encontrava-se dependente do namorado e este, por sua vez, encontrava-se dependente da sua família. Assim sendo, a procura institucional deu-se por dificuldades económicas que foram agravadas com a gravidez. Esta situação foi-nos

encaminhada pela técnica do Atendimento Directo, devido ao historial baseado em abusos sexuais. Foi-nos possível apurar, durante o rastreio, que a Vânia e o irmão foram institucionalizados. Esta tinha cinco anos quando foi viver na instituição e regressou aos cuidados maternos quando tinha 11 anos, contudo, o irmão permaneceu mais um ano institucionalizado e posteriormente regressou à casa da mãe. Vânia começou a ser abusada pelo padrasto com 16 anos e estes abusos prolongaram-se no tempo, até esta completar os 19 anos. Aquando da sua saída de casa, Vânia contou à mãe e ao irmão, os abusos sofridos durante os três anos, contudo, o padrasto desmentiu tudo e ameaçou-a de morte, caso regressasse um dia à casa. Vânia e o irmão não têm nenhum contacto com a família paterna e apenas conheceram o pai, quando a Vânia tinha 16/17 anos. A utente referiu-nos que o pai é toxicodependente, assim como toda a sua família, por isso ambos foram proibidos pela mãe, de ter algum tipo de contacto com a família paterna. Desse encontro com o pai, Vânia contou-nos que foi um dia muito emotivo para os três. Voltaram a combinar um almoço com o pai e no dia marcado, este não compareceu. Novamente, Vânia e o irmão perderam o rastro do pai. Actualmente, Vânia encontrava-se grávida do primo do namorado, mas este rejeitou a gravidez. O namorado aceitou a gravidez “por ser alguém da família” (sic). Foi proposto à Vânia o acompanhamento psicológico e esta mostrou-se receptiva. No dia agendado para a sessão, Vânia informou-nos, via contacto telefónico, que não pretende ser acompanhada clinicamente. Em virtude desta decisão, o processo foi fechado, por incumprimento terapêutico.

Eva (nome fictício), 26 anos, sexo feminino, angolana, desempregada e primípara, sendo o nome Andresa (nome fictício) escolhido para a filha. Eva procurou o auxílio institucional devido às dificuldades económicas que foram agravadas com a gravidez. Esta situação foi-nos encaminhada pela técnica do Atendimento Directo sinalizando a fragilizada emocional da Eva, devido à ruptura da relação amorosa mas

também a relação conturbada que mantém com a sua mãe. Foi possível apurar durante o rastreio que Eva encontrava-se grávida de oito meses e meio e que a gravidez não foi planeada, embora seja desejada por si. Quanto à ruptura do relacionamento com o Armando (nome fictício) este deu-se no início da gestação. Armando rejeitou a gravidez e deu-lhe a hipótese de escolher entre ele e o bebé, contudo, a escolha recaiu no seu filho, “por princípios bíblicos” (sic). Eva encontrava-se a residir com a mãe, o padrasto e os irmãos menores, 14 e 12 anos. Em relação ao seu padrasto, Eva relatou que tem uma relação conflituosa, da mesma forma que mantém também uma relação conflituosa com o seu irmão de 14 anos. A utente contou-nos que o irmão a agrediu, enquanto gestante, acertando-lhe com a porta na barriga, por forma a provocar-lhe o aborto. O comportamento do irmão foi corroborado pelos seus pais e fez com que Eva tomasse a decisão de abandonar o lar. Conheceu, recentemente, o seu pai através do skype e é assim que mantem a ligação com este. Dadas as circunstâncias, propusemos à Eva o acompanhamento psicológico ao qual esta mostrou-se receptiva. Contudo, devido às limitações económicas e também ao estado avançado da gestação, as sessões eram quinzenais. Ao todo foram realizadas sete sessões, às quais fomos conhecendo a Eva, a sua personalidade e maneira de estar perante a vida. Apurámos que desde cedo que Eva sofreu de maus tratos e de abusos sexuais, por parte do padrasto e posteriormente por parte de um sobrinho deste. Quanto à relação com a sua mãe, Eva descreveu-a como sendo, conturbada e conflituosa. A utente contou-nos, ainda com muita mágoa, de uma conversa que escutou entre a sua mãe e uma amiga desta, que porventura se tivesse de optar entre a filha e o marido, que a sua escolha recaía no último. No que concerne à sua vida amorosa e relacional, esta foi sempre pautada por relações não saudáveis. Eva mantém activamente, relações ininterruptas, e demonstrando assim a sua dependência emocional e/ou mesmo, a dificuldade em resolver, internamente, a ausência do outro.

Em relação à Andresa, Eva mantém um vínculo afectivo com a sua filha e demonstrou estar atenta quanto às necessidades desta. Ao longo das sessões, Eva foi adquirindo competências para a resolução de conflitos e utilizar estratégias alternativas adequando-as às suas necessidades. O processo foi fechado com sucesso terapêutico.

Alexandra (nome fictício), 24 anos, sexo feminino, são-tomense, desempregada e primípara, Fábio Júnior (nome fictício) é o nome escolhido para o filho. A utente intencionalmente permitiu que os documentos de identificação entrassem na caducidade e por conseguinte, resultou na perda do seu emprego. As dificuldades económicas foram agravadas com a gravidez e fez com que Alexandra recorresse ao auxílio institucional. A situação foi-nos encaminhada pela técnica do Atendimento Directo referindo que Alexandra é vítima de violência doméstica. Apurámos durante o rastreio, que Alexandra conhece o companheiro, Wilson (nome fictício), e mantém uma relação com ele desde os seus 16 anos. Actualmente, esta relação foi desaprovada pela sua mãe. Alexandra e o namorado vieram para Portugal, para prosseguirem os estudos. Depois de alguns anos a estudar em cidades diferentes, o casal decide arrendar um quarto em Lisboa. Porém, com a convivência diária e ao fim de quatro meses de união, iniciaram-se também as agressões físicas e verbais. Alexandra apresentou uma queixa às autoridades e resolveu terminar a relação, todavia acabou por retirar a queixa e reconciliou-se com o Wilson. A utente reportou-nos que o companheiro “gosta muito de mulheres” (sic) e quando é confrontado com alguma situação desconfortável, a sua reacção é agredi-la, mesmo enquanto gestante. Alexandra referiu que a gravidez não foi planeada nem desejada por si, ponderou a hipótese da interrupção voluntária da gravidez, contudo, a posição do companheiro é contrária à sua, e ainda foi ameaçada por este, caso pretendesse ir contra à sua vontade. Wilson é pai, para além do Fábio Júnior, de mais três crianças, todas de mulheres diferentes. Alexandra conhece os descendentes do companheiro e mantém

com eles uma boa relação. Quanto ao relacionamento de ambos, Alexandra referiu-nos que o companheiro mudou o seu comportamento, não a ajuda com as despesas e começou a comportar-se de maneira distante, passando muito tempo com os amigos e deixando de se dedicar à relação. Em relação ao seu pai, Alexandra conheceu-o com 15 anos, sabe que está no país embora refira “foi drogado” (sic). A sua mãe veio para Portugal devido aos problemas de saúde, apesar de terem uma boa relação, porém, esta não quer que a filha mantenha a relação com o Wilson e por conseguinte, existe discórdia e conflitos entre ambas. A mãe de Alexandra mantém uma relação em que é a quarta mulher do companheiro. Dessa relação, resultou um filho. A utente contou-nos que o companheiro da mãe, contudo, reside sozinho na sua casa mas mantém uma relação com todas as mulheres. Quanto à fratria, a sua irmã está a residir no país embora o irmão, apenas por parte da mãe, esteja a residir em S. Tomé. Em virtude do apurado, foi proposto à Alexandra o acompanhamento psicológico ao qual a utente mostrou-se receptiva. Contudo, as sessões seriam quinzenais devido às limitações económicas. No dia marcado, Alexandra não compareceu e não avisou da sua ausência. Posteriormente foi agendado um novo atendimento, em conjunto com a técnica do Atendimento Directo, visto que Alexandra foi sinalizada pelos serviços sociais do hospital. Nesse atendimento, foi colocada a hipótese de Alexandra ser acolhida numa casa abrigo, contudo, esta prefere ponderar e passados alguns dias, recusou. Da mesma forma que recusou ser acompanhada clinicamente. Em atenção à sua decisão, o processo foi fechado, por incumprimento terapêutico.

3.1.5 Orientação Vocacional

A Orientação Vocacional surgiu de uma conversa informal entre a discente e as formandas do Espaço Mãe e foi tida em consideração, o facto de alguns dos elementos do grupo serem adolescentes e não conhecerem as saídas profissionais dos cursos e a

realidade do mercado de trabalho. Os elementos mais velhos, apesar de já terem alguma experiência a nível laboral, contudo, nunca realizaram uma orientação vocacional e existe a necessidade de conhecerem e/ou confirmarem as suas aptidões e os interesses. Nesse sentido, foi sugerida pela discente ao grupo das formandas do Espaço Mãe a oportunidade de ser realizada uma orientação vocacional. Este inicialmente era constituído por 6 elementos, posteriormente na segunda fase, referente à aplicação dos testes, houve uma desistência. A Orientação Vocacional estava dividida em três fases, nomeadamente a primeira fase foi constituída por uma entrevista semi-estruturada. A segunda fase é referente à aplicação dos testes psicotécnicos e a última fase, é a divulgação dos resultados. O grupo é constituído por duas adolescentes, de 14 e 15 anos, e por três jovens mães respectivamente com 20, 27 e 34 anos. Quanto ao país de origem, um dos elementos é português, dois elementos têm origem africana, um elemento é brasileiro e o último elemento tem descendência portuguesa e africana.

3.1.6 Reuniões de Orientação de Estágio

No que concerne às reuniões de orientação de estágio, estas eram semanais com as estagiárias de psicologia e com a Orientadora da Instituição, trata-se de um espaço de partilha de experiências, expectativas, ansiedades e acima de tudo, um espaço informal de aprendizagem.

3.2 Trabalho indirecto:

Acompanhamento das alunas da Escola Móvel, nomeadamente, na promoção dos bons hábitos de estudo e na motivação para a conclusão da escolaridade obrigatória. Acompanhamento de uma utente da Instituição, a Helena (nome fictício) a uma entrevista de selecção efectuada na Instituição de Acolhimento que a mesma se candidata. Esclarecimentos junto dos técnicos dessa Instituição. Por último, a

participação na Feira Social de Barcarena para a promoção e divulgação da Instituição e também na venda de produtos (compotas e bolachas) confeccionados pelas utentes e voluntárias e de lembranças (porta-chaves, canetas, etc.).

