



UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE
MESTRE EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE ACONSELHAMENTO**

Crianças Vítimas (In) Diretas da Violência Doméstica

Emília Isabel Luziário Nunes - N°20110648

Orientadora do relatório de estágio: Professora Doutora Rute Brites

Universidade Autónoma de Lisboa

Lisboa, Outubro de 2018

Agradecimentos

Em primeiro lugar gostaria de agradecer à Cooperativa onde realizei o meu estágio, pela sua disponibilidade em me integrar na equipa técnica, na valência da casa abrigo.

Agradeço ao meu filho pela paciência e por abdicar muitos fins-de-semana da presença da mãe, ele é a minha inspiração. À minha mãe pelo apoio incondicional em todos os momentos e decisões. Agradeço ao meu marido pelo incentivo e apoio incondicional para terminar o mestrado.

Agradeço igualmente à Universidade Autónoma de Lisboa pela oportunidade e à Prof.^a Doutora Rute Brites e à Prof.^a Doutora Mónica Pires pelo apoio e pelos seus ensinamentos, que foram de extrema importância em momentos de fraqueza, na conceção deste relatório.

“Ser feliz é deixar de ser vítima dos problemas e se tornar um autor da própria história. É saber falar de si mesmo. É não ter medo dos próprios sentimentos”

Fernando Pessoa

Resumo

Este trabalho surge no âmbito de um estágio curricular realizado numa casa abrigo. Para além do meu interesse em estudar e perceber um pouco melhor a situação da violência doméstica, sempre associada ao papel dos filhos/crianças, esta oportunidade acabou por impulsionar a realização do meu relatório final para obtenção de grau de mestre em Psicologia Clínica e de Aconselhamento.

A violência doméstica é cada vez mais alvo de estudo e de preocupação na nossa sociedade. Depois de um período de silêncio, tem começado a ser cada vez mais denunciada. Vítimas que passam por sentir vergonha, começam cada vez mais a denunciar agressores, para protegerem as suas vidas e a dos seus filhos.

Estes crimes originam anualmente inúmeras mortes. Dados do último relatório anual da Associação de Apoio à Vítima (APAV) mostram que no ano 2016 foram cometidos 16461 crimes de maus tratos psíquicos e maus tratos físicos. A maior parte das vítimas são mulheres e crianças. Os dados mostram que, por dia, cerca de 14 mulheres e 2 crianças são vítimas de violência e maus tratos. Em 2016 foram identificadas 9347 vítimas diretas de 21315 crimes e outras formas de violência. Os crimes contra as pessoas representam 93.3% de todos os crimes identificados a nível nacional (Relatório anual APAV, 2016).

No entanto, frequentemente, quando se fala em violência doméstica, fala-se de crianças que assistem a mães agredidas. Este ato, denominado de violência interparental, levanta questões relacionadas com o impacto nestas crianças.

A violência interparental constitui uma forma de maus tratos à criança (Sani, 2006). Embora esta possa não ser o alvo direto da violência perpetrada no contexto doméstico, o fato de observar os conflitos entre os pais, duas figuras importantes de vinculação num contexto essencial para o seu desenvolvimento, faz da criança também uma vítima (Sani, 2011).

Em Portugal, desde o ano 2000, foram criadas diversas estruturas de apoio a vítimas de violência doméstica, nomeadamente as casas abrigo. Estas casas proporcionam às vítimas de violência doméstica e aos seus filhos um ambiente securizante, onde podem reestruturar as suas vidas, criando um novo projeto de vida.

Este relatório está organizado em três partes distintas. A primeira parte diz respeito ao enquadramento teórico, onde foi realizada uma revisão sobre a literatura existente sobre o tema. Na segunda parte, estão descritas todas as atividades realizadas

durante o estágio, nomeadamente a apresentação dos dois casos clínicos, que foram acompanhados. Na terceira parte estão as reflexões e conclusões finais.

Palavras-chave: Violência doméstica, crianças, violência interparental, casas abrigo.

Abstract

This work is part of a curricular internship in a shelter house. In addition to my interest in studying and understanding the situation of domestic violence, which is always associated with the role of offspring/children, this opportunity led to the completion of my final report to obtain a master degree in Clinical Psychology and Counseling.

Domestic violence is increasingly the subject of study and concern in our society. After a period of silence, it has begun to be more and more denounced. Victims who previously felt embarrassed begin to denounce perpetrators more and more, to protect their lives and their children. These crimes annually cause countless deaths. Data from the last annual report of the Victim Support Association (APAV) show that 16461 crimes of mental abuse and physical abuse were committed in 2016. Most of the victims are women and children. Data show that about 14 women and 2 children per day are victims of violence and ill-treatment. In 2016, 9347 direct victims of 21315 crimes and other forms of violence were identified. Crimes against persons represent 93.3% of all crimes identified at national level (APAV Annual Report, 2016). However, often when talking about domestic violence, there are children who watch battered mothers. This interparental violence raises issues related to the impact on these children. Interparental violence constitutes a form of child abuse (Sani, 2006). Although this may not be the direct target of violence perpetrated in the domestic context, the fact of observing conflicts between parents, two important figures of attachment in an essential context for their development, makes the child also a victim (Sani, 2011).

In Portugal, since 2000, various structures have been created to support victims of domestic violence, including shelter houses. These homes provide victims of domestic violence and their children with a safe environment where they can restructure their lives, creating a new life project.

This report is organized into three distinct parts. The first part concerns the theoretical framework, where a review on the existing literature on the subject was carried out. The second part describes all the activities performed during the internship, namely the presentation of the two clinical cases, which were followed up. The third part contains the final reflections and conclusions.

Keywords: Domestic violence, children, interparental violence, shelter homes.

Índice

Introdução.....	11
I. Enquadramento teórico.....	15
1.1. A violência doméstica.....	15
1.2. O impacto da violência interparental nos filhos.....	18
1.3. A intervenção psicológica.....	21
1.3.1 Acompanhamento psicológico centrado no cliente.....	21
1.3.2. Testagem psicológica de crianças no âmbito da violência interparental.....	25
II. Atividades do estágio.....	28
2.1. Atividades realizadas/Objetivos do estágio.....	28
2.2. Avaliação psicológica.....	32
2.3. Apresentação dos casos clínicos.....	35
2.3.1. Caso clínico A.....	35
• História clínica.....	35
• Avaliação psicológica.....	37
• Acompanhamento psicológico.....	41
• Discussão do caso clínico A.....	47
2.3.2. Caso clínico B.....	50
• História clínica.....	50
• Avaliação psicológica.....	52
• Acompanhamento psicológico.....	56
• Discussão do caso clínico B.....	59
III. Reflexão e conclusão.....	64
3.1. Reflexão geral sobre o estágio.....	64
3.2. Conclusão.....	65
Referências bibliográficas.....	68

Anexos

Anexo I-Ficha de anamnese

Anexo II- Registo de consultas

Anexo III-Anamnese caso clínico A

Anexo IV-Documentos caso clínico A (testes de avaliação psicológica, sessões transcritas)

Anexo V-Relatório de avaliação psicológica caso clinico A

Anexo VI- Relatório de avaliação psicológica, entregue à mãe, caso clinico A

Anexo VII – Anamnese caso clinico B

Anexo VIII-Documentos caso clinico B (testes de avaliação psicológica, sessões transcritas)

Anexo IX-Relatório de avaliação psicológica caso clinico B

Anexo X- Relatório de avaliação psicológica, entregue à mãe, caso clinico B

Índice de Tabelas

Tabela 1-Atividades realizadas durante o estágio.....	29
Tabela 2- Bateria de provas utilizadas na casa abrigo.....	33
Tabela 3- Resultados obtidos na WISC-III (caso A)	37
Tabela 4-Provas de avaliação psicológica utilizadas na avaliação da Ana (caso B) ...	52
Tabela 5-Resultados obtidos na Wisc- III (caso B)	52

Lista de siglas

APAV	Associação Portuguesa de Apoio à Vitima
CPCJ	Comissão de Proteção de Crianças e Jovens
CPIC	Escala de Percepção da Criança dos Conflitos Interparentais
ECVV	Escala de Crenças da Criança sobre a Violência
GAV	Gabinete de Apoio à Vitima
GNR	Guarda Nacional Republicana
IPSS	Instituição Particular de Solidariedade Social
PNPCVDG	Plano Nacional de Proteção e Combate à Violência Doméstica e de Género
PSP	Polícia de Segurança Pública
RSI	Rendimentos Social de Inserção
SANI	Sinalização do Ambiente Natural Infantil
TCC	Terapia Centrada no Cliente
UAL	Universidade Autónoma de Lisboa
WISC-III	Escala de Inteligência de Wescheler-3ª Edição

Introdução

Este trabalho surge no âmbito de um estágio realizado no Mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento na Universidade Autónoma de Lisboa (UAL).

O estágio foi realizado numa cooperativa de solidariedade social, numa das suas valências: a casa abrigo. Foi um estágio vivenciado com bastante intensidade, pela problemática abordada, no entanto, penso que foi possível ser igualmente profissional. Na casa abrigo fui a primeira estagiária na área da psicologia, o que tornou o projeto ainda mais desafiador, pois existiam inúmeras carências na entidade e muito por fazer. No entanto, o fato de ser a primeira estagiária num local onde está a ocorrer uma reorganização interna, acaba por ser mais difícil.

Numa sociedade que, cada vez mais, reflete sobre as questões da igualdade de género e a irradicação de todo e qualquer tipo de discriminação, a violência doméstica assume ainda, no séc. XXI, números muito acima dos que se esperam numa sociedade civilizada. Com este trabalho pretendi refletir o impacto da violência doméstica, na vida e no comportamento das crianças e jovens expostos a uma violência indireta.

O estágio foi realizado numa casa abrigo situada na margem sul do Tejo, a qual se rege pela legislação inerente à área da violência doméstica, sobretudo pelo Decreto Regulamentar n.º 1/2006, de 25 Janeiro e Lei n.º 112/2009, de 16 Setembro.

As casas abrigo assumem um papel primordial na proteção e acolhimento das famílias vítimas de violência doméstica: “As casas abrigo podem ser percebidas como importantes soluções para o restabelecimento da segurança e reorganização mental e social das vítimas diretas e indiretas de violência doméstica” (Coutinho & Sani, 2011, citados por Sani, 2011). O acolhimento de emergência vem assegurar que mulheres e crianças podem dar um novo rumo às suas vidas num ambiente securizante e que lhes irá proporcionar as condições necessárias para um novo recomeço.

Obviamente será necessário que durante o acolhimento existam condições de suporte que permitam às famílias ultrapassar os inúmeros obstáculos com que se deparam (Sani, 2011). Mesmo para as crianças este acolhimento possibilita uma reabilitação emocional e interpessoal (Coutinho & Sani, 2011). Este acolhimento de emergência assume um papel primordial, para salvaguardar inúmeras vidas. As agressões reiteradas, durante anos a fio, colocam em causa o bem-estar das vítimas e dos seus filhos.

No entanto, o tempo em que estão em acolhimento deverá ser aproveitado de forma a promover competências pessoais e profissionais, visando a promoção de uma reinserção futura na sociedade (Coutinho & Sani, 2011). As mulheres e crianças vítimas de violência doméstica têm de (re) apreender a viver em sociedade.

Da equipa da casa abrigo fazem parte uma psicóloga clínica, uma assistente social, um motorista e quatro auxiliares de ação direta.

Atendendo que a casa abrigo é uma das valências da cooperativa que assume características de Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), embora tenha a sua própria equipa, acaba por partilhar alguns técnicos que supervisionam o trabalho realizado em todas as valências.

A casa funciona 365 dias por ano, 24 horas/ dia. Após a entrada na casa abrigo, as utentes e os seus filhos dispõem de um apoio multidisciplinar. A psicóloga clínica e a assistente social articulam com as diversas entidades para que as utentes possam usufruir de apoio jurídico (muitas vezes é necessário tratar do divórcio e da guarda dos filhos menores), assim como a realização de uma inscrição temporária no centro de saúde mais próximo. As crianças são integradas em infantários, creches e escolas nas proximidades, para facilitar que as mães possam procurar emprego e organizar um novo projeto de vida. Quando as utentes não têm fonte de rendimento (o que é bastante comum), as técnicas da casa articulam com a segurança social de forma a poderem usufruir do rendimento social de inserção (R.S.I) e do abono de família para as crianças.