3.3 Escolha dos Casos

A escolha e a apresentação no relatório de estágio, do caso da Nadine estão relacionadas com as temáticas envolventes mas sobretudo, pelas dificuldades encontradas quer ao nível do acompanhamento psicológico por ser quinzenal, assim como, o facto da cliente por sua decisão, e apesar de não ter comunicado a mesma, ter optado pela desistência. Outras limitações e frustrações foram também sentidas, nomeadamente, os atrasos da cliente, as suas ausências injustificadas e também a sua ausência devido ao período do pós-parto. Ou seja, o acompanhamento psicológico foi pautado por algumas irregularidades, talvez pelo facto de o próprio pedido não ter partido da cliente, mas antes pela sugestão da técnica. Pode pressupor alegadamente, a falta de motivação e/ou interesse da mesma, ou então, pelo facto de poder pensar que caso não o fizesse, por conseguinte, não obteria a ajuda institucional. Quanto à intervenção, nomeadamente, os objectivos e o plano, estes eram traçados com a cliente tendo por base a relação de ajuda com o propósito de otimizar os recursos pessoais mas respeitando e seguindo o seu próprio ritmo. No geral, a finalidade passa pela promoção do seu bem-estar psicológico, na sua autonomia pessoal mas também no desenvolvimento da capacidade reflexiva. No segundo caso, a avaliação na orientação vocacional, foi escolhida a Dânia, sobretudo pelo seu interesse e disponibilidade demonstrados em todo o processo de avaliação. Foi a cliente que colocou mais dúvidas em relação às saídas profissionais. Para além de ter sido a primeira vez que estava em contacto com a realidade vocacional e as alternativas que poderia escolher para prosseguir com os seus objectivos planeados.

3.4 Acompanhamento Psicológico

A apresentação do caso segue alguns pontos considerados pertinentes da Ficha de Observação Psicológica facultada pela Ajuda de Mãe (ver Anexo 5). Assim sendo, inicia-se com os dados de identificação, a indicação para o acompanhamento psicológico, o acompanhamento psicológico (síntese das sessões), a história pessoal/relações familiares, a vida afectiva/vida sexual, a vida profissional, a vivência da gravidez/projecto de gravidez e maternidade, as hipóteses de diagnóstico, o relatório de avaliação psicológica e a análise do caso. É de salientar as influências da orientadora institucional, a Dra. Sofia Pires, que segue uma vertente psicodinâmica. Contudo, apesar de ser uma influência positiva permitindo o enriquecimento tanto ao nível académico como profissional, foi-nos possível manter a própria orientação, a Abordagem Centrada na Pessoa. Com isso, se depreende que ao se identificar com esta abordagem e a sua formação decorrer nesse sentido, torna-se produtora na medida em que a discente está a potencializar as suas aptidões e conhecimentos. É de realçar que o importante, independentemente das orientações seguidas pelos psicólogos clínicos, é evitar o prejuízo de fazer uma intervenção, quando não existe uma congruência. Por conseguinte, pode acarretar e/ou reforçar os sentimentos negativos, nomeadamente, os de insegurança, de rejeição, de incongruência, entre outros, existentes no cliente.

Dados de Identificação

Nome: Nadine (nome fictício)

Idade: 20 anos

Estado Civil: Solteira

Nacionalidade: Portuguesa

Habilitações Literárias: (desconhecido)

Profissão: Desempregada

Motivo da consulta: foi sugerido à Nadine que falasse com uma psicóloga, devido às fragilidades demonstradas no atendimento social, assim sendo foi sugerido um rastreio psicológico.

INDICAÇÃO PARA O ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO

Não existiu um pedido formulado pela Nadine para o acompanhamento psicológico, mas este foi-lhe sugerido pela técnica (psicóloga) do atendimento social, possível existência de uma perda significativa com repercussões negativas para a utente.

ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO

Breve referência às sessões de acompanhamento psicológico com a Nadine e os pontos relevantes das mesmas. A primeira sessão do acompanhamento psicológico foi agendada para dia 6 de Janeiro de 2012 e pretendia-se conhecer Nadine e a sua problemática, assim como, recolher os dados clínicos necessários, mediante a Ficha de Observação Psicológica facultada pela Instituição. Pretendeu-se também estabelecer o contrato terapêutico, nomeadamente, o compromisso estabelecido entre Nadine e a discente, a marcação e o horário das sessões. É importante referir que devido às dificuldades económicas da Nadine, as sessões foram quinzenais, apesar de ter-lhe sido explicado a importância e os fins terapêuticos que as sessões semanais têm. Nesta sessão, Nadine falou do pai da sua primeira filha e do facto de sentir-se culpabilizada de não ter conseguido impedir o seu suicídio. A segunda sessão foi marcada para dia 13 de Janeiro mas, contudo, Nadine não compareceu como também não avisou. A terceira sessão ficou marcada para dia 3 de Fevereiro e Nadine compareceu. Nesta sessão,

Nadine começou por relatar as agressões físicas, de ambas as partes, do António (nome fictício) na noite anterior e também a sua frustração por encontrar-se grávida de 5 meses e ainda não ser visível a “barriguinha” (sic). Relata a sua relação com o namorado e as dificuldades sentidas ao nível do alojamento e do suporte familiar. A quarta sessão foi marcada para dia 17 de Fevereiro e Nadine não compareceu como também não avisou. Quinta sessão foi marcada para dia 30 de Março mas, contudo, Nadine confundiu os dias e compareceu uma semana mais cedo, no dia 23 de Março. Apesar de não ser o dia da sessão, em atenção ao facto de Nadine encontrar-se fragilizada, conseguimos ter a sessão. Nadine nesta sessão, fez uma comparação entre o Carlos e o António e o quanto às atitudes do último lhe fazem lembrar o falecido namorado. Falou-se um pouco do passado do António e a sua relação com a fratria, assim como os seus pesadelos com Carlos. Foi considerada a sexta sessão no dia 30 de Março e Nadine compareceu. Nesta sessão foi relatado o pesadelo que António teve com o Carlos e Nadine continuou a sessão, reportando as discussões com o namorado. A utente verbalizou que a sua filha assistiu a uma agressão física, por parte do António, e que agora quando chora, que a filha pergunta-lhe se foi agredida ou não. A sétima sessão foi marcada para dia 20 de Abril e Nadine compareceu. Nesta sessão, Nadine falou da mudança do comportamento do namorado, desde a semana passada, e inclusive que este resolveu fazer uma tatuagem com o seu nome. Falou-se da relação de ambos e também do facto de uma das meias-irmãs de Nadine ter sido vítima de violência doméstica. A oitava sessão foi marcada para o dia 27 de Abril e Nadine compareceu, tal como agendado. Nesta sessão, Nadine continuou a relatar as últimas situações vivenciadas com António e referiu que o mesmo resolveu acompanhá-la ao acompanhamento psicológico. Nadine solicitou à psicóloga que falasse com o namorado, assim sendo, os últimos minutos da sessão foram reservados apenas para sensibilizar e consciencializar António, para as alterações

provocadas pela gravidez e a mudança que um filho traz numa relação. A nona sessão ficou marcada para dia 11 de Maio e Nadine compareceu. Nesta sessão, falou-se da discussão do António e a mãe dele e também do facto de este ter decidido sair casa da mãe. Falou-se do pai da Nadine e um pouco da relação dos seus pais, para além de, esta ter mencionado a sua relação com as meias-irmãs. Nesta sessão ficou combinado que seria a Nadine a entrar em contacto com a Instituição, visto que aguardava pelo parto e segundo a sua médica “era apenas uma questão de dias” (sic). A décima sessão ficou agendada para dia 1 de Junho e Nadine compareceu e veio acompanhada da sua bebé. A bebé nasceu no dia 18 de Maio, embora, estivesse prevista para dia 21 de Maio. Falou-se das complicações devido à falta de análises e o facto de ter “feito uma raspagem porque ainda tinha os restos da placenta” (sic). Nadine expressou a necessidade de encontrar um trabalho. A décima primeira sessão foi agendada para dia 8 de Junho, contudo, houve uma alteração dos dias e assim sendo a sessão foi remarcada para dia 15 de Junho e Nadine compareceu. Nesta sessão, foi abordada os conflitos da actual relação da sua mãe e também do facto de Nadine ter tido um comportamento menos adequando, violando a privacidade da mãe, lendo a sua correspondência via correio electrónico. Foi abordada a questão da imagem corporal e da importância que a imagem tem para Nadine. A décima segunda sessão ficou agendada para dia 29 de Junho e Nadine não compareceu como também não avisou. A décima terceira sessão ficou marcada para dia 22 de Agosto, contudo, Nadine não podia comparecer porque já tinha agendado as férias familiares. Nesse dia, Nadine compareceu para pedir auxílio ao nível do banco alimentar e posteriormente não ficou a aguardar a hora do acompanhamento psicológico. Salienta-se que foram feitas diligências, por parte da discente, para entrar em contacto com a Nadine, porém, as mesmas mostraram-se infrutíferas. Findo o tempo de contacto ao longo de uma semana, deu-se por concluído o apoio psicológico por falta

de adesão da Nadine. As descrições das sessões do acompanhamento psicológico encontram-se nos Anexos (Anexo 3).

HISTÓRIA PESSOAL/ RELAÇÕES FAMILIARES

Nadine pouco expressou em relação à sua infância, apenas recorda-se de ter convivido com os pais até aos 2 anos de idade e posteriormente houve a ruptura familiar. Nadine referiu que tem irmãs, por parte do pai, e que ao todo são cinco meias-irmãs. A relação fraterna entre as irmãs não é boa, contudo, até recentemente convivia com uma das irmãs mais novas, mas actualmente acha-a “muito interesseira” (sic). Nadine desde cedo ficou aos cuidados da sua mãe e da avó materna e regularmente passava os fins-de-semana com o pai, mas segundo esta, “por obrigação” (sic). Acerca da sua relação com o pai, Nadine referiu que “é como se não tivesse” (sic) porque alegou que o pai “não quer saber de mim” (sic), de igual forma, alegou que “não considero sincero os mimos do meu pai” (sic). Referiu que o pai encontrava-se desempregado e que depende economicamente das companheiras, ao todo, este já conviveu com quatro mulheres, incluindo a sua mãe, e actualmente encontrava-se a viver uma nova relação. É de salientar, que quando Nadine se expressava acerca do pai, a mesma não demonstrou qualquer emoção e/ou expressão facial, revelando assim a ausência de uma ligação emocional. Em relação à sua mãe, Nadine afirmou que tem uma “grande relação com ela” (sic). Nadine começou por reportar que a mãe já foi casada, muito antes de conhecer o seu pai. Esta relação entrou em ruptura devido à violência doméstica e também aos problemas relacionados com o alcoolismo do marido. Nadine referiu que os pais tiveram o mesmo problema conjugal, a violência doméstica. A utente descobriu, com 10/ 11 anos, que a sua mãe mudou a sua orientação sexual e que as amigas que outrora frequentavam a sua casa, eram na verdade, as namoradas da sua mãe. Em relação à sua avó materna, Nadine apenas referiu que “é como uma mãe” (sic) embora,

tenha referido que a mesma é preconceituosa em relação à tez do namorado e que chegou a “falar mal de mim e do António” (sic). Ao nível das relações interpessoais, Nadine mencionou a amizade com uma amiga, é a que tem acompanhado desde há algum tempo.

VIDA AFECTIVA/ VIDA SEXUAL

Ao nível das relações amorosas, Nadine tinha 16 anos quando conheceu o Carlos, no verão de 2007, pouco depois oficializaram a relação amorosa. Decorrido um ano e três meses de relação, Nadine engravidou, apesar de “ser certinha com a pílula” (sic). Com três meses de gestação, Nadine começou a ser vítima de violência no namoro, sofreu tanto as agressões físicas como as psicológicas. A utente revelou que a gravidez não foi planeada, contudo, foi desejada pelo casal. Posteriormente à filha ter completado um ano de vida, Nadine voltou a engravidar, porém desta vez, a utente optou por viajar à Espanha para proceder à interrupção voluntária da gravidez. Nadine tem contado com o suporte materno para ajudá-la com a filha, porém, conta com mágoa que no dia em que nasceu a Maria (nome fictício), o Carlos não se encontrava presente no hospital, pelo contrário, ele estava num centro comercial com uma “outra rapariga a curtir” (sic). Aos 17 anos, Nadine entregou a Maria aos cuidados da sua mãe e resolveu arrendar um quarto para viver sozinha, nessa altura resolveu terminar a sua relação com o Carlos. A utente reportou que para suportar as despesas inerentes à ser-se independente, viu-se obrigada a desfazer de alguns dos seus pertences, nomeadamente, as joias em ouro e a máquina fotográfica. Posteriormente regressou ao lar materno, em virtude de ter sido ameaçada com uma arma branca pelo Carlos. Depois de inúmeras tentativas, por parte do Carlos, em reatar a relação e devido à sua insistência, Nadine retomou a sua relação. Carlos eventualmente foi residir com Nadine na casa da sua mãe. Contudo, o seu comportamento mudou durante o tempo de estadia em casa da

namorada, Carlos não demonstrava interesse em participar das despesas da casa nem às inerentes à sua filha. E decidiu sair de casa e ir residir na casa de uns amigos. Nadine reportou que a primeira tentativa de suicídio do Carlos ocorreu em Abril de 2010. Carlos entrou em contacto telefónico, com a intenção de despedir-se de Nadine, alegando que se encontrava na linha do comboio e que pretendia suicidar-se, contudo, em conversa, a utente consegue dissuadi-lo a mudar de ideias, evitando assim o pior. Devido a essa tentativa de suicídio, Carlos foi internado durante duas semanas no Hospital Psiquiátrico de Júlio de Matos, alegadamente, diagnosticado com uma psicose. Entretanto durante o seu internamento, Nadine visitava-o regularmente e foi constatando que Carlos piorava a cada dia que passava. Este expressou o seu desejo de abandonar as instalações do hospital, alegando ser vítima de maus tratos, por parte dos outros pacientes. Carlos solicitou e insistiu para que Nadine assinasse um termo de responsabilidade para que pudesse então abandonar o hospital. Contudo, com receio dessa responsabilidade e por ainda ser menor, Nadine começou por contactar com os familiares do namorado, aos quais recusaram. Por último, contactou com o pai do Carlos e este, com alguma hesitação, acabou por assinar o termo de responsabilidade. Carlos saiu do hospital e regressou à casa da namorada, durante esse tempo estava a ser medicado e a ser acompanhado na psiquiatria. Decorrido pouco tempo, Carlos decidiu sair novamente da casa da namorada e resolveu residir com o amigo, que é o padrinho da sua filha. Porém, resolveu abandonar a medicação prescrita assim como as consultas de psiquiatria. Carlos mudou o seu comportamento, passou a ser noctívago e tinha os amigos e outras mulheres como companhia, para além de agora consumir muito álcool. Saturada com a instabilidade do namorado, do seu desinteresse em participar das despesas da filha, Nadine põe termo à relação que já durava há quatro anos. Passados dois meses da ruptura do namoro e após algumas tentativas frustradas de reconciliação,

por parte de Carlos, este voltou a tentar novamente o suicídio, porém desta vez, estava determinado a não mudar de ideias. A segunda tentativa, tal como na primeira, também se deu na linha do comboio, Carlos entrou em contacto telefónico para se despedir de Nadine e pedir-lhe que cuide bem da Maria. Contudo, Nadine tinha regressado à casa, depois de um dia laboral, estava cansada e não se sentia disponível para tolerar a conversa do antigo namorado, assim sendo, resolveu desligar-lhe a chamada. Todavia, Carlos entrou em contacto com a mãe de Nadine, para se despedir e pedir-lhe que cuide das “duas mulheres da vida dele” (sic). E enquanto se despedia, é atropelado pelo comboio e a mãe de Nadine pode aperceber-se de toda a situação. Em desespero saiu de casa, sem que a Nadine se tenha apercebido do sucedido, e vai ao local onde Carlos se suicidou. É importante salientar que a mãe da Nadine já era acompanhada clinicamente tanto em psicologia como em psiquiatria, e que tinha sido diagnosticada, alegadamente, com uma depressão. O facto de este episódio ter acontecido só veio a piorar o estado emocional e psíquico da senhora. Posteriormente Nadine teve conhecimento, através dos amigos, que na véspera do suicídio, Carlos tinha estado a conviver com os amigos, próximo da sua casa, para “beberem e conversarem” (sic) e que manifestou a sua vontade em viajar. Questionado pelos amigos dessa viagem repentina, Carlos apenas respondeu “vou viajar” (sic). Carlos é um jovem de origem angolana e os amigos presumiram que este ia visitar a mãe em Angola, do qual foi separado em criança. A mãe de Carlos não tinha condições monetárias para proporcionar conforto e bem-estar ao filho e tomou a decisão de mandá-lo aos cuidados do pai, que se encontrava a residir em Portugal. Carlos foi aparentemente descrito pelos amigos como “estando muito feliz e particularmente divertido” (sic). Nadine demonstrou sentimentos de remorsos e de culpabilização por não ter conseguido novamente persuadi-lo dessa ideia. A utente afirmou que a última imagem que Carlos teve de si, foi negativa porque foi “bruta” (sic)

e que o “despachou” (sic). Actualmente, Nadine encontrava-se numa nova relação, com o António. Com dois/ três meses de relacionamento, Nadine começou a ser vítima de violência no namoro. Porém, Nadine desvaloriza a situação e referiu que “as agressões do Carlos eram bem piores” (sic), contudo, nesta relação as agressões são mútuas. Decorrido pouco tempo do início do namoro, Nadine voltou a engravidar. Desta vez, Nadine não tomava a pílula. Embora não tivesse sido planeada, ela é desejada por ambos. A segunda gravidez foi vivida com alguma instabilidade tanto ao nível financeiro como emocional. A precariedade laboral do António, não permite ao casal perspectivar alguma segurança e estabilidade. Nadine expressou a sua tristeza quando relatou alguns episódios experienciados pelo casal, nomeadamente, de ter estado a residir durante um mês, nas escadas do prédio da casa da mãe do namorado e o mesmo aconteceu com o António, que ficou a residir nas escadas do prédio da avó da Nadine. E ainda referiu que o namorado não permaneceu mais tempo porque a sua avó denunciou a situação ao administrador do prédio. Acerca da relação que Maria tem com o padrasto, Nadine referiu que é uma boa ligação e que a filha trata-o “por pai” (sic). Em termos de relacionamento, ele é instável provocando dessa forma o sofrimento na Nadine. Por vezes, o António é o centro/ causador dessa instabilidade emocional e relacional. Nadine referiu que “a cabeça diz que o António não é homem para mim, mas o meu coração quer ter uma vida a quatro” (sic). Questionada acerca da sua percepção sobre si mesma, Nadine descreveu-se como sendo uma pessoa “desconfiada, controladora, possessiva e vingativa.” (sic).

VIDA PROFISSIONAL

Nadine encontrava-se desempregada e referiu que estando grávida que dificilmente iria encontrar um trabalho, “nem para call-centers” (sic). Posteriormente ao nascimento da filha, que pretendia arranjar um trabalho.

VIVÊNCIA DA GRAVIDEZ/ PROJECTO DE GRAVIDEZ E MATERNIDADE

Ambas as gravidezes não foram planeadas, contudo, foram desejadas tanto pela Nadine como pelos respectivos pais. Em termos comparativos, quanto à vivência dessas duas experiências, Nadine referiu que a primeira gravidez foi vivida com menos ansiedade. Contudo, ambas foram experienciadas num contexto de violência no namoro. Ao nível do suporte materno, Nadine sabia que não podia contar com esse apoio, porque foi-lhe dito pela sua mãe. A nível do projecto de gravidez e maternidade, foi sugerido à Nadine que tendo em conta o historial, ao nível de violência e à falta de condições necessárias para a vinda do bebé, que seria de ponderar um acolhimento numa Instituição, para dessa forma poder ser autónoma e independente. Contudo, a mesma declinou o pedido de acolhimento. Foi delineada com Nadine, a assistência para os bens necessários à bebé, assim como, ajuda alimentar também para si. Procedeu-se à uma recolha dos equipamentos infantis aos quais Nadine podia estabelecer contacto para deixar a sua filha Nicole. E também foi articulado com o Gabinete de Inserção Profissional (GIP) para que pudesse ser delineado estratégias com vista à obtenção de um trabalho, assim como, para o seu namorado.

HIPÓTESE DE DIAGNÓSTICO

Nadine define-se como sendo uma pessoa “desconfiada, controladora, possessiva e vingativa.” (sic). Contudo, ao longo das sessões de acompanhamento, não nos foi possível observar e/ou apreender essas características, através do seu discurso. Em relação ao seu discurso, este oscilou entre o presente e o passado, apesar de nas descrições, este ter sido coerente e fluido. Ao nível do pensamento, este espelhava a confusão e a desorganização, porque constantemente o tema de conversa era alterado e nalgumas vezes, quando era questionada, Nadine optava por não responder às questões colocadas ou simplesmente, respondia com o silêncio, não aprofundando os temas

abordados. Para Cheniaux (2008) é difícil demarcar a linguagem do pensamento, apesar de serem dois conceitos diferentes. Se a Nadine ao nível da linguagem não apresentava sinais de perturbação, ao nível do pensamento, este em relação à forma e ao conteúdo, pareciam comprometidos. O autor supracitado, em relação à forma, refere que se trata da estrutura do pensamento, ou seja, da relação entre as ideias. E quanto ao conteúdo, expressa o respeito em relação à temática do pensamento. Nadine não apresenta nenhuma alteração ao nível de orientação autopsíquica e alopsíquica. A orientação autopsíquica refere-se à própria pessoa enquanto a orientação alopsíquica faz alusão ao mundo externo, podendo ser ramificado em: orientação temporal, orientação espacial, orientação quanto às pessoas e por último, orientação situacional (Cheniaux, 2008).

Existem algumas situações que merecem a atenção, nomeadamente, o facto de a Nadine ter crescido no seio de uma família desestruturada e da mesma não conseguir com a chegada do novo elemento, criar e/ou promover as condições necessárias para que haja uma mudança na estrutura familiar. Entende-se por tendência actualizante a capacidade que o individuo tem, que lhe permite evoluir e o mesmo se aplica às famílias, isto é, quando permite a mudança das suas potencialidades (Gaylin, 1999; Hipólito, 2011). Assim sendo, a tendência actualizante da família não existiu, levando à ruptura da mesma. Outro factor a ter-se em conta é no pouco/ausência de contacto que Nadine manteve com o pai, ao longo da sua infância, adolescência e vida adulta. Apesar de não se possuir informações suficientes para se afirmar se o mesmo era desinteressado ou ausente. É-se colocado a hipótese que não tendo os vínculos e a segurança afectiva durante os primeiros anos do seu desenvolvimento, que a mesma poderá não ter reunida, as condições necessárias para uma auto-estima positiva, assim como a falta de uma referência masculina significativa. Actualmente, Nadine tem uma baixa auto-estima, sendo ela uma jovem com excesso de peso, tem sido gozada e humilhada pela sua

imagem, até pelos próprios namorados. Nadine teve como figuras significativas a mãe e a avó, ou seja, ambas figuras femininas. Porém, a relação com a mãe é uma relação idealizada, porque não tem o seu apoio e a mesma não tem em consideração às necessidades da filha. Nadine tem uma fraca rede de suporte familiar.