No momento em que o pedido de acolhimento é realizado (na maioria dos casos por fax ou email) as técnicas verificam a possibilidade de acolher o agregado familiar, tendo por base a lotação da casa e as condições que o agregado apresenta. Tem sempre de haver uma avaliação rigorosa por parte das técnicas, atendendo que cada vez que é integrada uma nova família, a adaptação da mesma à casa tem de ser realizada de forma cautelosa, para que no grupo de residentes possa haver uma aceitação plena. São igualmente verificadas as condições de saúde da família (existência de perturbações mentais, toxicodependência, alcoolismo), de forma a salvaguardar tanto os que estão na casa, como a capacidade de dar uma resposta adequada às necessidades da família. Após a entrada, a família é acolhida pelas técnicas. Neste acolhimento é-lhes dada toda a informação, no que diz respeito aos seus direitos e deveres na casa. É igualmente assinado um formulário de consentimento informado quanto à partilha de informação e ao acompanhamento psicológico de que podem usufruir, que ficará no processo da utente.

De forma a salvaguardar a segurança de todas as utentes, não é permitida a divulgação da morada da casa abrigo. Assim, quando é necessário para registos de médico, escolas, tribunais, segurança social, entre outros, é dada a morada da sede da cooperativa, para que toda a correspondência possa ser endereçada para lá.

Uma das questões levantadas às utentes quando entram na casa é se existem familiares ou amigos do seu marido/companheiro, ou mesmo do casal, que a possam avistar nas imediações da casa abrigo. Esta questão é bastante pertinente, atendendo que se pretende que a família possa estar num ambiente securizante e livre de perigo.

Todos os utentes têm, de forma gratuita (para além dos apoios acima mencionados), produtos de higiene e alimentação, enquanto estão acolhidos na casa abrigo. Este acolhimento é temporário, sendo o seu período de permanência de seis meses. Excecionalmente, este período poderá ser superior, quando devidamente fundamentado pela equipa técnica da casa (Casa Abrigo, 2013).

No que diz respeito aos deveres das utentes, para além do sigilo relativamente à morada da casa abrigo e a toda e qualquer informação sobre a mesma, devem ser responsáveis por prestar os cuidados de higiene e pessoais aos seus filhos, pela arrumação e limpeza dos seus quartos e tratamento das suas roupas. As tarefas relativas aos espaços comuns da casa, devem ser realizadas por todas as utentes, pois acabam por ser elas e os seus filhos os utilizadores. Na casa abrigo, é afixada semanalmente uma escala onde consta a distribuição das tarefas de cada agregado. A casa abrigo funciona como uma casa normal, onde é necessária manutenção e limpeza. As refeições, durante a semana, são confeccionadas nas instalações de uma das valências da cooperativa, sendo posteriormente distribuídas pelas outras valências. Durante o fim de semana, o almoço e o jantar são confeccionados na casa, pela auxiliar de ação direta, com a ajuda das utentes (Casa Abrigo, 2013). Para além das obrigações dentro da casa, as utentes têm igualmente de procurar emprego, pois o tempo que passam na casa abrigo servirá para se organizarem e conseguirem autonomizar-se. Os seis meses que estão em ambiente protegido e dotado de todos os apoios são um bom ponto de partida para uma nova vida.

O estágio foi realizado de Outubro de 2012 a Julho de 2013, tendo sido realizadas 610 horas em diversas atividades.

Este relatório apresenta o trabalho desenvolvido na casa abrigo e está estruturado em três partes distintas: A primeira de enquadramento e revisão teórica, a segunda relativa a todo o trabalho desenvolvido na casa abrigo (avaliações, consultas de

psicologia clínica, discussão dos casos clínicos e sua compreensão clínica), e a terceira parte, na qual estão as reflexões, conclusões e as considerações finais.

Durante o período de estágio realizei cerca de cinco primeiras consultas, sem conseguir dar seguimento ao acompanhamento. O maior constrangimento a este seguimento é na realidade o tempo que cada família está na casa abrigo. Muitas famílias estão pouco tempo na casa, ou porque a sua segurança está em causa ou porque, muitas vezes, abandonam a casa e regressam para o agressor. O tempo que cada família pode estar na casa abrigo acaba por ser um período bastante limitado para todo o trabalho que muitas vezes é preciso desenvolver com estes agregados. No entanto, foi possível acompanhar duas jovens que estiveram mais tempo acolhidas com as suas progenitoras.

O trabalho na casa abrigo consistia em prestar apoio psicológico aos filhos que estavam identificados. As mães eram acompanhadas pela psicóloga da casa abrigo e eu acompanhava os filhos com a supervisão do psicólogo da cooperativa. Os acompanhamentos realizados diziam respeito a duas jovens, uma de 12 anos e outra de 13 anos, que para além de demonstrarem alguns problemas, por estarem envolvidas nesta situação de violência doméstica, estavam igualmente a atravessar a adolescência, uma fase muitas vezes conturbada, devido às inúmeras alterações de desenvolvimento.

Existiram alguns condicionamentos à realização e desenvolvimento deste trabalho. O tempo que cada família permanece na casa abrigo é o maior constrangimento. As vítimas acolhidas na casa abrigo também podem sair da mesma, caso manifestem essa vontade, caso não cumpram as regras da casa, ou por qualquer motivo, que leve a casa a deixar de ser um ambiente seguro para a vítima, ou para as outras utentes (Casa Abrigo, 2013).

I. Enquadramento teórico

1.1.A violência doméstica

A violência doméstica abarca comportamentos utilizados num relacionamento, por uma das partes, sobretudo para controlar a outra (APAV, 2016). A violência pressupõe sempre a existência de uma parte que tem a outra como refém. Pode ser infligida de várias formas, podendo ser física, sexual, económica e psicológica (APAV, 2016).

A violência doméstica é: “qualquer ato, conduta ou omissão que sirva para infligir, reiteradamente sofrimentos físicos, sexuais, mentais ou económicos de modo direto ou indireto, a qualquer pessoa que habite ou não no mesmo agregado familiar” (Machado & Gonçalves, 2003). A definição de violência doméstica pode ser bastante abrangente nas suas definições. Para a APAV a violência doméstica é: “Qualquer conduta ou omissão de natureza criminal, reiterada e/ou intensa ou não, que inflija sofrimentos físicos, sexuais, psicológicos ou económicos, de modo direto ou indireto, a qualquer pessoa que resida habitualmente no mesmo espaço doméstico ou que, não residindo, seja cônjuge ou ex-cônjuge, companheiro/a ou ex-companheiro/a, namorado/a ou ex-namorado/a, ou progenitor de descendente comum, ou esteja, ou tivesse estado, em situação análoga; ou que seja ascendente ou descendente, por consanguinidade, adoção ou afinidade” (2016, www.apav.pt).

Existem várias definições para a violência, segundo os autores:

“não há propriamente uma única definição de violência, ainda que nas sociedades ocidentais atuais se atribua tal designação a um número cada vez maior de atos e situações. A proliferação de significados, nem sempre coerentes com a gravidade e as características do significante, obriga a que se faça um esforço de reflexão, procurando identificar por detrás do termo os processos e as dinâmicas sociais que estão associadas à atribuição de tal rótulo.” (Lisboa, Patrício & Leandro, 2009,pág 24).

Podemos distinguir violência de conflito, visto que no conflito existe “igualdade entre as partes”, de tal forma que é possível a negociação e outras formas de resolução que não a violência. No entanto o conflito pode atingir um ponto crescente, que passa a

ser denominado de violência, quando uma das partes se sobrepõe à outra através do uso da força ou através da coação (Redondo et al., 2012).

A APAV (2016) refere que a violência doméstica ocorre de acordo com um ciclo, o chamado ciclo de violência doméstica. Este ciclo apresenta três fases distintas: aumento da tensão, ataque violento e lua-de-mel. Na primeira fase, vítima e agressor coabitam e convivem no dia-a-dia, sendo o agressor sempre hostil, o que cria na vítima um sentimento contínuo de insegurança. Na segunda fase há uma passagem ao ato, o agressor maltrata a vítima, sendo uma situação que se vai agravando durante o tempo em que ocorre. Na última fase do ciclo, o agressor desculpa-se com a vítima, tratando-a o melhor que sabe, com carinho e afeto, chegando a verbalizar que esta foi a última vez que os maus tratos ocorreram e que a situação não voltará a ocorrer (APAV, 2016).

A violência doméstica em Portugal é um crime público punido por lei: A Lei n.º 112/2009 de 16 de setembro, estabelece o regime jurídico aplicável à prevenção da violência doméstica, à proteção e à assistência das vítimas; A Lei n.º 59/2007 de 4 de setembro, enquadra os crimes de violência doméstica como crimes de natureza pública, com base no artigo 152º do Código Penal. Este artigo do Código Penal, vem dizer “quem de modo reiterado ou não infligir maus tratos físicos ou psíquicos, incluindo castigos corporais privações da liberdade e ofensas sexuais, ao cônjuge ou ex-cônjuge e relações análogas” conta com medidas agravantes na pena caso “se o agente praticar o facto contra menor, na presença de menor, no domicílio comum ou no domicílio da vítima é punido com pena de prisão de dois a cinco anos” (D.R., 2007). Aqui vemos que, para além das medidas aplicadas ao agressor pelos seus atos na “vítima direta”, existe uma consciência dos danos provocados a quem assiste a estes atos violentos. Há assim o agravamento da pena para os atos cometidos na presença das crianças que coabitam com o agressor e vítima e que presenciam todo este sofrimento.

Diversos autores referem os danos provocados nos filhos que, apesar de vítimas silenciosas, vivenciam diversos estados de sofrimento. A existência de violência entre os pais e a exposição da criança a essa violência, é uma das condições que propiciam o risco de no futuro a criança enquanto adulta, ser vítima ou agressora (Sani, 2011). Os trabalhos realizados no âmbito da vitimização indireta em Portugal são relativamente recentes, datam de 1999 e foram realizados pela Doutora Ana Sani. Estes trabalhos mostram que o impacto da vitimização indireta é tão grave como a vitimização direta (Sani, 1999, 2000, 2001).

Em 1999, o Estado Português demonstrou uma maior preocupação relativamente às questões da violência doméstica. A violência doméstica, na sua maioria, ocorria em casa, num ambiente privado, de forma silenciosa, sendo os agressores, na sua maioria, os maridos ou os companheiros das próprias vítimas (V PNPCVDG).

O V Plano Nacional de Prevenção e Combate à Violência Doméstica e de Género (V PNPCVDG) vigorou de 2014 a 2017, estando estruturado em cinco áreas estratégicas de intervenção, com 55 medidas de combate à violência doméstica e de género. As cinco áreas estratégicas apresentadas passavam pela prevenção, proteção, intervenção, formação e qualificação de profissionais, para além da investigação e monitorização dos resultados obtidos durante a implementação. Este Plano consolidou o trabalho desenvolvido no âmbito da violência doméstica. Reforçava a importância de proteger as vítimas dos agressores, perceber e aprofundar conhecimentos relacionados com as questões que estão por detrás da violência doméstica, de forma a intervir no âmbito da prevenção de comportamentos, na qualificação de profissionais que trabalham no atendimento às vítimas no nosso país.

Portugal foi pioneiro, em 2013, a confirmar e a corroborar a Convenção do Conselho da Europa para a Prevenção e o Combate à Violência contra as Mulheres e a Violência Doméstica. Tem como objetivos:

“tornar Portugal um país mais livre da violência de género incluindo a violência doméstica, onde mulheres e homens, independentemente da sua origem étnica, idade, condição socioeconómica, deficiência, religião, orientação sexual ou identidade de género, possam aspirar, em igualdade, viver numa sociedade livre de violência e discriminação”(V PNPCVDG).