Nadine foi mãe adolescente, esse facto poderá ser considerado factor de um comportamento de risco, porque o conhecimento por parte da mesma das relações promíscuas da mãe, poderá ter contribuído para uma banalização da vida amorosa e sexual. Existe a questão da violência, ou seja, Nadine é vítima de violência no namoro, contudo, essa violência também já foi experienciada pela própria mãe na sua relação com o pai desta e na relação anterior. Existe a hipótese das relações abusivas e da legitimação do comportamento violento terem um carácter geracional na sua família. Segundo CID-10 (1993) podemos encontrar em problemas relacionados com o ambiente social, especificamente, [Z60.1] referente à situação parental atípica, mas também em problemas relacionados a eventos de vida negativos, nomeadamente, [Z61.0] referente à perda de relação afectiva na infância e [Z61.2] referente ao padrão alterado de relações familiares na infância. Outra situação importante a ser mencionada é a ausência de luto, pela perda do pai da sua primeira filha, e a forma traumática como decorreu esse mesmo suicídio. Associado a isso, existe o factor da culpabilização da Nadine, por não ter conseguido evitar esse desfecho. Contudo, apesar das comparações entre o falecido namorado e o actual, esta não voltou a abordar mais a questão do luto, assim sendo, foi respeitada a sua vontade. Quanto à observação da interacção entre a díade mãe e bebé, pode ser considerada uma boa ligação, apesar de esta observação ter sido feita apenas numa sessão do acompanhamento psicológico. Nadine mostrou-se atenta às necessidades da filha, Nicole. A recém-nascida quando emitia algum som,

Nadine procurava confortá-la, tocava na filha, balançava o ovo e procurava manter o contacto visual.

Tendo em conta os factores/ situações colocadas como hipóteses de diagnóstico, não existem informações suficientes para se deduzir que Nadine tenha alguma patologia associada. Adiante, é-se explicado o motivo de não se ter realizado uma avaliação psicológica à mesma.

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

Nadine encontrava-se grávida de 4 meses e meio, assim sendo, não seria de todo aconselhável proceder-se à uma Avaliação Psicológica, porque à luz da Psicologia os dados recolhidos iriam apenas reflectir o seu estado no momento em que foi realizado a avaliação, devido às alterações provocadas pela própria gravidez. Salienta-se que esta directriz foi dada, tanto pela Dra. Sofia Pires, como pela Professora Doutora Mónica Pires.

ANÁLISE DO CASO

Nadine experienciou durante os dois primeiros anos de vida, a violência conjugal existente entre os seus pais. Esta demonstração de violência, entre os pais, afluí à uma modificação do lar, passando este a ser considerada pela criança como um espaço indistinto, ameaçador e inseguro (Margolin & John, 1997 citados por Sani, 2008b). O contexto familiar é percebido pela criança como um ambiente seguro e protector e ambos os progenitores, independentemente de serem vítima ou agressor, são figuras de suporte primário da criança e com à qual esta se identifica (Sani, 1999 citado por Sani, 2008b). Num clima de violência, pode haver uma negligência em relação às necessidades básicas da criança (Margolin, 1998 citado por Sani, 2008b). Todavia, a exposição aos actos de violência não são apenas directos, e por conseguinte, envolvem

outras ações de omissões e/ou negligência das necessidades, tanto biológicas como psicológicas, da criança (Sani, 2008b). O conhecimento das necessidades básicas da criança implica reconhecer que se trata de um ser autônomo, que interage desde o nascimento, a importância da vinculação mãe-filho e a estimulação do meio ambiente por forma a promover um crescimento e desenvolvimento saudáveis (Canha, 2008). Derivado ao conflito conjugal, os progenitores podem descurar-se em relação à educação dos seus filhos, tornarem-se incongruentes e não estarem atentos às necessidades da criança. Contudo, isso pode acarretar consequências negativas ao nível da vinculação e dos relacionamentos com os outros membros da família (Sani, 2008b). Para Emery (1989 citado por Sani, 2008b) esta vivência pode não causar marcas físicas na criança, mas determina sérios problemas ao nível emocional, cognitivo e comportamental. Canha (2008) enumera as importantes sequelas, a longo prazo, encontradas nas crianças, nomeadamente, os atrasos ao nível de crescimento, de desenvolvimento e da linguagem, os problemas cognitivos, as complicações ao nível das relações entre pares e com os adultos, o insucesso escolar, as perturbações de personalidade, os comportamentos sociais de risco, a baixa auto-estima, a depreciação da expectativa pessoal e profissional, o aumento da delinquência e da criminalidade. Não obstante, a convivência diária num ambiente em que predomina a violência e os conflitos, promove na criança a aquisição de modelos deturpados, e que porventura, irá ser transmitido à próxima geração (Antunes, 2002; Canha, 2008). Nessa perspectiva é importante realçar a teoria intergeracional da violência em que defende que uma criança ao ser vítima na sua infância, pode ter no futuro, maiores verosimilhanças de perpetuar esse mesmo ciclo experienciado (Manual Alcipe).

Em relação à Nadine, esse ciclo continua a ser perpetuado, existindo nas suas relações de namoro, violência tanto psicológica como física. Foi realizada algumas

acções de sensibilização acerca da temática da “Violência no namoro” tanto na sede da Ajuda de Mãe como no Gabinete 6 de Maio. E nesse sentido, a Nadine foi convidada a participar e a mesma mostrou-se interessada e disponível para assistir. Em contexto de formação, partilhou algumas experiências, tal como as outras participantes. Posteriormente, no acompanhamento psicológico, quando questionada acerca da formação, Nadine respondeu que “já conhecia a teoria, contudo, a prática é mais difícil” (sic). Nesse sentido, Rogers (1951; 2004) menciona que a única aprendizagem, que de certa forma se torna relevante e significativa, é aquela em que é efectuada pelo próprio indivíduo, num processo de auto-descoberta. Porém, esta aprendizagem pode não ocorrer, quando não existe intenção de apreender sobre determinadas temáticas.

Para Samson (2010) os primeiros relacionamentos amorosos têm uma carga importante para a vida, nomeadamente, estes actuam em áreas como a auto-estima, a qualidade dos contactos com os outros indivíduos, o desempenho profissional e até mesmo a capacidade para deleitar-se com a vida. Nesse sentido, é importante salientar que a Nadine contou a experiência da sua relação com os dois namorados. Apesar de não se possuir informações se para além dos respectivos pais das suas filhas, se entretanto, existiu mais algum namorado na sua vida. Corroborando o autor anteriormente citado, a Nadine tem uma baixa auto-estima, assim como excesso de peso. Por conseguinte, Nadine tem sido alvo de humilhações pela sua imagem corporal, até pelos próprios namorados. Caridade e Machado (2006) espelham a ideia de que as relações maritais violentas, como resultante, derivam de namoros violentos. Em que o agressor tem por objectivo, exercer o seu controlo e restringir a autonomia à sua vítima.

É importante reflectir sobre a perda que Nadine sofreu com a morte abrupta do pai da Maria. Apesar de ter havido uma ruptura relacional entre ambos, antes do suicídio, contudo, a forma como o mesmo se processou deixou sequelas tanto na Nadine

como na sua mãe. Em relação à Maria, não existem informações de como foi abordada a questão do falecimento do seu pai, assim como, se desconhece a reacção da menina à notícia. Rosenblatt (2003) descreve alguns dos sentimentos de pesar, designadamente, o choro, a ira, a tristeza e a agressão. E realça o facto de, nalgumas culturas, o conversar ser uma forma de lidar com a perda e o luto. Para Rebelo (2009) o luto resume-se à extinção dos sentimentos e afectos que um cônjuge ainda sente pelo outro. Trata-se de (re)encontrar paz consigo mesmo, mas também, permitir-se à abertura de novas relações. De acordo com Bowlby (1973; 2004) o processo de luto é difícil e a pessoa enlutada experiencia por quatro fases distintas, são elas, o entorpecimento, o anseio e busca da figura perdida: a raiva, a desorganização e desespero e, por último, a reorganização. Assim sendo, segundo a mesma fonte, a fase do entorpecimento é a fase do choque inicial. A esta primeira fase, pode corresponder a alguns sentimentos, nomeadamente, ataques de pânico ou então, a crises de raiva. A segunda fase, o anseio e a busca da figura perdida: a raiva, corresponde a própria noção da realidade. Nesta fase, a pessoa enlutada apreende como definitiva a ausência do cônjuge. Na terceira fase, a desorganização e o desespero, de certa forma, correspondem à essa noção da própria realidade. Isso resume-se ao facto da pessoa que faleceu não regressar à vida e a pessoa enlutada expressar os sentimentos e as variações de estado de humor, por sua vez, considerados normais. A última fase corresponde à reorganização, trata-se da organização e da redefinição. Ou seja, isso implica que o cônjuge perdeu a esperança de voltar a recuperar a pessoa amada e, por conseguinte, começa a planear e a seguir com a sua vida. Quanto ao luto, ou a ausência do mesmo, foi abordada na primeira sessão com a Nadine, porventura, nas sessões posteriores, a cliente não demonstrou interesse nem vontade de falar sobre o assunto. Apesar de o antigo namorado ter sido uma referência

constante ao longo do processo de acompanhamento, a vontade da Nadine foi respeitada.

Dada a história e o percurso de vida da Nadine, considera-se que a cliente iria beneficiar se predispusesse a um acompanhamento psicológico, designadamente, na terapia individual centrada na pessoa. Em relação à Abordagem Centrada na Pessoa, Nunes (s.d., p.34) refere o seguinte:

Rogers desenvolve uma teoria sobre terapia e mudanças terapêuticas na personalidade, a qual designou de Terapia Centrada no Cliente, e que assenta em três pilares fundamentais: o conceito de tendência actualizante, o conceito de não-directividade e a hipótese da existência das seis condições necessárias e suficientes para que se verifique a mudança terapêutica.

E no mesmo sentido, Bozarth (1998; 2001) refere quanto à abordagem centrada na pessoa, que a ênfase é colocada na pessoa que está em sofrimento. Porventura, o cliente procura ajuda psicológica devido ao misto de sentimentos negativos, nomeadamente, mostra-se confuso com os sentimentos, mas também ansioso e vulnerável. Por sua vez, ao deparar-se com um terapeuta que ao longo do processo psicológico demonstre a congruência, o olhar incondicional positivo e a compreensão empática, segundo o quadro de referências do cliente, estas condições funcionam como um catalisador. Por conseguinte, podem proporcionar ao cliente um processo de crescimento pessoal, facilitando o seu processo de auto-actualização. Quanto ao conceito de tendência actualizante, segundo a mesma fonte, isso traduz-se na aptidão do desenvolvimento e de crescimento do próprio cliente. Mas para Schultz & Schultz (2006) deve existir uma responsabilidade do cliente pela sua melhoria e não no terapeuta. Ou seja, os autores defendem que a abordagem centrada na pessoa, pressupõe

que os clientes são competentes, e que de forma consciente e racional, possam mudar tanto a sua vida como os seus pensamentos e comportamentos, modificando-os para positivo e desejável.

Em relação ao conceito de tendência actualizante, pode-se inferir que a Nadine tem noção da situação ao nível dos abusos no contexto relacional, porém, refere “a cabeça diz que o António não é homem para mim, mas o meu coração quer ter uma vida a quatro” (sic). Quanto às mudanças verificadas ao longo do processo do acompanhamento psicológico, pode-se mencionar que a Nadine de forma gradual se tornou espontânea e também mais à vontade na relação terapêutica. Contudo, essas mudanças estavam limitadas devido a alguns factores, nomeadamente, a periodicidade dos acompanhamentos, as ausências injustificadas, mas também, do facto de o pedido não ter sido realizado pela Nadine. Como consequência, existiu desinteresse e falta de motivação e sem avisos, decidi abandonar a relação terapêutica.

A postura da Nadine obrigou a uma reflexão por parte da discente. Assim sendo, foi efectuado um questionamento do desempenho e da postura da discente face às clientes. Pode-se colocar as seguintes hipóteses para a interrupção abrupta desta relação terapêutica, nomeadamente, o facto da discente ser uma psicóloga em fase embrionária e não conseguir transmitir a aceitação incondicional positiva; o incentivar a Nadine a reflectir, em conjunto com a discente, os sentimentos e as experiências dolorosas da sua vida, permitindo-lhe o *insight*, por conseguinte, causando ainda mais sofrimento com a noção da realidade e a outra hipótese a ser ponderada consiste na periodicidade dos acompanhamentos realizados. Talvez, ao tentar ultrapassar o obstáculo das limitações económicas da Nadine e realizar as sessões de acompanhamento de forma quinzenal, pode ter produzido o efeito reverso. Ou seja, pode ter existido um período suscetível a desmotivação e desinteresse da cliente.

3.5 Avaliação em Orientação Vocacional

Dados de Identificação:

Nome: Dânia (nome fictício)

Idade: 15

Estado Civil: Solteira

Nacionalidade: Portuguesa

Habilitações Literárias: Frequência do 7º ano

Profissão: Estudante

Motivo da consulta: Orientação Vocacional

PEDIDO

A Orientação Vocacional surgiu da necessidade do grupo, constituído pelas formandas do Espaço Mãe, de conhecerem as saídas profissionais existentes, mas sobretudo, de (re) conhecerem as suas aptidões e os interesses, para dessa forma adequa-los quanto à sua expectativa profissional e pessoal.

ORIENTAÇÃO VOCACIONAL

Tal como já foi mencionado, a Orientação Vocacional foi dividida em três fases, sendo a primeira a realização de uma entrevista semi-estruturada. A segunda fase trata-se da aplicação dos testes, sendo eles, o IPP (orientação escolar e profissional), o PMA (aptidões – baterias gerais) e por último, o 16PF5 (personalidade – questionários). A última fase prende-se com a devolução dos resultados obtidos pelas formandas.

ENTREVISTA

A entrevista da Orientação Vocacional foi aplicada tendo em conta, uma para as jovens adultas e outra para as adolescentes. Assim sendo, as entrevistas eram semi-estruturadas e a sua pertinência prende-se com o conhecer os gostos e as preferências das formandas, quais as dificuldades encontradas na escolha da profissão e/ ou as dificuldades escolares, entre outras questões relevantes (ver Anexo 6).

TESTES APLICADOS

Foram tidos em consideração, para a escolha dos testes a serem aplicados, a diversidade de idades, às habilitações literárias e o facto de poder ser aplicado enquanto grupo. Assim sendo, primeiramente foi realizado uma entrevista semi-estruturada, posteriormente foram aplicados os testes de IPP (orientação escolar e profissional), o PMA (aptidões – baterias gerais) e por último, o 16PF5 (personalidade – questionários).

O teste do IPP (Interesses e Preferências Profissionais) foi criado pela Maria Victoria de la Cruz e validado para a população portuguesa pelos autores Alexandra Figueiredo de Barros e Isabel Diogo. Este consiste num inventário que avalia os interesses dos adolescentes e adultos em relação a 17 campos profissionais, sendo estes, o científico-experimental, o científico-técnico, o científico-sanitário, o teórico-humanista, o literário, o psicopedagógico, o político-social, o económico-empresarial, o persuasivo-comercial, o administrativo, o desportivo, o agropecuário, o artístico-musical, o artístico-plástico, o militar-segurança, o aventura-risco e por último, o mecânico-manual. O objectivo da aplicação deste teste é elaborar o perfil do participante especificando as suas preferências por actividades e profissões e verificar se existem discrepâncias ou não entre as pontuações obtidas (Barros & Diogo, 1995).

O teste das PMA (Aptidões Mentais Primárias) foi criado pelo L.L. Thurstone e validado para a população portuguesa pelos autores António Menezes Rocha e Maria

Helena Coelho. Este teste consiste numa bateria que avalia os cinco factores básicos da inteligência, são estes, a compreensão verbal, a aptidão espacial, a aptidão numérica, o raciocínio lógico e por último, a fluência verbal. A aplicação deste teste deve-se ao facto do mesmo permitir elaborar com rapidez o perfil de aptidões do participante (Rocha & Coelho, 2001).

Por último, o teste de 16PF5 (Questionário factorial de personalidade de Cattell) que foi criado pelo R. B. Cattell et al. e foi validado para a população portuguesa pela autora Alexandra Figueiredo de Barros. O teste consiste num questionário com 185 itens por forma a avaliar as 16 dimensões primárias, que são: a afabilidade, o raciocínio, a estabilidade, a dominância, a animação, a atenção às normas, o atrevimento, a sensibilidade, a vigilância, a abstracção, a privacidade, a apreensão, a abertura à mudança, a auto-suficiência, o perfeccionismo e a tensão. Este teste permite apurar informações no que toca ao potencial de liderança, a criatividade, a empatia, as competências sociais, a auto-estima e também a capacidade de adaptação do participante (Barros, 1998). Os testes foram aplicados à Dânia nos seguintes dias 3, 6 e 17 de Julho de 2012 e a devolução dos resultados foi realizado no dia 27 de Julho de 2012.

ANÁLISE DOS RESULTADOS

Na entrevista semi-estruturada realizada à Dânia se apurou que foi conduzida pela curiosidade para saber em que consistia a orientação vocacional. Questionada sobre quem é a Dânia, esta responde de forma sucinta: “Tenho 15 anos; fui retirada pela PSP da casa da minha mãe e fui colocada numa instituição; tenho um filho com 4 meses; tenho um irmão gémeo; tenho um irmão com 5 anos e uma irmã com 29 anos; o meu pai maltratava-me; conheci o meu pai aos 12 anos; quero voltar para a minha casa com o meu filho.” (sic). Outra questão colocada: se neste momento ao ser questionada se a

mesma se conhecia, Dânia replica “tenho dificuldade em saber quem sou” (sic). Apurou-se ainda que ao nível de profissões, Dânia gostava de ser psicóloga, trabalhar com as crianças ou então, gosta de trabalhos administrativos (ver Anexo 6). Ao longo da entrevista semi-estruturada, Dânia manteve-se bem-disposta, atenta e disponível para responder as questões colocadas. Em relação à aplicação dos testes psicológicos, durante a observação, a Dânia esteve vígil, com actividade motora normal, mostrando interesse e cooperando no exame e estabeleceu uma relação simpática com a discente.

No teste de IPP, a Dânia manifesta preferência pelas áreas de Literário e Artístico – Musical e menos preferência pelas áreas de Científico Experimental e Científico Técnico. Assim sendo na área do Literário podemos encontrar profissões cuja responsabilidade consistem em escrever obras de diferentes géneros literários para a representação ou publicação, escrever críticas de obras literárias, artísticas ou musicais. Escrever, preparar e seleccionar informações para publicação em jornais e revistas ou para difusão via rádio, televisão, etc. Podemos encontrar profissões, tais como, escritor, romancista, guionista de rádio, televisão, entre outros. Na área do Artístico – Musical encontramos profissões cuja responsabilidade consiste em compor, dirigir ou interpretar obras musicais no teatro, cinema, rádio, televisão, entre outras coisas. Neste domínio estão profissões, tais como, compositor de música moderna, autor e intérprete de canções, cantor de ópera, director de orquestra, entre outros.

Em relação as áreas com menos preferência, predominam a área do Científico Experimental e do Científico Técnico. A área do Científico Experimental engloba profissões cuja responsabilidade consistem em investigar e realizar experiências em diversas áreas da ciência. Assim sendo, podemos encontrar profissões, tais como, geólogo, físico, químico, astrónomo, psicólogo, matemático, entre outros. Por último, a área do Científico Técnico abrange profissões cuja responsabilidade consistem em

utilizar de conhecimentos científicos na indústria. Projectar e dirigir a construção de edifícios, zonas urbanas ou comerciais, bairros, parques, zonas de recreio, carris ferroviários, pontes, entre outras coisas. Neste domínio encontramos profissões, tais como, arquitecto, engenheiro, controlador aéreo e piloto (Barros & Diogo, 1995).

No teste de PMA, Dânia apresenta capacidades medianas, entre o percentil 50 a 74, relativas as aptidões da compreensão verbal e fluência verbal. E apresenta baixas capacidades, com o percentil abaixo dos 25, nas aptidões relativas a raciocínio lógico e cálculo numérico. As aptidões da compreensão verbal consistem na capacidade de captar ideias expressas através da linguagem, tanto na escrita como na oral. A área funcional onde predominam esta aptidão encontra-se o secretariado, as vendas, o ensino, a magistratura, entre outras. Em relação à fluência verbal, consiste na capacidade para expressar com facilidade e desembaraço as ideias. Profissões em que esta aptidão predomina encontram-se no actor, hospedeira de bordo, escritor, jornalista, entre outras.

Em relação às aptidões que Dânia apresenta baixas capacidades, temos a aptidão do raciocínio lógico, esta consiste na capacidade para seguir um processo discursivo, descobrindo a relação causal que existe entre diversos factos ou ideias. Esta aptidão é necessária em áreas como a medicina, o ensino, a magistratura, entre outras. E por último, a aptidão do cálculo numérico consiste na capacidade para manejar números e para resolver, rápida e acertadamente, problemas quantitativos simples. Neste domínio encontramos profissões, tais como, os bancários, os técnicos de estatística, os contabilistas, entre outros (Rocha & Coelho, 2001).