No ano de 2016 os dados da APAV, no seu relatório do Gabinete de Apoio à Vítima de Setúbal, mostram que no distrito de Setúbal, dos crimes registados, 96.3% foram crimes contra pessoas. Relativamente à violência doméstica, em 2016, foram denunciados 668 novos casos, o que representa 85.8% de todos os crimes cometidos no distrito. As vítimas realizam o seu primeiro contacto, para um pedido de ajuda, telefonicamente, sendo a Guarda Nacional Republicana (GNR) e a Polícia de Segurança Pública (PSP) as principais entidades que realizam o encaminhamento para este Gabinete de Apoio à Vítima (GAV) (APAV, 2016).

Existem também dados que descrevem os perfis de agressor e vítima, no ano de 2016. Assim, podemos constatar que a maioria das vítimas registadas eram do sexo feminino (80%), casadas (34.7%), com idade compreendida entre os 35 e os 54 anos de

idade, residindo apenas com os filhos e com o agressor (família nuclear com filhos). O agressor, na sua maioria, é o cônjuge ou o companheiro, empregado. A vitimização assume características de atos continuados (14.4%), com uma duração aproximada entre os 2 e os 6 anos. Um outro dado que demonstra que muitas vezes os casos de violência doméstica são difíceis de identificar e denunciar, pois ocorrem na sua maioria na residência em comum do casal (52.5%) (GAV Setúbal, 2016).

O relatório anual da APAV de 2016 mostrou que o número de vítimas continua a aumentar, sendo a violência doméstica a que assume um maior número de registos. Há a salientar que, a cada semana, surgem 100 novos casos de mulheres que são agredidas pelos seus companheiros/maridos. Outros dados preocupantes dizem respeito ao número de crianças e jovens que igualmente foram alvo de agressões, tendo-se registado 16 por semana. Durante o ano de 2016, no total, registaram-se 826 novas vítimas, crianças e jovens até aos 17 anos, sendo estas apenas vítimas diretas (APAV, 2016). O impacto da violência em crianças e jovens é preocupante, olhando para os números apresentados. Para além da violência direta em crianças, não podemos esquecer a violência indireta de que muitos são alvo, presenciando a violência entre os seus progenitores. Os menores são, a nosso ver, um “alvo fácil” que muitas vezes presencia agressões que os irão marcar na sua vida adulta. Iremos de seguida olhar melhor para o impacto da violência interparental nos filhos.

1.2 O impacto da violência interparental nos filhos

A violência interparental constitui uma forma de mau trato à criança (Sani, 2006 citado por Sani, 2013, julgar on-line). As consequências da violência entre pais na vida da criança estão documentadas em várias investigações e estudos realizados por todo o mundo (Sani, 2011). Em Portugal não existem dados estatísticos precisos que nos indiquem o número de crianças que vivenciam experiências de violência interparental dentro do seu agregado familiar (Sani, 2002).

A violência interparental tem um impacto muito negativo na vida das crianças que a vivenciam, atendendo que contribuem para um desajuste global a vários níveis: fisiológico, emocional, cognitivo, comportamental (Coutinho & Sani, 2008; Sani, 2007 citado por Sani, 2011). As crianças e jovens que assistem à violência interparental podem exibir níveis elevados de reatividade emocional, sentindo-se culpados pela situação, podendo esta situação ser um fator de risco nas suas relações futuras (Sani,

2013 in Julgar on-line). Existe ainda a ideia de que a violência doméstica, que acontece em contexto privado e entre adultos, é tema apenas de interesse das partes diretamente envolvidas, muitas vezes chegando a referir-se que é um problema de adultos, descorando o papel dos filhos que, apesar de serem sujeitos passivos, são igualmente vítimas vulneráveis da situação (Sani, 2013 in Julgar on-line).

Existe também, na nossa sociedade, a ideia errada de que crianças muito novas não percebem o que se passa nas situações de violência doméstica, não existindo assim qualquer sofrimento da sua parte. É uma ideia errada, atendendo a que as crianças sentem e percecionam a disponibilidade dos cuidadores. As crianças são seres sensíveis e percecionam as emoções positivas ou negativas que as rodeiam (Sani, 2013 in julgar, on-line). Mesmo no dia a dia-a-dia, percebem a disponibilidade dos seus cuidadores para satisfazer as suas necessidades básicas. É no contexto familiar que a segurança, proteção e cuidados de saúde necessários devem ser proporcionados à criança para que esta se desenvolva de forma saudável (Sani, 2011). Quando a violência ocorre no espaço doméstico “originalmente sentido como local de proteção, condiciona negativamente o impacto dessa experiência ao transformar-se aquele num ambiente perigoso e imprevisível, criando para a criança um mundo que é confuso, assustador e pouco seguro” (Margolin & John, 1997, citados por Sani, 2011).

A violência doméstica entre os cuidadores da criança ocorre sobretudo em casa, quando esta deveria ser um ambiente seguro e estável (Sani, 2002). Assim, o espaço que deveria ser um espaço seguro passa a ser sentido como um local de angústia e perigo (Brown & Bzostek, 2003, citados por Sani, 2006), sendo na sua família que a violência ocorre de forma direta ou indireta (Sani, 2006).

A Comissão de Proteção a Crianças e Jovens (CPCJ, 2016) descreve diversas situações a que quando as crianças e jovens são expostos, estão em perigo. Uma das situações é quando as crianças e/ou jovens estão expostos forma direta ou indireta, a comportamentos que afetam gravemente a sua segurança e o seu equilíbrio emocional (CPCJ, 2016). Podemos verificar que, em situação de exposição, a violência interpaparental, é uma situação indireta em que o equilíbrio emocional da criança está comprometido, estando a criança/ou o jovem em perigo.

Com base na Legislação em vigor, o artigo 152º do Código Penal esclarece e agrava a pena do agressor quando este pratica os atos de violência na presença de crianças e de jovens. (consulta on-line Código Penal, 2007). A legislação prevê igualmente uma proibição ao agressor, de ser detentor do poder parental num prazo de

10 anos, caso seja provado, o crime de violência doméstica (Sani, 2013 in Julgar on-line).

Atualmente a nossa sociedade está mais desperta para a realidade da violência doméstica. Começa igualmente a existir um entendimento diferente relativamente à denúncia e à vergonha que muitas vítimas sentiam em denunciar as agressões que sofriam de forma silenciosa. No entanto, pouco ou nada ainda se fala sobre as crianças e os jovens que assistem a anos e anos de atos de violência perpetrados nas suas casas. Mais difícil será para as crianças, assistir a situações de violência dos seus progenitores. Quando pai e mãe - duas figuras com um papel fundamental ao nível afetivo - têm comportamentos agressivos, uma das figuras é “refém” da outra.

Os dois casos clínicos, que irão ser apresentados dizem respeito a duas jovens, uma de 12 anos e outra de 13 anos, que por si só, já estão a atravessar uma fase “difícil” no seu desenvolvimento, repleta de transformações, a adolescência. Durante a adolescência, o adolescente poderá comportar-se de forma agressiva com os seus pais, como se estes fossem seus inimigos, no entanto, quando olhamos para as características da adolescência e para as transformações a que o jovem está sujeito, será mais fácil percebermos que estes comportamentos são normais (Guedeney, & Guedeney, 2002).

O desenvolvimento da adolescência será diferente tendo por base uma vinculação segura ou insegura, realizada na infância assim como os “modelos operantes internos” desenvolvidos (Atger, 2004). A vinculação na adolescência é “cheia” de comportamentos em que os adolescentes experienciam, progressivamente, uma autonomização dos seus pais. Por isso, muitas vezes demonstram comportamentos de desafio perante os adultos que lhes fazem frente. O mais importante é, na realidade, percebermos que a sua autonomia será facilitada, tanto mais quanto mais seguras forem as relações de vinculação com os pais (Guedeney, & Guedeney, 2002). Assim, podemos levantar algumas questões relativamente à fase conturbada que os adolescentes podem atravessar, ao estarem envolvidos em situações de violência doméstica. São retirados do seu quotidiano, amigos, escola e as suas rotinas são alteradas para poderem refugiar-se numa casa, onde não conhecem ninguém com as suas mães. Esta é a realidade de todas as crianças, jovens e adolescentes que acompanham as suas mães e que estão a morar na casa abrigo.

Algumas investigações no âmbito da violência interparental têm demonstrado que o impacto que esta tem nos filhos é traumático, seja a nível emocional, comportamental ou cognitivo. Para além das questões traumáticas para as crianças que

vivenciam a violência interparental, existe igualmente a possibilidade de as crianças poderem no futuro agir como agressores ou vítimas, “imitando” as suas figuras parentais (Sani, 2000). Segundo Bandura as crianças aprendem a comportar-se de forma violenta observando os modelos parentais violentos, que oferecem padrões de raiva e hostilidade, ao invés de cuidado e afeto (Margolin, Oliver & Medina, 2001).

1.3.A intervenção psicológica

1.3.1. Acompanhamento psicológico centrado no cliente

O acompanhamento psicológico deve ser realizado tendo o psicólogo clínico uma base teórica que fundamenta a sua intervenção e que lhe servirá de referência. Aquando do ingresso no mestrado de Psicologia Clínica e de Aconselhamento, tive o primeiro contacto com a Terapia Centrada no Cliente (T.C.C.). Assim, a minha intervenção clínica foi inspirada na Terapia Centrada no Cliente. Para que possa ser denominada por psicoterapia, irá exigir uma formação específica, a qual não tenho. Assim, sempre que no texto estiver mencionado, psicoterapia, deverá entender-se acompanhamento clínico, tendo sido este o trabalho desenvolvido junto das crianças da casa abrigo.

A não diretividade e a forma de estar do psicólogo são aspetos marcantes desta abordagem, assim como a relação estabelecida com o cliente. A Terapia Centrada no Cliente faz parte da corrente humanista. Rogers trouxe para a psicologia uma forma diferente de olhar o Ser Humano. Com base na sua experiência clínica em psicologia, Rogers desenvolveu a Abordagem Centrada na Pessoa (Bezerra & Bezerra, 2012). Uma forma diferente de estar em relação com o cliente. Para Rogers o Homem é dotado de liberdade e de poder de escolha (Santos, 2004). “A premissa central em Rogers é a de que as pessoas são inerentemente plenas de recursos” (Rogers, 1961, pág. 9).

Os trabalhos desenvolvidos por Carl Rogers tiveram início no seu trabalho clínico com crianças. Observou nas crianças, o que viria a denominar de tendência atualizante, um conceito base na sua abordagem. A tendência atualizante diz respeito à capacidade que todos os seres humanos têm, de se desenvolverem de forma livre numa direção positiva (Moreira, 2010). Rogers denomina a tendência atualizante, como uma tendência organísmica, acreditando que as qualidades fundamentais do ser humano

passam pelo crescimento, processo e mudança (Freire, 2000, citado por Campos & Cury, 2009).

Existem conceitos que são fundamentais nesta abordagem, tais como a empatia, ou seja, a compreensão de como o outro vê o mundo. O terapeuta ser capaz de aceder ao quadro de referência interno do cliente, para poder compreender melhor o seu sentir. (Santos, 2004).

A terapia é sempre dirigida pela não diretividade, onde a compreensão empática proporciona ao cliente as condições necessárias para ele próprio decidir o caminho a seguir (Santos, 2004). Acreditar que o cliente tem uma tendência natural para o crescimento e para se desenvolver, sendo este o caminho que leva o cliente à “cura”. Quando pensamos em crianças, em que a personalidade está em formação e desenvolvimento, podemos pensar que a qualidade das relações pode contribuir de forma positiva ou adversa para o desenvolvimento enquanto pessoa. As condições do meio facilitam ou dificultam a forma como a criança se desenvolve (Santos, 2004). Se pensarmos nas crianças em que um ambiente calmo tranquilo, que proporcione amor incondicional e onde se possa sentir aceito, será de extrema importância para que a sua personalidade se desenvolva e se vá atualizando de forma natural, será uma tarefa mais difícil para as crianças que são vítimas de violência doméstica. Esta capacidade de refletir sobre os acontecimentos é benéfica, pois permite reavaliar a situação.