Por último, o teste aplicado foi o 16PF5. Este teste está dividido em três grupos de resposta, que são eles, os estilos de resposta, as dimensões globais e as escalas primárias. Em relação aos estilos de resposta, Dânia apresenta um pico muito acima da

média, entre o percentil 7,5 a 9,5 correspondente a aquiescência. Relativamente a escala de aquiescência, esta mede a tendência para dar resposta “verdadeiro” a muitos itens, independentemente do conteúdo verbal dos mesmos. Poderia também ser um índice de incongruência do sujeito que afirma conteúdos díspares, ou reflecte uma má imagem de si mesmo ou tem uma grande necessidade de aprovação, neste caso por parte da discente. Em relação a escala da manipulação da imagem, esta situa-se muito abaixo da média, mais precisamente entre o percentil 1,5 a 3,5. A baixa pontuação nesta escala pode significar a necessidade que a participante tem em não admitir traços ou condutas socialmente não desejáveis. No que toca ao grupo de resposta das dimensões globais, Dânia apresenta um pico médio, entre o percentil 5,5 a 7,5 em relação a escala da ansiedade. E as restantes escalas situam-se todas entre o percentil 3,5 a 5,5 sendo que as escalas de extroversão e autocontrolo são proporcionais e situam-se próximas do percentil 3,5 e as escalas da dureza e independência, também ambas proporcionais, situam-se próximas do percentil 5,5. Em relação a escala da ansiedade, podemos considerar a Dânia como sendo uma pessoa perturbável e muito ansiosa. E analisando a escala da extroversão, podemos considerar a participante como sendo uma pessoa introvertida e socialmente inibida. E em relação a escala de autocontrolo, podemos considerar que a Dânia é uma jovem que não se reprime e que segue os seus impulsos. O último grupo de respostas a ser analisado é o de escalas primárias. Assim sendo, a participante apresenta um pico alto, entre o percentil 7,5 e 9,5 em relação a escala de abstracção e dois picos abaixo da média, entre o percentil 1,5 e 3, 5 em relação as escalas de afabilidade e perfeccionismo. Em relação a escala de abstracção, relaciona-se com o tipo de coisas que ocupam a atenção e o pensamento de uma pessoa, ou seja, o sujeito abstraído (M +) está mais orientado para os processos mentais e para as ideias que para os processos práticos. Assim sendo podemos considerar a Dânia como sendo,

abstraída, imaginativa e idealista. A escala M tem um impacto negativo na dimensão global de Auto – Controlo, o que significa que a pessoa abstraída (M +) é pouco auto – controlada. Atendendo ao conteúdo dos itens, a pessoa M+ admite que dá mais atenção aos pensamentos e à imaginação que às coisas práticas que a rodeiam, que às vezes se encontra tão centrada nos seus pensamentos que perde a noção do tempo e desorganiza ou não encontra as suas coisas, e que às vezes negligencia os detalhes práticos, porque está muito interessada nas ideias. Em relação as escalas de afabilidade e perfeccionismo podem-se considerar que na escala da afabilidade é sublinhada a tendência que vai desde ser uma pessoa social e interpessoalmente reservada até estar emocionalmente ligada aos outros; ambos os pólos correspondem a uma característica da personalidade normal. A pessoa A- tende a ser cautelosa nos seus contactos; costuma gostar do trabalho solitário, e frequentemente este é de tipo mecânico, intelectual ou artístico. Um sujeito com uma pontuação baixa pode sentir-se pouco confortável em situações em que se estabelece frequentemente relações interpessoais e onde se manifestam emoções ou sentimentos. Uma pontuação muito baixa também pode sugerir, nalguns casos, um historial de relações interpessoais desagradáveis e pouco satisfatórias. Assim sendo, podemos considerar Dânia como uma pessoa impessoal e distante. Na escala do perfeccionismo, uma pessoa Q3- tende a deixar as tarefas ao acaso e sente-se mais confortável numa situação sem muita ordem; contudo, esta pessoa Q3- pode ser considerada preguiçosa, desorganizada e com falta de preparação para tarefas mais exigentes. Em geral, não tem uma evidente motivação para se comportar de forma planeada e organizada, especialmente se isso não for importante para ela. Assim sendo, podemos considerar a estudante como uma pessoa flexível e tolerante com a desordem ou com os erros. Considerando o conteúdo dos itens, a pessoa Q3- afirma que não lhe importa com tarefas mínimas como a arrumação da casa, o que necessita de fazer para

uma determinada tarefa ou então, que alguns trabalhos não deveriam ser feitos tão cuidadosamente como outros (Barros, 1998).

ANÁLISE CLÍNICA

Dânia verbalizou na entrevista semi-estruturada que gostava de seguir psicologia, que gosta de trabalhar com crianças mas também gosta de trabalhos administrativos. Assim sendo, no teste do IPP foi apurado que uma das áreas que Dânia tem menos preferência, o Científico Experimental, engloba a psicologia. Quanto aos interesses, manifesta preferência pelas áreas de Literário e Artístico – Musical. Depois de termos concluído a entrevista, Dânia verbalizou o seu sonho de tornar-se numa escritora. No teste de PMA foi apurado que ao nível de aptidões, esta apresenta capacidades medianas relativas a compreensão verbal e fluência verbal. Assim sendo, uma das áreas funcionais que exigem uma boa compreensão verbal é o secretariado. E quanto a fluência verbal, podemos encontrar a profissão de escritor. No teste do 16PF5, relativamente à personalidade, em traços gerais, no que respeita aos estilos de resposta, Dânia tem a tendência para dar como resposta “verdadeira” a muitos itens, independentemente do conteúdo verbal dos mesmos. Quanto às dimensões globais, destaca-se a escala de ansiedade, considerando que Dânia tem a tendência a ser uma pessoa perturbável e muito ansiosa. Por último, no que respeita às escalas primárias, a Dânia revela ter uma postura abstraída, imaginativa e idealista; contudo, pode ser também considerada impessoal e distante; e uma pessoa flexível e tolerante com a desordem ou com os erros.

Considera-se que Dânia pode beneficiar de um acompanhamento psicológico, nomeadamente de uma terapia centrada na pessoa. Essa sugestão assenta em alguns factores considerados de risco, nomeadamente, no facto de ter sido retirada em criança

para ser institucionalizada; ser mãe adolescente, aquando da entrevista Dânia tinha um bebé com quatro meses; ter sido vítima de maus tratos em criança pelo pai e referiu que o conheceu quando tinha 12 anos. Posteriormente, em contexto de formação, foi apurado que a mesma tinha sido abusada sexualmente pelo pai. Apesar de não se possuir mais informações, nomeadamente, acerca da duração dos abusos e por conseguinte, se existiu ou não, uma denúncia às autoridades competentes.

É pertinente reforçar que não foi possível obter mais informações acerca da história pessoal e familiar de Dânia, visto tratar-se de uma avaliação em orientação vocacional. Neste sentido, o papel da discente é claro e o objectivo era a recolha de informações em relação aos seus interesses, aptidões e motivações. Contudo, não se pretende isolar essa avaliação em relação à pessoa e às suas experiências de vida. Mas não tinha de todo a finalidade em aprofundar as problemáticas da sua vida. Salienta-se que a avaliação num contexto de intervenção vocacional tem um estatuto e relevância próprios dentro da Psicologia. Por sua vez, tem por base os princípios, as técnicas e os instrumentos que são adequados às necessidades dos indivíduos (Duarte, 2011).

É importante reflectir e questionar em que condição a Dânia foi retirada do contexto familiar, qual a sua idade aquando do acontecimento e a duração da institucionalização. E em relação ao seu irmão gémeo, se o mesmo foi retirado e se ambos ficaram juntos ou não, na instituição de acolhimento. E em relação à restante fratria, se tiveram a mesma experiência de vida ou não. Segundo Trigo e Alberto (2010) a atenção acerca da temática da institucionalização de crianças e jovens tem vindo a despertar interesse tanto ao nível científico como no geral. As autoras se questionam acerca do contributo da investigação científica e acrescentam o impacto negativo que esta contribuição tem tido na temática. Nesse sentido, tem proliferado “visões marcadamente pessimistas, e frequentemente lineares, sobre esta realidade,

caracterizada pela complexidade e multidimensionalidade, que comporta, simultaneamente, riscos elevados, mas também oportunidades significativas para a promoção do desenvolvimento global das crianças e jovens que são acolhidos nas instituições” (Trigo & Alberto, 2010, p. 125). Wolff e Fesseha (1998 citados por Trigo & Alberto, 2010) comentam que existe uma ideia generalizada de que a criança pode vir a desenvolver, no futuro, atrasos ao nível do desenvolvimento cognitivo e sérias psicopatologias, devido a institucionalização ser realizada em idades precoces e também por longos períodos de tempo. Porém, McCall (1999 citado por Trigo & Alberto, 2010) procede a uma revisão crítica da investigação que tem sido realizada acerca dos efeitos psicológicos da institucionalização, nomeadamente, na institucionalização da criança em idade precoce e por um longo período de tempo. E questiona acerca da veracidade das investigações, designadamente, na adequação e na rigorosidade das metodologias utilizadas, garantindo dessa forma a validade interna e externa da investigação. Silva (2004 citado por Trigo & Alberto, 2010) afirma que perante a adversidade de retirar-se uma criança à sua família e posteriormente, a sua institucionalização, por conseguinte, pode haver crianças que apresentam uma maior vulnerabilidade, assim como, crianças que apresentam uma maior resiliência.

Aliado ao facto de ter sido institucionalizada e desconhecer-se o impacto dessa experiência na sua vida, Dânia também é uma mãe adolescente. Segundo Oliveira (2000 citado por Xarepe, 2002) a adolescente ao experienciar a gravidez e a maternidade, pode ser ou não aceite, dependendo da cultura em que se insere. Se por um lado, nalgumas culturas, a maternidade precoce é aceite e desejada, para além de conferir a adolescente o estatuto de adulta. Por outro, as justificações para esse comportamento poderão ser explicadas através do desejo manifestado pela adolescente em desafiar a família e a ausência de afectos. O autor refere que ser-se adolescente e adicionalmente, descobrir-

se que se está grávida, que se trata de um choque emocional, que pode culminar numa sobrecarga psíquica. Xarepe (2002) refere que o impacto da gravidez varia consoante a adolescente, designadamente, através da sua idade, da personalidade, do contexto sociocultural, do envolvimento afectivo, assim como do seu suporte social. A autora acrescenta que por diversos motivos, quer sejam de ordem pessoal, cultural ou económico, que a gravidez na adolescência é um fenómeno que irá perdurar. Contudo, cabe a adolescente a tomada de decisão, de forma consciente, a escolha em prosseguir, ou não a gravidez.

Figueiredo (2000) refere que existem consequências desfavoráveis no desenvolvimento tanto do bebé como no da adolescente. Em relação ao desenvolvimento do bebé, foram realizados diversos estudos, no sentido de compararem as crianças de mães adolescentes com as crianças de mães adultas. Desses estudos, concluíram que, existe um: maior número de complicações obstétricas e médicas. Mas também, baixo peso à nascença, a prematuridade, a mortalidade neo-natal, os atrasos no desenvolvimento cognitivo, baixo rendimento escolar e problemas de comportamento das crianças das mães adolescentes (Apfel & Seitz, 1997; Hann, Osofsky & Lump, 1996; Miller, Miceli, Whitman & Borkowski, 1996 citados por Figueiredo, 2000). Em relação as consequências desfavoráveis na adolescente, os estudos apontam: o nível menos elevado de ensino, as dificuldades económicas, o desemprego, o emprego mal remunerado, a instabilidade no emprego, o divórcio, a monoparentalidade, a segunda gravidez e também os problemas psicológicos (Furstenberg, Brooks-Gunn & Morgan, 1987; Gunter & LaBarba, 1981; Holden, Nelson, Velasquez & Ritchie, 1997; Lieberman, 1980; Morrison & Jensen, 1982; Thomas & Rickel, 1995 citados por Figueiredo, 2000). Correia (1998) refere que o modo como a mulher experiencia a gravidez e a maternidade, pode por um lado, ter com a influência que a vertente cultural

exerce no sentir e no agir. Pelo outro, pode estar relacionado com a parte intrínseca da própria mulher, ou seja, as características da sua própria personalidade. Em relação à Dânia desconhece-se a sua reacção a notícia, assim como dos restantes membros da família e do pai da criança. Desconhece-se como foi vivenciada a gravidez, as dificuldades enfrentadas e os obstáculos ultrapassados, assim como a relação estabelecida entre a díade.