O terapeuta é responsável por criar as condições necessárias para que na relação o cliente possa encontrar o caminho. Para Rogers o terapeuta deve ter algum cuidado com as questões que o cliente traz para as consultas, para que não exista da sua parte uma identificação com as suas próprias questões pessoais (Brito & Paiva, 2012). “O terapeuta é uma parte altamente importante da equação humana” (Rogers, 1974, pag.26). Para que a relação terapêutica, possa ser potenciadora de mudança construtiva, devem estar presentes três condições essenciais, que são da responsabilidade do terapeuta: a congruência, o olhar incondicional positivo e a compreensão empática (Hipólito, 2011). A congruência diz respeito à autenticidade do terapeuta, quanto maior for a autenticidade do terapeuta mais fácil será o crescimento e evolução do cliente (Hipólito, 2011).

O olhar incondicional positivo diz respeito à aceitação do cliente pelo terapeuta, não devendo o terapeuta tecer quaisquer juízos de valor. Deverá aceitar o seu cliente tal como ele é (Hipólito, 2011).

No que diz respeito à compreensão empática o terapeuta é responsável por compreender os sentimentos e o significado das vivências do cliente. Pois somente se conseguir aceder ao seu quadro de referências e olhar como se fosse o próprio será possível ajudar o cliente no seu crescimento (Hipólito, 2011). São as atitudes do terapeuta que norteiam a prática clínica Rogeriana (Belém, 2000). A Terapia torna-se mais eficaz, quanto maior for a consciência da parte do cliente, da sua necessidade da mesma (Brito & Paiva, 2012).

Na terapia centrada no cliente, a forma como o cliente pode exprimir de forma livre as suas perceções, do mundo que o rodeia, assumindo igualmente as suas fragilidades de forma consciente, sem qualquer juízo de valor por parte do terapeuta, é facilitadora, para que o terapeuta possa alcançar a estrutura de referências interna do cliente. A Terapia centrada no cliente “incentiva” o cliente a ser quem é (Rogers, 1974). Quanto mais consciente estiver a pessoa das suas fragilidades, ou seja, quanto mais estas forem conscientes, mais facilmente o terapeuta conseguirá ajudá-lo (Rogers, 1974). A nossa realidade, tem a ver com a nossa percepção e com as nossas experiências. (Rogers, 1974)

As seis condições necessárias e suficientes devem ser sempre reavaliadas ao longo de todo o processo terapêutico (Rogers, 1951)

Na intervenção com crianças a forma de estar do psicólogo deverá ser a mesma, no entanto dispõe da terapia através do jogo, uma ferramenta essencial na relação. Na terapia com crianças os princípios serão os mesmos, pois o terapeuta deverá acreditar na sua capacidade de se autodesenvolver, acabando por crescer na relação e conseguindo ultrapassar os seus problemas (Rogers, 2004).

A Ludoterapia Centrada na Criança foi inicialmente desenvolvida por Rogers, no entanto foi Virgínia Axline que se dedicou a um desenvolvimento mais aprofundado da mesma. Virgínia Axline publicou uma das obras mais importante sobre o tema em 1947 “Ludoterapia a dinâmica interior da infância” (Campos & Cury, 2009). A ludoterapia surge como uma forma mais fácil do psicólogo clínico “chegar à Criança”. Para as crianças o brincar é a melhor forma de exprimir sentimentos. Para Winnicott (1975) a brincadeira é um ato universal próprio de um crescimento saudável.

A ludoterapia é uma forma da criança se expressar de forma livre. Mostrar as suas emoções e o seu sentir sem qualquer restrição. Através da ludoterapia a criança consegue mostrar os seus sentimentos menos positivos (ansiedade, medos, tristeza, raiva), de forma indireta distancia-se dos problemas que diretamente não conseguiria

lidar (Axline, 1948). Para Axline (1947), existem oito princípios básicos para o desenvolvimento da Ludoterapia Centrada na Criança: “1.estabelecimento do *rapport*, 2.aceitação da criança como ela é, 3.permissividade no relacionamento do terapeuta com o cliente, 4.identificação e reflexo de sentimentos como atitudes terapêuticas, 5.profundo respeito pela capacidade da criança, 6.permitir que a criança indique o caminho, 7.considerar que o processo terapêutico é gradativo e 8.estabelecer os limites de realidade para nortear a relação com a criança” (Campos & Cury, 2009). Relativamente aos oito princípios básicos definidos por Axline podemos explicar um pouco melhor cada um deles. No que diz respeito ao estabelecimento do *rapport*, será a forma como o terapeuta se dirige num primeiro contacto à criança, um simples olhar, um sorriso, o tom de voz do próprio terapeuta, nunca forçando a criança a fazer o que não quer (Axline, 1947).

Em segundo lugar a aceitação da criança tal como ela é, referente à forma como o terapeuta aceita a criança. Nunca deverá fazer juízos de valor, ou qualquer gesto que possa transmitir uma crítica, ou falta de aprovação de si. O terapeuta deve explicar à criança que poderá brincar ou conversar da forma que quiser, durante a sessão (Axline, 1947).

Em terceiro lugar a permissividade no relacionamento do terapeuta com o cliente diz respeito à forma livre de como a criança se deve sentir enquanto estiver na terapia. Uma certa permissividade possibilita que a criança se sinta livre e se possa exprimir como bem precisar (Axline, 1947).

Em quarto lugar a identificação e reflexo de sentimentos como atitudes terapêuticas, diz respeito à reformulação que o terapeuta poderá ir realizando com base na brincadeira que a criança está a fazer no momento, atendendo que o brincar traduz os sentimentos da criança, se o terapeuta traduzir o simbolismo do brincar em palavras, será mais fácil para a criança tomar consciência do seu sentir (Axline, 1947).

Em quinto lugar Axline fala-nos no profundo respeito pela capacidade da criança, que nos mostra que a criança é responsável por resolver os seus próprios problemas. A criança será a responsável por mudar ou não e assim poderá com as suas escolhas alcançar o caminho que pretende (Axline, 1947).

Permitir que a criança indique o caminho é apresentado em sexto lugar, e mostra-nos que a não diretividade deverá estar sempre presente no momento da terapia com a criança. O terapeuta nunca deverá induzir as conversas. Deve caminhar lado a lado com a criança, partilhando as brincadeiras (Axline, 1947).

Em sétimo lugar, Axline fala-nos na forma como devemos compreender que o processo terapêutico é gradativo, indica-nos que na terapia é o único sítio onde a criança poderá andar de acordo com a sua vontade. É dentro do seu próprio tempo que a criança fala dos seus sentimentos e problemas (Axline, 1947).

Em oitavo e último lugar aparece-nos o estabelecimento de limites de realidade para nortear a relação com a criança que nos indica que os limites na relação servem para colocar alguma realidade no mundo da criança. Limites como a duração da sessão ou a utilização dos brinquedos sem os estragar, servirão para a criança perceber que tanto na terapia como no mundo real existem limitações (Axline, 1947).

A ajuda do terapeuta através da ludoterapia, depende das vivências da criança, ou seja, da sua própria experiência, sendo a criança um ser capaz de crescer e evoluir. A ludoterapia não tem como objetivos, resolver os problemas que as crianças nos trazem, mas sim ajudá-las a crescer e conseqüentemente terão capacidades próprias para os resolver (Axline, 1986).

1.3.2. Testagem psicológica de crianças no âmbito da violência interparental

A avaliação psicológica e a aplicação de testes psicométricos são competências únicas do psicólogo clínico, que chamamos de psicodiagnóstico. O psicodiagnóstico é mais do que uma mera avaliação psicológica. É uma avaliação psicológica com um objetivo clínico (Cunha, 2000). É uma ferramenta que ajuda o psicólogo a compreender melhor o sofrimento e o pedido de ajuda que os clientes nos dirigem.

Não será essencial para o estabelecimento de uma relação terapêutica, por vezes acaba mesmo por ser irrelevante. Alguns psicólogos humanistas criticam a utilização excessiva dos testes de diagnóstico, atendendo que estes acabam por rotular o cliente, deixando-o em condição de inferioridade perante o terapeuta (Pires, 2004).

O psicodiagnóstico e o acompanhamento são duas coisas distintas. Quem nos chega traz consigo sofrimento, e assim é importante começar desde logo o acompanhamento. É igualmente importante, em primeiro lugar, perceber qual é o pedido de ajuda que nos é dirigido, de forma a percebermos a necessidade de realização de uma avaliação psicológica.

Para se realizar uma avaliação devem estar presentes quatro pontos fundamentais: “A Atitude terapêutica no processo de avaliação, a finalidade da mesma, a seleção das provas ou testes a serem utilizados e a interpretação das provas” (Patterson

& Watkins, 1992, citados por Pires, 2004). Caso seja necessária a avaliação será muito importante escolher as provas mais adequadas de acordo com o pedido que nos foi feito. A qualidade do Psicodiagnóstico está relacionada com a escolha dos instrumentos a utilizar pelo psicólogo clínico (Zacker, 1989, citado por Cunha, 2000).

Muitas vezes a forma como nos são encaminhados os clientes pode enviesar as nossas escolhas (Cunha, 2000). O processo de avaliação psicológica tem início na primeira consulta, quando realizamos a recolha de dados para a anamnese (Brites & Pires, 2008).

No entanto o melhor instrumento de diagnóstico são as seis condições necessárias e suficientes, onde o terapeuta está envolvido, e a qualidade da relação assume um papel essencial para os resultados alcançados (Hipólito, 2000, citado por Pires, 2004).

Em contexto de casa abrigo, as crianças a serem avaliadas e acompanhadas, são identificadas pelas técnicas que recebem as famílias e que têm acesso aos processos. A maior parte das crianças chega bastante fragilizada, e é também pelas suas vivências de exposição à violência direta e indireta por parte dos seus pais, que são encaminhadas para a consulta de psicologia clínica, aquando a entrada na casa abrigo. Neste caso podemos verificar dois clientes a criança e a instituição. São realizados dois relatórios, tendo por base a adequação da linguagem (Brites & Pires, 2008).

Para se realizar uma avaliação psicológica à criança, o nosso cuidado e atenção devem ser redobrados, atendendo que devemos ter em atenção a forma como estão disponíveis para a realização das provas, já que muitas vezes as provas são geradoras de tensão. (Brites & Pires, 2008). Sendo que muitas vezes as crianças estão cansadas ou pouco disponíveis para a realização das provas. Deve o psicólogo clínico estar atento a todos os fatores externos e internos que possam condicionar os resultados.

No caso específico de crianças expostas a situações de violência interpARENTAL, importa avaliar o impacto desta exposição no seu desenvolvimento e na sua perceção sobre o mundo que as rodeia. O facto de estarem expostas a estas situações é motivo de stress na criança, interferindo negativamente no seu ajuste psicológico (Sani, 2000). Muitas vezes as crianças assistem a atos de violência durante diversos anos.

Sani desenvolveu três escalas específicas no âmbito da violência interpARENTAL, as quais só podem ser aplicadas a crianças a partir dos 10 anos de idade. A Escala de Perceção da Criança dos Conflitos Interparentais (Sani, 2006) avalia a perceção da criança relativamente à frequência, intensidade e resolução dos conflitos Interparentais,

assim como, as suas capacidades de coping e percepção de ameaça e culpa. A Escala de Crenças da Criança sobre a Violência (Sani, 2006), que avalia as crenças das crianças acerca da violência, e a Escala de Sinalização do Ambiente Natural Infantil. (Sani, 2007), que permite avaliar o sistema familiar da criança, de modo a identificar a ocorrência de situações de violência. Estas três escalas foram utilizadas durante meu estágio.

II. Atividades do estágio

2.1 Atividades realizadas/Objetivos do estágio

O trabalho realizado no âmbito do estágio na casa abrigo, foi no meu entender bastante rico, pois numa fase inicial, após a minha integração na casa e nas suas rotinas, fui pesquisando sobre a violência doméstica e sobre a casa abrigo.