Por último, é pertinente reflectir acerca dos maus tratos, da negligência e do abuso sexual do qual Dânia foi vítima. Canha (2008) refere que os maus tratos infantis podem ser classificados como: mau trato físico e psicológico, a negligência, o abuso sexual, o abandono, a rejeição, a síndrome de Munchausen por procuração, a prática da mendicância, a exploração pelo trabalho e a prostituição infantil. Em particular, para a análise do caso de Dânia, pretende-se apenas explorar os maus tratos físicos e psicológicos, a negligência e o abuso sexual. Assim sendo, para Canha (2008) o mau trato físico é todo aquele acto que inflige ferimentos, as equimoses e hematomas, as queimaduras, as fracturas, os traumatismos cranioencefálicos, a sufocação, o afogamento e também as intoxicações. Para a autora, o mau trato psicológico traduz-se na incapacidade de proporcionar à criança, um espaço de bem-estar emocional e afectivo, para além da tranquilidade. Neste tipo de mau trato estão incluídas, as censuras e humilhações verbais frequentes, a ausência de afectos, os episódios de violência e conflito familiar que causam terror e medo. Quanto a negligência, para a autora, consiste na incapacidade de suprir as necessidades básicas da criança, nomeadamente, a alimentação, a higiene, o afecto, a saúde e a vigilância, que são essenciais para que se desenvolva e cresça de forma sadia. Por último, a autora refere que o abuso sexual compreende a participação, sob coacção de força ou ameaça, da criança ou do adolescente em actividades que visam a satisfação sexual do adulto. Nesta definição

estão incluídas, a participação de crianças em actos de exibicionismo, fotografias ou filmes pornográficos, contactos com os órgãos sexuais, prática de penetrações anais e/ou vaginais, para além de outras práticas sexuais consideradas aberrantes. Ainda de acordo com a mesma fonte, salienta-se a informação que uma criança pode ser abusada sexualmente, sem que com isso, demonstre lesões físicas, designadamente, nos órgãos genitais. Carmo (2000 citado por Machado, 2008) refere que o Código Penal português identifica o abuso sexual a crianças como qualquer actividade sexual de relevo que seja praticado com uma criança, menor de 14 anos. Ainda de acordo com a mesma fonte, a imposição do limite legal pressupõe que a criança, menor de 14 anos, não tem a noção e a capacidade de autodeterminação da sua conduta sexual. Independentemente, de poder haver ou não, recurso à violência, a actividade sexual é passível de lesar o seu desenvolvimento.

Ao longo da análise e reflexão em torno da Dânia, e tendo em conta a sugestão inicial considera-se importante que tenha o devido acompanhamento psicológico. Trata-se de uma jovem com um passado traumático e agora mãe de um bebé, que na altura tinha os quatro meses. É importante salientar que a teoria centrada na pessoa é uma experiência que permite as pessoas, a auto-ajuda, e para isso, estabelecia-se ou (re) estabelecia-se com o seu processo organísmico de valoração. Este processo permite servir de guia para um desenvolvimento saudável. Assim sendo, esta terapia é centrada na pessoa, nos seus *insights*, na sua experiência de vida e no seu quadro de referências. Como tal, dá-se importância aos sentimentos da pessoa e pretende-se que esta tenha a capacidade para o crescimento, proporcionando assim, a tendência actualizante no cliente (Cloninger, 2003). Em jeito de conclusão, o que foi apurado ao nível da entrevista e dos resultados obtidos na aplicação dos testes, pode-se concluir que existe uma discrepância entre os interesses de Dânia e as suas aptidões. Em primeiro lugar,

pode ser importante para Dânia a conclusão dos estudos através de uma formação profissionalizante. Por um lado, concluía a escolaridade e por outro, aprendia um curso prático. Uma possibilidade a ser explorada seria o curso de auxiliar de acção educativa, nomeadamente, para quem gosta de trabalhar com crianças nas creches, nos infantários e nas escolas, como é o seu caso. Em segundo lugar, outra questão pertinente prende-se com o resultado obtido no teste do PMA e a Dânia revelar uma imaturidade ao nível do raciocínio lógico. Este resultado pode ser um indicador da sua história de vida, da sua institucionalização, de perdas, de ter tido pouca estimulação cognitiva e da sua carência afectiva. E quanto ao resultado do teste do 16PF5, por hipótese, a desejabilidade social pode ter tido um papel importante, isso porque se trata de uma adolescente e o facto de querer ser aceite pelos outros, neste caso em particular, pela discente. Por último, é importante referir que a própria Dânia se encontra num processo de autoconhecimento, e o que hoje gosta de fazer, eventualmente mais tarde, poderá não ser mais a sua escolha. Seria relevante, daqui a três anos, quando a mesma completasse os 18 anos, fazer uma nova avaliação em orientação vocacional. Para assim, confirmar os seus interesses ou então, diversificar o leque das suas escolhas.

4 Reflexão/ Conclusão

A experiência adquirida ao longo do estágio académico tem sido gratificante, tanto ao nível profissional como pessoal. O estar em contacto com uma realidade diferente e num contexto social desfavorecido, onde nem sempre os bens de primeira necessidade existem e as condições de vida são precárias, torna-nos humildes nesta experiência. Em primeiro lugar, destacamos o contacto directo com as utentes do Gabinete de Atendimento do Bairro 6 de Maio. Trata-se de um bairro problemático com uma grande diversidade multicultural, onde prolifera o tráfico de estupefaciente e consequentemente, os ajustes de contas. As clientes atendidas são residentes no bairro, mas também de toda a linha de Sintra. São adolescentes e jovens, mães ou futuras mães, que carregam uma vida em si, marcada por abusos e violência. Para além da negligência ou falta de suporte familiar, veem-se abraçadas com mais outra dificuldade na vida, a gravidez. Todavia, o nascimento de um filho ou simplesmente, mais um filho, vem acentuar assim as dificuldades económicas e precárias já existentes. A gravidez, por si só, é um acontecimento importante na vida de um casal e que acarreta escolhas e decisões que irão alterar o seu percurso na vida. E quando não é planeada, esta surge como um factor de ruptura entre os casais, tendo em conta que são muitos os casos, em que estas relações são consideradas instáveis e passageiras. Contudo, é importante salientar que para uma adolescente ser mãe, para além das alterações ao nível físico e psicológico provocadas pela própria gravidez, a futura mãe também está na fase da adolescência. Esta fase é difícil e complicada ao nível das transformações e da afirmação da sua própria identidade enquanto indivíduo. Salientamos também a falta de maturidade do adolecente e as implicações que uma gravidez indesejada pode acarretar. Estas podem resultar no insucesso escolar e posteriormente, no seu abandono, agravando assim as condições precárias já existentes com um nível baixo de

escolaridade. Ao nível dos acompanhamentos psicológicos, deparamo-nos com as limitações económicas das clientes, por conseguinte, as sessões em todos os casos acompanhados, eram quinzenais e não semanais. Porém, essa foi a melhor alternativa, permitindo à cliente a oportunidade de ser acompanhada, embora lhes fosse explicada que quanto aos resultados não seriam os mesmos. Deparamo-nos também com dificuldades ao nível da pontualidade e assiduidade, assim como na falta de motivação e no desinteresse, por parte de alguns clientes, que optaram por abandonar o processo terapêutico. Porém, esta experiência tanto teve de desagradável como gratificante. Desagradável, pelas razões anteriormente citadas, porém, foi gratificante no sentido de ter sido possível acompanhar algumas clientes até a conclusão do processo terapêutico.

O atendimento telefónico na linha SOS Grávida, sempre com uma supervisão atenta, permite-nos responder a inúmeras questões relacionadas com a gravidez, sexualidade e planeamento familiar. Este contacto com as apelantes obriga-nos a uma constante actualização do conhecimento e competências, para que desta forma o serviço de informação, aconselhamento e encaminhamento se processe com a maior celeridade.

Destacamos também o feedback e a dinâmica estabelecida entre formadores e formandos nas formações realizadas. Os momentos de partilha em grupo, de vivências traumáticas em que foram vítimas de abuso sexual e/ou vítimas de violência no namoro foram experiências enriquecedoras. As formandas compreenderam a mensagem transmitida e que não estão sozinhas nesse sofrimento. Damos a conhecer a existência de instituições ou associações que prestam ajuda especializada nessas problemáticas, para que as pessoas possam voltar a erguer-se na vida. As formações no âmbito do Cantinho dos Pais também foram gratificantes porque permitiram consolidar os conhecimentos das clientes ao nível das competências parentais.

Ao nível profissional, destacamos a experiência adquirida no que concerne aos conhecimentos teóricos e práticos, embora, a necessidade de actualização dos mesmos seja uma constante assim como a diversidade das temáticas abordadas. Assim sendo, temos temas que vão desde a gravidez, a sexualidade e o planeamento familiar mas também, temas relacionados com os abusos a menores, de negligência, da regulação das responsabilidades parentais, os direitos e deveres de uma trabalhadora grávida entre outros. Fica o registo positivo e o enriquecimento profissional. E quanto ao nível pessoal, as 500 horas realizadas de estágio académico permitiram-nos conhecer a realidade institucional. Mas também as histórias de vida das utentes e familiares, que nos contactaram e que tiveram acompanhamento psicológico connosco. Nesse sentido, vieram apenas reforçar o sentimento que o ser humano é resiliente e que independentemente das condições de vida, o mesmo adapta-se e faz o seu melhor.

5 Referências Bibliográficas

- Alarcão, M., Relvas, A. P. & Sá, E. (2004). A complementaridade das interacções mãe – bebé. In E. Sá (Org.). *A maternidade e o bebé*. (2ª ed.). (pp. 113 – 120). Lisboa: Fim de Século.
- Almeida, L. (2009). Prefácio. In I. Soares (Coord). *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: teoria e avaliação*. (2ª ed.). (pp. 9 – 12). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Antunes, M. A. F. (2002). Violência e vítimas em contexto doméstico. In C. Machado & R. A. Gonçalves (Coords). *Violência e vítimas de crimes.Vol.1 – adultos*. (pp. 43 – 77). Coimbra: Quarteto Editora.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2010). *Manual alcipe. Para o atendimento de mulheres vítimas de violência doméstica*. (2ª ed.). Lisboa: APAV. (Obra original publicada em 2008).
- Barros, A. F. (1998). *16PF5 - Questionário factorial de personalidade de Cattell. Manual do teste*. Lisboa: Edições Cegoc –Tea.
- Barros, A. F. & Diogo, I. (1995). *IPP - Interesses e Preferências Profissionais. Manual do teste*. Lisboa: Edições Cegoc –Tea.
- Bayle, F. (2005). A parentalidade. In Leal, I. (Ed.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade*. (pp. 317-346). Lisboa: Fim de Século.
- Bowlby, J. (2004). *Perda: tristeza e depressão*. (3ª ed.). (V. Dutra, Trad.). São Paulo:

Martins Fontes. (Obra original publicada em 1973).

Bozarth, J. (2001). *Terapia Centrada na Pessoa: um paradigma revolucionário*. Lisboa:

Edições Edual. (Obra original publicada em 1998).

Campiche, C., Hippolyte, J. C. & Hipólito, J. (1992). *A comunidade como centro*.

Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Canavarro, M. C. (2001). *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora.

Canavarro, M. C. & Pereira, A. I. (2001). Gravidez e maternidade na adolescência:

perspectiva teóricas. In M. C. Canavarro (Ed.). *Psicologia da gravidez e da maternidade*. (pp. 323 – 357). Coimbra: Quarteto Editora.