Após uma das reuniões de equipa ficou definido que ficaria responsável por avaliar e acompanhar os filhos das vítimas. A psicóloga clínica da casa ficou com os acompanhamentos às mães. Seria nas reuniões mensais que seriam debatidos cada um dos casos em acompanhamento. Para além desta discussão, eu era orientada pelo psicólogo responsável da cooperativa, que era o meu orientador no local de estágio.

Todas as atividades no âmbito da psicologia clínica, tiveram o seu início com a minha entrada enquanto estagiária na casa abrigo. Ocorreram inúmeras alterações em simultâneo. O meu orientador que também tinha acabado de chegar à casa abrigo enquanto responsável por reestruturar as atividades e os acompanhamentos às utentes. Até esta data as consultas de psicologia era praticamente inexistentes, sendo que os técnicos eram poucos e acabavam por fazer mais um trabalho administrativo e de acolhimento inicial, que era essencial para a integração das famílias na casa. Para além de todas as dificuldades já descritas na realização do meu trabalho na casa, outro dos constrangimentos era a inexistência de materiais, provas de avaliação psicológica e um espaço mais resguardado para a realização das sessões.

Depois de verificar as necessidades e de definir o trabalho a realizar, tornou-se imprescindível para o meu trabalho junto das crianças que estavam acolhidas com as mães, compor uma mala de ludoterapia. Sendo o brincar uma forma privilegiada de chegar às crianças. Assim depois de verificar na bibliografia existente, os brinquedos existentes na mala, adquiri tudo o que seria necessário, utilizando assim a minha própria mala. A mala de ludoterapia que compus tinha: uma família em madeira, um pano, um boneco de encaixes, uma seringa e um estetoscópio, animais selvagens, animais domésticos, uma pistola, um telemóvel, vários utensílios de cozinha, uma pá com vassoura, peças em madeira, um biberão, um penico, soldadinhos, um livro de cartão, plasticina, canetas e lápis de cor, uma tesoura e vários carrinhos (táxi, ambulância, polícia e outros).

Tabela 1. Atividades realizadas durante o estágio

Atividades	Horas
Pesquisa bibliográfica: violência doméstica e crianças expostas a violência interparental/observação	140
Participação em atividades desenvolvidas pela casa abrigo	24
Leitura de processos/pedidos de acolhimento	80
Criação/Atualização de base de dados com pedidos de acolhimento (SPSS de 2002 a 2013)	150
Reuniões de equipa	20
Criação de documentos: anamnese e registo de consulta	26
Primeiras consultas, avaliações psicológicas, devolução de relatórios	125
Consultas de psicologia clinica	40

As atividades desenvolvidas foram muito enriquecedoras e diversificadas. Das atividades acima apresentadas, a atividade que melhor me deu a noção da realidade da violência doméstica, foi a criação da base de dados com todos os pedidos de acolhimento. Esta base de dados era inexistente, no entanto havia esta necessidade. Assim, eu pude ler e registar todos os pedidos de 2002 a 2013 e ficar com um conhecimento abrangente das realidades que chegavam à casa abrigo. Todos os pedidos foram devidamente numerados e arquivados. Foi um trabalho bastante moroso e que requereu a minha parte uma enorme dedicação.

Penso que para qualquer estagiário o momento de dar início ao trabalho com o público-alvo é o mais aguardado. Para mim não foi exceção. O momento de iniciar as avaliações e as consultas foi o mais esperado. O treino enquanto psicóloga clinica foi, sem dúvida, o que mais contribuiu para a minha formação enquanto profissional. No entanto, a consciência da responsabilidade que este trabalho exige é sem dúvida enorme, o que fez com me estivesse sempre a questionar sobre a qualidade do mesmo. Neste sentido, as reuniões de equipa assumiram um papel de grande importância. Era nelas que os casos eram debatidos, assim como as dificuldades sentidas.

O momento da realização da avaliação psicológica foi igualmente importante, foi necessário realizar um trabalho de preparação e familiarização com cada uma das

provas de avaliação psicológica. A avaliação das provas e elaboração dos relatórios, assim como a análise dos resultados, foi muito importante, pois fez com que pudesse ganhar confiança no trabalho que estava a desenvolver. A ajuda do meu tutor foi muitíssimo importante e decisiva, pois esteve sempre disponível, supervisionando o meu trabalho e clarificando as minhas dúvidas.

No que diz respeito à participação nas atividades desenvolvidas pela casa abrigo, pude acompanhar as utentes e os seus filhos em diversas atividades que foram preparadas no exterior da casa. Um dos dias que toda a equipa tentou que fosse especial para as utentes foi o dia da Criança. Desenvolvemos diversos jogos, promovendo o convívio e os laços entre mães e filhos.

Estas atividades contribuem para melhorar as relações entre as utentes e os seus filhos, pois muitas vezes o relacionamento numa casa de todos não é fácil. Na casa abrigo realizei diversas primeiras consultas a outras crianças e jovens, no entanto, não foi possível realizar o acompanhamento pois, muitas vezes, o período de permanência na casa abrigo era muito breve. Existem muitas transferências entre casas abrigo, na maior parte dos casos a pedido das utentes, outras vezes, devido à existência de situações que podem comprometer a sua segurança.

Um dos casos que me foi atribuído, era um menino de sete anos diagnosticado com Autismo. Foi-me pedido que avaliasse o caso e que posteriormente o acompanhasse. Achei muitíssimo interessante e desafiador tendo em atenção que este tipo de problema acarreta uma vasta experiência e inúmeras pesquisas.

Iniciei a minha pesquisa, artigos e bibliografia existente, de forma a conseguir dar uma resposta a este desafio. Depois da primeira consulta, e após termos marcado a avaliação, soube pelo meu tutor, que a utente teria abandonado a casa e voltado para o agressor. Esta é uma das situações que ocorre com maior frequência do que se pensaria. Muitas vezes as vítimas, após estarem institucionalizadas, acabam por manter contacto com os agressores, voltando para perto dos mesmos.

Na casa abrigo chegaram a ocorrer situações complicadas relacionadas com o fato das vítimas manterem contacto com os agressores. A proximidade aos agressores acaba por colocar em causa a segurança de todas as utentes que estão institucionalizadas na casa abrigo. As vítimas, mesmo depois de terem experienciado várias agressões e vários momentos de arrependimento, sendo este um ciclo que se vai repetindo, com fases cada vez mais curtas, voltam a acreditar no arrependimento do agressor, muitas

vezes repleto de palavras doces (fase de lua-de-mel) e de promessas que não tencionam cumprir, acabando as vítimas por ceder.

Em relação aos objetivos do meu estágio, o objetivo principal seria a aquisição de competências enquanto psicóloga clínica. As atividades foram planejadas e distribuídas ao longo do tempo de realização do estágio.

Assim, de acordo com os objetivos gerais do estágio, propunha-me realizar as seguintes atividades:

- Dezembro: observação do funcionamento da casa-abrigo, de forma a perceber as dinâmicas da casa, e realização de pesquisa bibliográfica (violência doméstica e crianças expostas a violência interparental).
- Janeiro: Dar continuidade à pesquisa bibliográfica e criação de uma base de dados com os pedidos que chegaram desde sempre à casa abrigo.
- Fevereiro a Maio: Primeiras consultas de psicologia clínica, avaliações psicológicas e devoluções de relatórios com os resultados da avaliação, assim como o estabelecimento de contratos terapêuticos.
- Junho e Julho: Dar continuidade aos acompanhamentos e às consultas de psicologia clínica.

Para a realização de todas as atividades acima descritas, foi importante desenvolver inúmeras competências, enquanto psicóloga clínica. Para além de desenvolver competências no domínio das provas a aplicar em cada uma das avaliações realizadas, foi igualmente importante, cotar, e realizar os relatórios para devolução dos resultados. Quando me foi proposto realizar uma base de dados com todos os processos existentes, a minha experiência no trabalho com o SPSS também era bastante limitada, o que fez com que pudesse aprender.

A realização de consultas de psicologia clínica e o acompanhamento em cada um dos casos que tive hipótese de acompanhar, foi sem dúvida a maior das aprendizagens. Para além de ser o momento mais esperado, foi importante aprender a controlar o nervosismo inicial e ir desenvolvendo em mim, uma maior confiança, aprender a escutar e estar totalmente envolvida nas vivências e sentimentos que eram descritas.

2.2 Avaliação psicológica

Em reunião com o psicólogo responsável foram debatidos diversos temas, nomeadamente o plano de testagem realizado às crianças que iria acompanhar. A avaliação inicial servia para que houvesse da parte da equipa uma resposta ao pedido de ajuda por parte das famílias que chegavam. Era importante perceber o impacto da exposição à violência nos menores que acompanhavam as mães. Por outro lado, era importante ser implementado um modo de funcionamento organizado, aquando de cada acolhimento novo.

Muitas das crianças que acompanhavam as mães já eram acompanhadas antes de entrarem na casa abrigo, sendo assim urgente dar continuidade às necessidades de cada um dos menores.

Foi decidido, de acordo com os objetivos traçados, que às crianças entre os quatro e os oito anos, seriam aplicadas as provas: Bar-Ilan, Desenho da Família e Ludodiagnóstico. Para as crianças a partir dos oito anos seriam aplicadas: Escala de Inteligência de Wechsler para crianças (WISC-III, 3ª edição), Rorschach - Exame de personalidade e funcionamento emocional (Sistema Integrativo de Exner) e Bar-Ilan.

A partir dos 10 anos de idade iríamos ainda aplicar as escalas: Escala de Perceção da Criança dos Conflitos Interparentais (C.P.I.C), Sinalização do Ambiente Natural Infantil (S.A.N.I.) e Escala de Crenças da Crianças sobre a violência (E.C.V.V.). Mesmo que as crianças não tivessem indicação para consultas de psicologia clínica, ficou decidido em reunião que seriam aplicadas estas três escalas, de forma a perceber o impacto em cada um dos menores da violência a que assistiram.

Haveria, por parte da equipa, abertura para podermos introduzir outras escalas e provas, de forma a podermos ter um conhecimento mais aprofundado de cada caso, consoante a necessidade. No entanto, qualquer proposta deveria passar pela aprovação do meu tutor.

Assim, após a primeira consulta que fosse realizada e o preenchimento da anamnese, seriam debatidas as provas a utilizar, de acordo com o pedido feito. Ficou igualmente decidido que, após a realização das provas de avaliação psicológica, seriam realizados relatórios diferentes, um para devolver às mães e outro para ficar no processo da família. Antes da devolução às mães dos resultados, os mesmos deviam ser debatidos e validados igualmente pelo tutor.

Tabela 2. Bateria de provas utilizadas na casa abrigo

Provas de avaliação psicológica	Objetivo	Idade
WISC-III- Escala de Inteligência de Wechsler para crianças-3ª edição	Avaliação das competências e capacidades intelectuais dos menores.	>8anos
Rorschach - Exame de personalidade e funcionamento emocional-Sistema interpretativo Exner	Teste de personalidade e compreensão do estado clínico da criança.	>8anos
Desenho da Família	Avaliar o estado afetivo da criança e a sua representação do contexto familiar	>4anos <8anos
Desenho da Figura Humana	Teste cognitivo, serve para calcular o coeficiente de inteligência	>4anos <8anos
Mala de Ludo/ Ludodiagnóstico	O Ludodiagnóstico ajuda-nos a perceber como a criança se relaciona com o mundo. Através do brincar, a criança mostra o seu mundo (relações sociais, aspetos cognitivos.etc)	>4anos <8anos
Escala de Crenças da Criança sobre a Violência (E.C.C.V)	Verificar a existência de crenças que os menores possam ter relativamente à violência (sobretudo física e psicológica).	>10anos
Escala de Perceção da Criança dos Conflitos Interparentais (C.P.I.C.)	Averiguar quais as percepções e interpretações dos menores sobre os conflitos Interparentais	>10anos
Sinalização do Ambiente Natural Infantil (S.A.N.I.).	Avaliar na ótica da Mãe o sistema familiar da criança.	>10anos

Cada uma das crianças encaminhadas para a consulta de psicologia clínica seria acompanhada por mim. No momento era a única estagiária, na área da psicologia clínica, na casa abrigo. Como até à data existiam algumas crianças na casa que tinham indicação para consulta de psicologia, e nenhuma estaria a ser acompanhada, fiquei responsável por dar uma resposta nestes casos.

Para poder organizar este novo modo de funcionamento na casa abrigo, foi importante termos encontrado um novo espaço na casa, onde pudemos dar início às consultas. Até à data o único espaço disponível era um escritório, que servia para o acolhimento inicial e para as consultas. Era um espaço utilizado pelas técnicas da casa e onde as utentes se deslocavam para solicitar o que precisassem. Um espaço diferente e mais resguardado foi essencial. Foi assim possível, passado algum tempo do início do

meu estágio, preparar um espaço para dar início as consultas. O espaço que encontrámos na casa era um anexo onde iriam ser realizadas obras e melhorias.

A casa abrigo perspectivava ter disponível, futuramente, um apartamento à parte, que serviria para situações de acolhimento de emergência. Dentro deste espaço existia uma sala, onde passaram a decorrer as nossas sessões. Existiam alguns constrangimentos relativamente ao facto de ser o espaço onde as auxiliares, tinham os seus cacifos. E algumas vezes ocorriam interrupções. O espaço era também bastante húmido e cheio de brinquedos e sacos com roupas dadas à instituição. Era um espaço que futuramente iria sofrer obras. No entanto tivemos de nos abstrair do espaço ao nosso redor que apesar de não ter as condições ideais, era o espaço disponível. Muitas vezes nestas situações o *setting* não é o mais adequado. O mais importante seria a qualidade da relação que estaríamos a estabelecer. Fizemos desta área o espaço em que cada uma das crianças poderia expressar-se de forma livre.

Quanto ao procedimento geral adotado: era realizada uma primeira consulta, com a mãe e a criança, de forma a percebermos o pedido/queixa. Era igualmente feito um levantamento de dados, a história clínica da criança. Foi criado um registo de anamnese, pois não existia (anexo I). Na segunda consulta, daríamos início à avaliação psicológica com as provas escolhidas, com base no pedido. A avaliação poderia decorrer em duas ou três sessões. A consulta seguinte seria realizada na presença da mãe e do meu tutor para devolução dos resultados e entrega do relatório. Na devolução do relatório de avaliação psicológica, seria igualmente realizado o contrato terapêutico, com a definição da periodicidade das consultas e duração. Assim sendo, as consultas seriam realizadas semanalmente e teriam a duração de 45 minutos.

No total realizei quatro avaliações completas e 3 primeiras consultas, que não tiveram qualquer desenvolvimento, pois as famílias saíram da casa abrigo, tendo uma delas voltado para o agressor. Todas as outras foram transferidas para outra casa abrigo.

2.3. Apresentação dos casos clínicos

Os casos clínicos apresentados são dois casos muito semelhantes, à primeira vista. São duas meninas, uma de 12 e outra de 13 anos, que acompanham as suas mães, depois de vários episódios de violência da parte dos pais às suas mães. Muitas vezes os maus tratos e as agressões foram realizados na presença das menores. Uma das jovens era proveniente do norte e outra do sul do país. No entanto, são dois casos bastante diferentes, ao nível das vivências e na forma de estar.

2.3.1 Caso clínico A “Maria” (Todos os nomes apresentados são fictícios)

História clínica

A Maria é uma menina de 13 anos, portuguesa, que está na casa abrigo com a mãe, derivado aos maus tratos infligidos pelo pai àquela. Entra na consulta muito sorridente, é uma menina que revela logo uma grande afetuosidade, no entanto, alguma coisa é diferente no olhar da Maria e na sua forma de andar. Na primeira consulta a Maria vem acompanhada pela sua mãe. Solicito mais algumas informações sobre a Maria e o seu desenvolvimento. Vou anotando algumas informações, para que posteriormente consiga preencher a anamnese.

A mãe refere que o parto foi normal, tendo sido uma gravidez desejada e planeada. Teve alimentação materna até aos 15 dias de vida e sempre revelou interesse em novos alimentos. Controlou os esfíncteres aos 18 meses. A mãe refere que acidentes na infância só mesmo a cabeça que partiu aos seis anos, por ser muito traquina. A mãe conta que durante a gravidez teve um vírus que não sabe identificar, mas que provocou na Maria lesões cerebrais que se refletem na motricidade e na atenção/concentração. Desde os seis anos que é acompanhada em pedopsiquiatria na região onde moravam, tendo tomado Ritalina dos 6 aos 12 anos.

Na infância vivia com a mãe, o pai e uma irmã mais velha. A Maria é uma criança de trato fácil, sendo a sua adaptação à escola normal. Na sala de aula conta desde sempre com uma professora de ensino especial, com adaptações curriculares. A mãe mostra-se muito preocupada, e apesar de existirem alguns relatórios de vários técnicos, afirma não saber o que a Maria tem. A mãe refere ainda que as vivências da Maria, enquanto viviam com o pai, foram bastante traumáticas, tendo esta assistido inúmeras vezes à violência infligida pelo pai à mãe.

Existe historial de consumo de drogas e álcool aliado à violência. Já estão na casa abrigo há cerca de oito meses, a Maria está perfeitamente adaptada, mas mostra-se ansiosa, pela incerteza de como será a sua vida quando sair dali com a mãe. Por norma as famílias ficam na casa abrigo durante seis meses, como referi anteriormente, no entanto esta família teve a autorização (com base num relatório da equipa técnica da casa abrigo) para permanecer mais algum tempo, atendendo que a mãe arranhou somente agora trabalho, e foi feito um pedido para uma casa social para ambas. Assim ambas ficarão na casa cerca de 12 meses.

Do processo da Maria consta um relatório do neuropediatra que a acompanhava na sua área de residência. O relatório é de quando a Maria tinha 11 anos. Refere que a Maria é seguida nesta especialidade desde os cinco anos de idade. Na altura as queixas estavam relacionadas com problemas ao nível da motricidade fina, assim como dificuldades de aprendizagem, relacionadas com défice de atenção/concentração. Exames de neuroimagem realizados sugeriam lesões sequelares de provável infeção intra-uterina tardia. Refere igualmente que a Maria beneficia de apoio escolar personalizado e que se encontra medicada com psicostimulantes. É ainda seguida em oftalmologia, pois tem estrabismo. Revela ainda algumas dificuldades no andar. A Marcha é feita com apoio no bordo externo do pé, por vezes com queixas dolorosas, dificuldade da marcha em calcanhares.

No relatório está igualmente presente os resultados de uma avaliação cognitiva realizada anteriormente, com a WISC-III. Os resultados apontam para um Q.I de 68. Há recomendação para haver continuidade no acompanhamento em consulta de desenvolvimento, assim como em fisioterapia e psicomotricidade. Desde que foi acolhida na casa abrigo com a sua mãe, a Maria deixou de estar medicada.

Durante a primeira consulta, depois do preenchimento da anamnese, solicitei à mãe que me deixasse ficar com a Maria, para podermos conversar um pouco. De forma natural a Maria vai falando sobre diversas coisas da sua vida. Mostra necessidade em partilhar os seus sentimentos sobre as suas vivências. Fala de quando eram uma família. No seu sentir, quando vivia com o pai e com a mãe na mesma casa, as coisas eram muito más. Revela que assistiu ao pai bater na mãe e apertar-lhe o pescoço. No que diz respeito ao seu relacionamento com o pai, as coisas não eram fáceis. Diz que o pai não lhe ligava. Assistiu ao pai consumir drogas, o que a marcou bastante. Sentia-se sempre com medo do que poderia acontecer consigo e com a sua mãe. Ouviu inúmeras vezes o pai ofender a mãe e dizer palavrões. A Maria diz que ficou muitas vezes triste e chocada

com as atitudes do pai. Diz que acha muito boa ideia passar a ser acompanhada na casa abrigo, revelando grande necessidade de ser ouvida e aceite.

Avaliação Psicológica

Depois da primeira consulta, demos início à avaliação psicológica da Maria. Antes de ser acolhida na casa com a sua mãe, a Maria era acompanhada em psicologia clínica. É uma menina de trato fácil e que demonstra estar sempre disponível para conversar, e empenhada na realização das atividades propostas. Perante a decisão das provas a aplicar em reunião com o tutor, avancei para a avaliação, a qual teve a duração de três sessões. A Maria foi avaliada com: WISC-III (Escala de Inteligência de Wechsler para crianças), Rorschach (Exame de Personalidade e Funcionamento Emocional-Sistema Integrativo de Exner), Escala de Crenças da Criança sobre a Violência (E.C.C.V.), Escala de Percepção da Criança sobre os Conflitos Interparentais (C.P.I.C.) e Sinalização do Ambiente Natural Infantil (S.A.N.I.). Apresentamos em seguida os resultados.

WISC-III - Escala de Inteligência de Wechsler para crianças (3ª Edição)

A WISC-III foi a primeira prova de avaliação a ser aplicada. A aplicação da prova foi realizada no início de 2013.

Tabela 3. Resultados obtidos na WISC-III (caso A)

	<u>Resultado</u>	<u>QI/Índice</u>	<u>95% Intervalo de confiança</u>
<i>Verbal</i>	37	81	75-90
<i>Realização</i>	21	62	58-76
<i>Escala Completa</i>	58	65	60-78
<i>CV</i>	31	85	78-94
<i>OP</i>	9	55	52-70
<i>VP</i>	2	50	50-72

A Maria apresenta um quociente de inteligência (Q.I) verbal Médio Inferior, um Q.I. de realização Inferior e o Q.I. de Escala completa Inferior. A diferença de Q.I's é significativa pois a diferença está acima dos 15 pontos (99% de significância). Esta diferença de Q.I's poderá ter por base dificuldades visuais. O fato do Q.I verbal ser muito superior ao Q.I de realização poderá sugerir compromisso do hemisfério cerebral direito, o

qual poderá ser consequência de lesão cerebral, atendendo que a Maria estará “mais virada” para a introspecção do que para a ação.

Os fatores cognitivos que estão a interferir com o seu desempenho estão relacionados com a capacidade de computação, com o raciocínio quantitativo, com o reconhecimento e identificação visuais (memória visual de longo prazo) sem atividade motora essencial, na velocidade psicomotora, na análise do todo a partir de partes componentes, na formação de conceitos não-verbais, no benefício do *feedback* sensório motor, na antecipação das relações entre as partes e na velocidade de procura visual, mostrando que em atividades que necessitem de uma boa coordenação visuo-motora e expressão verbal, a Maria terá maiores dificuldades na sua realização. De acordo com a sua média denotam-se competências ao nível do conhecimento geral factual, no pensamento logico-abstrato, no seguimento de um padrão visual, na demonstração de informação prática, na avaliação e uso de experiências passadas e no conhecimento dos comportamentos convencionais padronizados.

Teste de Rorschach

O Teste de Rorschach foi a última prova a ser aplicada na avaliação realizada. Depois de codificadas e avaliadas as respostas pudemos verificar:

Ideação (parte da tríade cognitiva, refere-se à forma como a Maria conceitualiza e utiliza a informação): A este nível a Maria apresenta alguma predisposição para lidar com os afetos a um nível ideacional, representando uma forma ingénua de tentar distorcer o verdadeiro impacto das situações [2 AB+ (Art + Ay) =2]. O seu pensamento caracteriza-se pela presença de pessimismo. Independentemente do esforço que investe nas atividades tende a antever e antecipar um triste resultado para o seu futuro (MOR=4) (Exner, 2003).

Mediação (parte da tríade cognitiva, refere-se à forma como traduz e identifica a informação): Na Mediação de informação a Maria vê as coisas de uma forma menos convencional, mais individualizada, mesmo em situações simples ou definidas com precisão, o que poderá ocorrer por incapacidade ou dificuldade em expressar respostas demasiado óbvias (P=3). A elevada frequência de comportamentos que negligenciam as exigências ou expectativas sociais ocorre devido a uma tendência para ver as coisas a partir do seu próprio ponto de vista, podendo implicar um excessivo auto-centramento, sendo as suas percepções em função das suas necessidades (X+%=0, 29; Xu%=0, 21) (Exner, 2003).