Canha, J. (2008). A criança vítima de violência. In C. Machado & R. A.

Gonçalves (Coords). *Violência e vítimas de crimes: crianças*. (3ª ed). (pp. 17 – 37). Coimbra: Quarteto Editora.

Caridade, S. & Machado, C. (2006). Violência na intimidade juvenil: da vitimação à

perpetração. [Electronic Version]. *Análise Psicológica*, 24, nº 4, 485-493.

Retrieved from <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v24n4/v24n4a04.pdf>

Carvalho, A. C., Leal, I. & Sá, E. (2004). Adolescência e gravidez: auto-estima e

ansiedade em grávidas adolescentes. In E. Sá (Org.). *A maternidade e o bebé*. (2ª ed.). (pp. 45 – 68). Lisboa: Fim de Século.

Casimiro, C. (2008). Violências na conjugalidade: a questão da simetria do género.

[Electronic Version]. *Análise Social*, nº 188, pp. 579–601. Retrieved from <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aso/n188/n188a05.pdf>

Cheniaux, E. (2008). *Manual de psicopatologia*. (3ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara

Koogan. (Obra original publicada em 2002).

Cloninger, S. C. (2003). *Teorias da personalidade*. (C. Berliner, Trad.). São Paulo:

Martins Fontes. (Obra original publicada em 1999).

Cole, M. & Cole, S.R. (2004). *O Desenvolvimento da criança e do adolescente*.

(4ª ed.). (M.F. Lopes, Trad.). Porto Alegre: Artmed.

Correia, M. J. (1998). Sobre a maternidade. [Electronic Version]. *Análise Psicológica*,

16, (3), pp. 365 – 371.

Costa, J. & Santos, A.L. (2003). *A falar como os bebés*. (2ª ed.). Lisboa: Editorial

Caminho, S.A.

Doron, R. & Parot, F. (2001). *Dicionário de psicologia*. (1ª ed.). (Climepsi Editores,

Trad.). Lisboa: Climepsi Editores. (Obra original publicada em 1991).

Duarte, M. E. (2011). A avaliação psicológica a intervenção vocacional: princípios,

técnicas e instrumentos. In M. C. Taveira & J. T. Silva (Coords). *Psicologia vocacional – perspectivas para a intervenção*. (2ª ed.). (pp. 139 – 157).

Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

Ellison, K. (2007). *Super mães, super mulheres – como a maternidade nos dá uma*

maior agilidade mental. (M. A. Júdice, Trad.). Lisboa: Lua de Papel

- Figueiredo, B. (2000). Maternidade na adolescência: consequências e trajetórias desenvolvimentais. [Electronic Version]. *Análise Psicológica*, 18, (4), pp. 485 – 498.
- Figueiredo, B. (2003). Os primórdios da construção do próprio no contexto da interacção mãe – bebé. [Electronic Version]. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, pp. 311 – 322.
- Figueiredo, B., Pacheco, A. & Magarinho, R. (2004). Utentes da consulta externa de grávidas adolescentes da maternidade júlio dinis entre os anos de 2000 e 2003. [Electronic Version]. *Análise Psicológica*, 22, (3), pp. 551 – 570.
- Figueiredo, B., Pacheco, A. & Magarinho, R. (2005). Grávidas adolescentes e grávidas adultas: diferentes circunstâncias de risco? [Electronic Version]. *Acta Médica Portuguesa*, 18, pp. 97 – 105
- Gaylin, N. (1999). Princípios e métodos da terapia centrada no cliente. In *A Pessoa Como Centro – Revista de Estudos Rogerianos*, N.º5, 25-32.
- Gleitman, H., Fridlund, A. J. & Reisberg, D. (2007). *Psicologia*. (7ª ed.). (D. R. Silva, Trad.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. (Obra original publicada em 1981).
- Gonçalves, C. M. (1997). *A influência da família no desenvolvimento vocacional de adolescentes e jovens*. Dissertação de Mestrado não publicada, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Gonçalves, C.M. (2006). *A família e a construção de projectos vocacionais de*

adolescentes e jovens. Dissertação apresentada às provas de Doutoramento em Psicologia na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Guedeney, A. (2004). A teoria da vinculação: a história e as personagens. In N.

Guedeney & A. Guedeney (Coords). *Vinculação: conceitos e aplicações*. (pp. 25 – 31). Lisboa: Climepsi Editores.

Hipólito, J. (2011). *Auto-organização e complexidade: Evolução e desenvolvimento do pensamento rogeriano*. (O. Nunes, Org.). Lisboa: Edual.

Lameiras, S. M. M.M. D. (2012). *Vinculação, ansiedade e antecipação da experiência do parto*. Dissertação de Mestrado não publicada, Faculdade de Psicologia da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Leal, I. (2005a). *Iniciação às psicoterapias*. Lisboa: Fim de Século Edições.

Leal, I. (2005b). Da psicologia da gravidez à psicologia da parentalidade. In I. Leal (Coord.). *Psicologia da gravidez e da parentalidade*. (pp. 9 – 19). Lisboa: Fim de Século Edições.

Leitão, L. M. & Ramos, L. (2004). A entrevista em orientação escolar e profissional. In L. M. Leitão (Coord). *Avaliação psicológica em orientação escolar e profissional*. (pp. 45 – 75). Coimbra: Quarteto Editora.

Magalhães, T. (2010). *Violência e abuso. Respostas simples para questões complexas*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

- Machado, C. (2008). Abuso sexual de crianças. In C. Machado & R. A. Gonçalves (Coords). *Violência e vítimas de crimes: crianças*. (3ª ed). (pp. 41 – 93). Coimbra: Quarteto Editora.
- Matos, M. (2002). Violência conjugal. In C. Machado & R. A. Gonçalves (Coords). *Violência e vítimas de crimes. Vol.1 – adultos*. (pp. 81 – 130). Coimbra: Quarteto Editora.
- Nunes, M. O. (s.d.). *Psicoterapia de tempo limitado e terapia centrada no cliente*. Monografia de fim de curso apresentada na área da Psicologia (Clínica) não publicada, Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Organização Mundial de Saúde, O.M.S. (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Descrições clínicas e directrizes clínicas e directrizes diagnósticas*. (D. Caetano, Trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Pacheco, A., Figueiredo, B., Costa, R. & Pais, A. (2005). Antecipação da experiência de parto: mudanças desenvolvimentais ao longo da gravidez. [Electronic Version]. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7, (1), pp. 7 – 41.
- Paiva, C. & Figueiredo, B. (2003). Abuso no contexto do relacionamento íntimo com o parceiro: definição, prevalência, causas e efeitos. [Electronic Version]. *Análise Psicológica*, 4, (2), pp. 165 – 184.
- Rabouam, C. (2004). Avaliação da vinculação no bebé. In N. Guedeney & A. Guedeney (Coords). *Vinculação: conceitos e aplicações*. (pp. 89 – 99). Lisboa: Climepsi Editores.

- Rato, P. I. (1998). Ansiedades perinatais em mulheres com gravidez de risco e em mulheres com gravidez normal. [Electronic Version]. *Análise Psicológica*, 16, (3), pp. 405 – 413.
- Rebelo, J. E. (2009). *Amor, luto e solidão*. Alfragide: Casa das Letras
- Relatório Anual de Atividades 2010 – Ajuda de Mãe
- Rocha, A. M. & Coelho, M. H. (2001). *PMA - Aptidões Mentais Primárias. Manual do teste*. Lisboa: Edições Cegoc –Tea.
- Rodrigues, A., Figueiredo, B., Pacheco, A., Costa, R., Cabeleira, C. & Magarinho, R. (2004). Memória de cuidados na infância, estilo de vinculação e qualidade da relação com pessoas significativas: estudo com grávidas adolescentes. [Electronic Version]. *Análise Psicológica*, 22, (4), pp. 643 – 665.
- Rogers, C. R. (2004). *Terapia Centrada no Cliente*. (S. V. Longa, Trad.). Lisboa: Ediual. (Obra original publicada em 1951).
- Rosenblatt, P.C. (2003). O luto em sociedades de pequena escala. (J. Barata, Trad.). In C. Murray Parkes, P. Laungani & B. Young (Coords.), *Morte e luto através das culturas* (pp. 41-68). Lisboa: Climepsi Editores.
- Sá, E. & Graís, M. C. (2004). A vida emocional do feto. In E. Sá (Org.). *A maternidade e o bebé*. (2ª ed.). (pp. 97 – 112). Lisboa: Fim de Século.
- Samson, A. (2010). *A violência doméstica – aprenda a identificar situações de abuso e a ser feliz*. (M. M. Rodrigues, Trad.). Lisboa: Plátano Editora.

- Sani, A. I. (2008a). Mulher e mãe no contexto de violência doméstica. [Electronic Version]. *Ex aequo*, nº18, pp. 123–133. Retrieved from <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aeq/n18/n18a07.pdf>
- Sani, A. I. (2008b). Crianças expostas à violência interpaparental. In C. Machado & R. A. Gonçalves (Coords). *Violência e vítimas de crimes: crianças*. (3ª ed). (pp. 95 – 127). Coimbra: Quarteto Editora.
- Schultz, D. & Schultz, S. (2006). *História da psicologia moderna*. (S. S. M. Cuccio, Trad.). São Paulo: Thomsom Learning Edições.
- Site oficial da Ajuda de Mãe – <http://www.ajudademae.pt>
- Soares, I. (2009). Desenvolvimento da teoria e da investigação da vinculação. In I. Soares (Coord). *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: teoria e avaliação*. (2ª ed.). (pp. 13 – 45). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Soares, I., Martins, E.C. & Tereno, S. (2009). Vinculação na infância. In I. Soares (Coord). *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: teoria e avaliação*. (2ª ed.). (pp. 48 – 98). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Soares, I., Marques, M.C., Martins, C., Figueiredo, B., Jongenelen, I. & Matos, R. (2001). Gravidez e maternidade na adolescência: um estudo longitudinal. In M. C. Canavarro (Ed.). *Psicologia da gravidez e da maternidade*. (pp. 359 – 405). Coimbra: Quarteto Editora.
- Sobral, J. M., Gonçalves, C. M. & Coimbra, J. L. (2009). A influência da situação

profissional parental no desenvolvimento vocacional dos adolescentes.
[Electronic Version]. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, 10, (1), pp.
11 – 22. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10216/22335>

Sousa, L., Hespanha, P., Rodrigues, S. & Grilo, P. (2007). *Famílias pobres: desafios à intervenção social*. Lisboa: Climepsi Editores.

Taveira, M. C. (2004). A avaliação da exploração vocacional. In L. M. Leitão (Coord).
Avaliação psicológica em orientação escolar e profissional. (pp. 317 – 345).
Coimbra: Quarteto Editora.

Trigo, L.R. & Alberto, I. (2010). As múltiplas faces da institucionalização de crianças e
jovens: riscos e/ou oportunidade? In A. T. Almeida & N. Fernandes (Orgs).
Intervenção com crianças, jovens e famílias. (pp. 125 – 143). Coimbra: Edições
Almedina.

Viamonte, I. M. B. (2012). *Influência parental na adolescência e desenvolvimento
vocacional*. Dissertação de Mestrado Integrado não publicada, Universidade do
Minho.

Xarepe, M. F. (2002). *Um olhar sobre a gravidez e maternidade adolescente – estudo
comparativo*. Dissertação de Mestrado na área da Psicologia da Saúde, Instituto
Superior de Psicologia Aplicada.