Processamento de Informação (diz respeito à forma como integra a informação que lhe chega do exterior, faz igualmente parte da triade cognitiva): A Maria envolve-se excessivamente com os estímulos. Deixa passar demasiados estímulos, não simplificando adequadamente, sendo incapaz de discriminar entre informação relevante e acessória ($L=0,17$). Possui um baixo nível de motivação e iniciativa, ou pouca capacidade cognitiva ($Zf=9$). Dá pouca importância aos detalhes que se impõem perceptivamente, manifestando tendência para realizar elevados gastos energéticos ($D=4$). Manifesta grande dificuldade em realizar processos de análise e síntese ($DQ+=2$) (Exner,2003).

Controlo e Tolerância ao Stresse (forma como responde perante situações de maior tensão, reflete igualmente a sua capacidade para utilizar os seus recursos, face a estas situações): A Maria tem uma boa capacidade de tolerância ao stresse. É capaz de identificar e utilizar mais recursos próprios e com eles lidar melhor com situações de tensão ($AdjD=1$). Apresenta um estilo mais emocional, manifestando uma tendência para misturar os seus sentimentos com os seus processos cognitivos na resolução de problemas e tomadas de decisão, podendo o impacto das emoções sobre o pensamento originar processos de ideação mais complexos. Preocupa-se menos em retardar ou modular as suas expressões afetivas e tende a usar essas trocas como fonte principal de gratificação, sendo o contacto com os outros e o processamento de emoção prioritários ($EBPer=2, M=3, SumpC=6$). Denota-se uma excessiva interiorização de sentimentos que a Maria preferia exteriorizar. Este processo psicológico conduz a várias experienciais de desconforto, incluindo ansiedade, tristeza, tensão, apreensão e possíveis perturbações somáticas ($C'=4$). As relações interpessoais caracterizam-se por superficialidade e cautela, uma vez que a Maria não sente o apoio e a proximidade do outro ($T=0$) (Exner, 2003).

Aspetos Afetivos: a Maria tende a misturar as emoções com o pensamento, nas situações que envolvam o confronto. No entanto surgirão situações nas quais as emoções são relegadas para segundo plano em favor de uma abordagem ideacional ($EBPer=2$). Realiza esforços para manter a sua autonomia e as suas características mais individuais quando responde às exigências externas, constituindo uma procura de independência e autoafirmação ($s=1$) (Exner,2003).

Perceção de Si (forma como a Maria se a vê, diz respeito à sua autoimagem): A Maria envolve-se em comportamentos de introspeção com certa frequência ($FD=1$). Apresenta dificuldades nos processos de identificação, ou traços de isolamento, não conseguindo lidar com a empatia ou não se identificando com os valores sociais ($H=1$). Denota-se alguma preocupação com a sua imagem corporal ($An=1, Xy=1$). A autoimagem

da Maria está marcada por características negativas e o pensamento inclui mais pessimismo do que seria de esperar, ou seja, existência de uma imagem pessoal desvalorizada (Mor=4). (Exner,2003)

Relacionamento Interpessoal (a forma como se relaciona com os outros): manifesta uma elevada insegurança acerca da sua integridade pessoal e tende a recorrer a um autoritarismo infantil e defensivo em situações interpessoais que a ponham em causa (PER=5). A Maria não percebe nem espera comportamentos positivos ou negativos nas interações. Tende a sentir menos segurança e menos conforto em situações interpessoais, poderá ser vista pelos que a rodeiam como distante e reservada (COP=0, AG=3) (Exner,2003)

Escala de Crenças da Criança sobre a Violência (E.C.C.V)

A Maria assinalou que os comportamentos violentos devem apenas ser da preocupação de quem os pratica, tendo de existir um motivo para que tais comportamentos aconteçam. A confiança excessiva nos outros pode, por seu lado, levar a comportamentos agressivos. Alimenta a crença que o consumo de álcool está na base da agressividade.

Escala de Perceção da Criança sobre os Conflitos Interparentais (C.P.I.C.)

Tendo por base o contexto violento a que esteve exposta, a Maria perceciona o ambiente familiar como instável e conflituoso. As discussões dos pais, às quais assistiu exposta, fazem com que não saiba lidar com situações de conflito, sentindo-se muito preocupada e envolvida nas situações. Para a Maria, mesmo depois das situações de conflito no ambiente familiar, a discórdia acaba por se manter.

Sinalização do Ambiente Natural Infantil (S.A.N.I).

Constatamos que a Maria perceciona o ambiente familiar que vivenciou como bastante violento, sendo recorrente presenciar situações tanto de violência física como psicológica. Denota-se que os problemas emocionais são os que marcam maior presença.

Conclusão:

Perante a avaliação realizada e após a devolução dos resultados, o nosso parecer foi no sentido da menor poder beneficiar de consultas semanais num período de 12 semanas, ao fim das quais, iremos proceder à reavaliação (total ou parcial), sendo a continuidade decidida em função dos resultados obtidos. A intervenção irá visar a promoção dos recursos emocionais e cognitivos da personalidade da Maria, bem como uma componente psicoeducativa ao nível das crenças disfuncionais relativamente à violência.

Acompanhamento psicológico

Após a apresentação dos resultados obtidos na avaliação e devolução do relatório à mãe (anexo VI) ficou combinado que a Maria passaria a ser acompanhada em consulta de psicologia clínica por mim, uma vez por semana, sendo a consulta realizada na casa abrigo, sempre em horário a combinar (semanalmente), tendo por base as suas atividades escolares. A consulta teria a duração de 45 minutos. Foi igualmente entregue um relatório assinado por mim e pelo tutor para fazer parte do processo da mãe. No total realizámos 10 consultas de psicologia clínica (transcritas anexo IV), entre janeiro e junho de 2013.

Na primeira sessão a Maria veio muito disponível e sorridente. Já tinha demonstrado, na entrega dos resultados à mãe, toda a sua disponibilidade para estar nas sessões comigo. Nesse momento foi sublinhada a importância de a Maria estar sempre disponível para as consultas. Com estas sessões seria possível trabalhar algumas questões emocionais que estariam a bloquear a Maria, facilitando o seu desenvolvimento e “crescimento”. A mãe também se mostrou muito satisfeita, atendendo que a filha tinha deixado de ser acompanhada aquando a entrada na casa abrigo. A mãe foi igualmente informada que seria importante estar atenta à Maria, pois muitas vezes existem retrocessos, que são normais e esperados.

Iniciei a primeira consulta informando a Maria da confidencialidade das sessões, não me permitindo a mim falar das coisas que são faladas durante este tempo. Inicialmente perguntei o que queria fazer. Mostrei-lhe a mala de ludoterapia, e estavam igualmente disponíveis sobre a mesa lápis e folhas brancas. No entanto a Maria referiu que pretendia conversar. Assim, a primeira sessão foi passada a conversar sobre o rapaz de quem gosta. Demonstrou uma grande preocupação relativamente aos sentimentos

que o rapaz tinha por si: *“já não sei se ele gosta de mim”*. Apesar de dizer que tinha sentimentos por si comportava-se de forma contraditória *“Ele diz que sim mas pela forma como se comporta não sei”*. E assim seguiu a nossa primeira sessão. Tentei dar uma resposta o mais adequada possível a cada uma das suas afirmações: *“as atitudes desse rapaz deixam-te confusa”*.

Na segunda sessão estava bem menos alegre, demonstrando alguma inercia e tristeza. Quando lhe perguntei o queria fazer: *“Não sei, talvez conversar, apesar de não ter grande coisa para falar”*. Há que referir que a Maria era bastante conversadora. Na sessão anterior falou sem qualquer problema. Respondeu que tem os seus problemas e que esses mesmos problemas a faziam sentir mal: *“Hoje não estou muito bem, tenho os meus problemas”*. Estava incrédula pois descobriu que o rapaz de quem gostava não gostava dela como ela pensava: *“(...) O rapaz de quem gosto, afinal não gosta de mim...nem acredito!”* Durante a sessão a Maria quase chorou com a descoberta que fez. No entanto foi uma amiga que lhe contou e, apesar de confiar na amiga, sabia que ela mentia à mãe, o que a deixava bastante desconfortável: *“(...) ela é minha amiga e às vezes acho que ela é mentirosa com a mãe, mas comigo não é, eu sei, porque eu também não sou com ela, não há motivos para mentir”*. Tentei ajudar a Maria a pensar sobre esta situação que a estava a deixar triste e incomodada: *“Como tu dizes sempre a verdade à Ana das tuas coisas, sentes que ela te diz sempre a verdade, mas vês que ela com a mãe não é verdadeira”*. Falou sobre questões que a incomodavam e deixavam triste (várias vezes quase chorou), estava a ser tão difícil que a Maria “fugiu” da conversa e perguntou se podia desenhar. Desenhou então uma banda rock, referindo que gostaria de ser assim: *“É mesmo a minha onda”* (sic). No entanto, a mãe não deixava que andasse assim vestida, toda de preto. Terminou o desenho e assinou.



Figura 1. Desenho realizado pela Maria na segunda sessão.

Na terceira sessão a Maria mostrou-se bastante animada e regressou ao tema inicial. Falou sobre o seu interesse por um rapaz. Trouxe para a consulta este tema para tentar compreender o que se passava e clarificar as suas ideias, atendendo que estava inicialmente muito confusa: “(...) Hoje vamos conversar, pois já pensei bastante acerca dos meus sentimentos pelo André”, “ (...) gosto dele mas ele deixa-me confusa, pois ele diz à Ana que gosta de mim só como amiga, e depois fala comigo na boa no facebook”. Tentei responder de forma adequada: “ Estás confusa, sobre o que na realidade o André sente por ti”. A Maria ficou indignada com os comportamentos da sua melhor amiga (que também está na casa abrigo) e do André: “ Eu não acho bem ele apalpar a Ana na escola (...)”. Um pouco desencadeado por este sentimento de que a Ana era mais bonita do que ela, revelou que não gosta de si: “ (...) A Ana não é mais bonita do que eu, mas eu também não me acho bonita (...) não gosto de mim”.

É sempre difícil quando estamos perante uma situação destas, em que a nossa cliente mostra sofrimento, tentei ser adequada na resposta, tentando compreender o que me era dito, de forma a ajudar a Maria compreender o que acabara de me dizer: “Maria tu não achas a Ana mais bonita do que tu, no entanto também não te achas bonita e não gostas de ti”. A forma de estar da Maria na mesma sessão alterava-se muito. O fato de eu estar a acompanhar também a sua amiga Ana trouxe alguma desconfiança por parte da Maria. Perguntou-me se eu sabia o que fez na escola, ao que eu respondi não saber. Mas mesmo assim insistiu e perguntou “A Ana não lhe contou? A Ana conta tudo a toda a gente, não mete a língua dentro da boca”. Aproveitei para clarificar que nas nossas sessões, existe confidencialidade, e que o que era dito em cada uma delas não

seria nunca revelado por mim. A Maria contou-me então que levou para a escola uma faca de sobremesa (que retirou da casa abrigo) e que quando estava perto dos seus amigos se cortou: *“Então eu levei uma faca daqui da casa para a escola e cortei-me, estava com o Pedro, a Ana e o André”*. Perante esta revelação, tentei perceber qual a sua intencionalidade: *“levaste para a escola uma faca e quando estavas com os teus amigos cortaste-te”*, nesta situação a Maria referiu que foi apenas uma chamada de atenção. Senti necessidade de, após esta sessão, reunir com o meu tutor de forma a perceber o que se tinha passado, fiquei bastante preocupada. Falámos sobre a situação e foi um episódio único. No próprio dia a Maria foi levada ao hospital. Na casa abrigo, todas as técnicas e utentes souberam do que acontecera com a Maria, pela Ana. A Ana assim que chegou da escola, contou a toda a gente. Ficou definido que continuaria a fazer as nossas sessões com a mesma regularidade. A motivação que a Maria apontou para ter tido este comportamento, estava na dificuldade que sentia em se sentir integrada com os colegas. Referiu que muitas vezes se sente gozada, não sabendo lidar com a situação. Foi esta a forma que encontrou para chamar à atenção.

Na quarta sessão a Maria entrou no gabinete muito animada, a sorrir. Queria conversar sobre o André. Disse ter mudado o seu comportamento e que o André estava preocupado consigo, o que a deixava satisfeita: *“(...) ele está preocupado, pois eu tenho dado desprezo”*. A Maria demonstrava uma maneira peculiar de lidar com os seus afetos. Relativamente à forma como se deve relacionar com o sexo oposto afirmou: *“Os homens têm de ser tratados como cães”*. Perante esta afirmação, mais uma vez, tentei responder da forma que me pareceu mais adequada, pedindo-lhe que me explicasse um pouco melhor a sua afirmação. A Maria considerava que os homens não gostam de ter a nossa atenção, pois quando são bem tratados não ligam às mulheres e por isso mesmo gostam de desprezo. Revelou igualmente uma grande confusão de sentimentos, atendendo que perante o interesse do André ser seu amigo, surgiu a dúvida: *“ele disse à Ana que quer ser meu amigo, mas eu já não sei se quero, pois sofri muito”*. A Maria mostrou uma grande vontade de voltar a ser amiga do André, no entanto na escola os comportamentos deste, com a sua amiga Ana deixaram-na muitíssimo magoada. Resolveu continuar com a sua estratégia de desprezo, para que sentissem a sua falta e lhe perguntassem o que se passava: *“(...) pois se ele sentir mesmo a minha falta, vai vir conversar comigo e perguntar-me o que se passa, para que assim não seja eu a andar atrás dele”*. Começava a ter algumas dúvidas em relação à amizade da Ana, que considerava que deveria ter outro comportamento consigo. Considerei muito importante

a capacidade de a Maria refletir sobre as situações e ir percebendo o sentido das mesmas.

Na quinta e sexta sessões a Maria conseguiu conversar com a sua melhor amiga e com o André. Duas conversas que queria ter há bastante tempo, de forma a clarificar algumas coisas que a estavam a deixar triste. Na conversa com a Ana, a Ana mostrou vontade em mudar as suas atitudes de forma a ajudar a Maria: “ (...) *ela vai mudar algumas coisas, e ter mais cuidado para não magoar os meus sentimentos, e ajudar-me com o André*”. A Maria demonstrou uma grande satisfação, pois não se sentia sozinha. A conversa com o André também decorreu como esperava. Após conversarem ficaram mais próximos e mais amigos. Percebeu que, de certa forma, os seus sentimentos eram correspondidos: “ (...) *ele disse que também tinha um fraquinho por mim, mas que era melhor, vermos devagar, como as coisas rolam...*”. No entanto na conversa com o André descobriu que a sua melhor amiga a Ana lhe mentiu diversas vezes, ficando um pouco desapontada, mas bastante decidida a conversar com a Ana para esclarecer as coisas “ (...) *ela tinha prometido ter mais atenção à forma como me tratava, ficou até de me ajudar com o André e eu agora descubro que algumas coisas eram mentira*”, “ (...) *mas ainda vamos conversar, pode ser que as coisas se resolvam (...)*”.

Na sétima sessão a Maria, após ter tentado falar com a Ana, não conseguiu, sentindo que tanto na escola como na casa, foi impossível encontrarem tempo para conversarem as duas: “ (...) *foi impossível, foi uma semana de testes e aqui na casa estávamos sempre com outras pessoas*” ao que respondo: “*querias falar a sós com a Ana mas foi impossível*”. Percebi que, para além do tempo, poderia existir outra dificuldade da parte da Maria, no entanto aguardei que esta partilhasse as suas fragilidades comigo. Penso que o papel do psicólogo clínico será andar a par e passo com o cliente, sempre a caminhar ao seu lado. Um pouco mais à frente na nossa conversa a Maria revelou: “ (...) *as coisas que tínhamos para esclarecer eram tantas que era preciso muito tempo, e para além disso eu também tinha falta de coragem*”. A Maria mostrava grande dificuldade em revelar as suas fragilidades, no entanto como era uma menina muito afetuosa foi mostrando a necessidade de conversar sobre si e as suas dificuldades. Mostrou ansiedade relativamente à saída da casa, a qual estava para breve, estando a sua mãe já a preparar tudo para a saída: “ (...) *Estou muito ansiosa e a aguardar, as coisas já se estão a arranjar. Já não falta muito, no final do no letivo acho que já saímos. Mas vou ficar na mesma escola*”. O tempo em que a Maria passou na casa abrigo foi um tempo difícil para ela, ter deixado as suas coisas e ter fugido com a

mãe, não foi fácil, no entanto o ambiente que vivia e a violência que presenciava, foram vivências que a marcaram e que a fizeram sofrer:” (...) *Quando saímos da nossa casa para fugir ao meu pai, não trouxemos nada, só a roupa do corpo (...) estes meses foram muito difíceis, e agora está tudo a terminar e a começar uma nova vida*”. Foi a primeira vez que a Maria falou dos momentos que vivenciou com a sua saída da casa onde morava com os pais. Senti que ficou triste, baixou a cabeça e tentei perceber o que me dizia:” *As tuas vivências quando saíste de casa ainda te deixam triste, mas estás com esperança no vosso futuro e no início de uma vida nova*”. No final desta sessão falou da sua relação com a mãe, sentida como muito positiva. A Maria sentia a sua mãe como muito protetora e carinhosa consigo. Tentou retribuir todo o carinho à mãe, tendo um bom desempenho escolar para que esta não se preocupasse: “(...) *Tenho muitas dificuldades, mas eu esforço-me bastante para que a minha mãe fique descansada, pelo menos comigo*”.

Na oitava sessão a Maria ganhou coragem e conseguiu finalmente conversar com a sua amiga Ana. Foi uma conversa difícil e por isso resolveu trazer para a sessão este assunto. A Maria, que sempre foi bastante reservada, resolveu dizer tudo o que pensava à sua amiga Ana, ficando aliviada com a conversa. A Maria mostrou-se, no entanto, preocupada em perder uma amiga, mas tendo a Ana assumido que lhe mentiu por diversas vezes, ficou sem alternativa, ficando a amizade bastante fragilizada. A Ana mentiu-lhe diversas vezes sobre o André, o rapaz de quem a Maria gostava, o que a deixou ainda mais chateada: “ (...) *a nossa amizade nunca mais vai ser a mesma*”. A Maria valorizava muitíssimo a lealdade numa amizade, e esta “regra de ouro” foi quebrada, o que fez com que estivesse magoada e desiludida. No entanto, no final, acabou por mostrar abertura para fazer novos amigos, o que foi um sinal bastante positivo, em relação à forma como estava a reagir a esta situação, bastante complicada para ela.

Na nona sessão, a Maria entrou no gabinete muito sorridente. Sentou-se e começou logo a conversar, referindo estar quase de férias escolares. Atendendo que seria este o momento em que ela e a mãe iriam sair da casa abrigo, este foi o tema principal que trouxe para a sessão. Estava satisfeita porque sentia que tudo estava a dar certo na sua vida. Foi ver a casa nova com a mãe, e apesar de ser uma casa onde ainda faltava muita coisa, já era possível mudarem-se. Voltou a falar de como foi difícil a adaptação à casa abrigo “*onde tudo é de todos*” (sic) e onde as regras da casa têm de ser cumpridas para que todos se possam dar bem. O novo recomeço de vida trouxe a figura

do pai à conversa. A Maria estava satisfeita com um novo começo de vida, mas referiu que finalmente seria longe de tudo o lhe “*fazia mal*” (sic). Desejou nunca mais ser encontrada pelo pai, no entanto o fato do pai ter muitos amigos, fazia-a temer que fosse vista ou que o pai as voltasse a procurar. O fato de estar com a mãe deixava-a mais tranquila. Fez planos futuros de estudar e trabalhar, para ajudar a sua mãe. Referiu ainda que mãe era a pessoa mais importante na sua vida. E na casa nova enquanto a mãe estivesse a trabalhar, a Maria iria fazer umas atividades de verão, promovidas pela junta de freguesia da zona onde iam morar.

Na nossa décima sessão e última sessão a Maria entrou no gabinete e depois de me cumprimentar, disse muito prontamente que seria a nossa ultima consulta, estava muito animada, pois ia sair da casa. Queria aproveitar a ultima sessão para falar sobre a sua amiga Ana, que também a acompanhou durante quase todo o tempo que esteve na casa (A Ana entrou posteriormente à Maria). Disse que a amizade dela com a Ana acabou, pois estavam afastadas. A Ana na escola optou por estar com outros amigos e na casa brincava mais com os outros miúdos. A Maria preferia fazer outras atividades, como conversar e ouvir música, o que levou igualmente a um afastamento. Depois da conversa que tiveram, ficaram afastadas. No entanto tinha o André como amigo, o que a deixava muito contente: “*Apesar de sentir um fraquinho por ele, prefiro ser amiga, assim como estamos agora.*” A Maria terminou a nossa sessão dizendo que estava “*muito satisfeita e com muita confiança no futuro*” (sic). Quando terminámos dirigiu-se a mim e deu-me um abraço.

Discussão do caso clínico A

O Caso A diz respeito a uma menina, a Maria, de 13 anos, muito simpática e de trato fácil. Chegou à casa abrigo com a mãe, fugindo do progenitor. A mãe era vítima de violência doméstica já havia alguns anos. A Maria sempre presenciou esses atos, sendo muitas vezes também o alvo das agressões. A violência exercida de forma direta ou indireta provoca na criança os mesmos sintomas (Sani, 2006). A Maria vê o pai como uma figura distante e que só contribui de forma negativa para o seu crescimento. A violência interparental pode provocar problemas graves na saúde mental das crianças e jovens (Pereira, Santos & Williams, 2009). As vivências, enquanto esteve a morar com o pai, foram bastante traumáticas.

Dos dados recolhidos na anamnese percebemos que a gravidez da Maria foi planeada e desejada. O parto foi normal sem quaisquer complicações. No entanto durante a gravidez a mãe teve um vírus que provou na Maria lesões cerebrais e problemas ao nível da atenção concentração. Ao nível das aprendizagens a Maria sempre esteve referenciada, e usufruiu do apoio de um professor de ensino especial. Tem dificuldades de aprendizagem, associadas a um défice de atenção concentração. Segundo o DSM-IV-TR o défice de atenção surge associado à hiperatividade. No entanto nos critérios de diagnóstico podemos verificar que para a falta de atenção devem persistir durante seis meses, e pelo menos seis ou mais sintomas:” a) Com frequência não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares, no trabalho ou noutras atividades; b) com frequência tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades; c) com frequência parece não ouvir quando se lhe fala diretamente; d) com frequência não segue as instruções e não termina os trabalhos escolares, encargos ou deveres no local de trabalho (sem ser por comportamentos de oposição ou por incompreensão das instruções); e) com frequência tem dificuldades em organizar tarefas e atividades; f) com frequência evita, sente repugnância ou está relutante em envolver-se em tarefas que requeiram um esforço mental mantido (tais como trabalhos escolares ou de índole administrativa); g) com frequência perde objetos necessários a tarefas ou atividades (por exemplo, brinquedos, exercícios escolares, lápis, livros ou ferramentas); h) com frequência distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes; i) esquece-se com frequência das atividades quotidianas” (DSM-IV-TR,2002).

A Maria foi diagnosticada com défice de atenção/concentração, e medicada quando tinha 5 anos de idade. Até aos 12 anos a Maria esteve medicada com Ritalina. A Ritalina é um estimulante do sistema nervoso central, utilizado para o tratamento do défice de atenção e hiperatividade. Devem existir alguns cuidados na administração do mesmo. A terapia medicamentosa deveria ser complementar a outro tipo de terapias. Somente deveria ser administrada a crianças com idades acima dos 6 anos, e quando outras formas de terapia, fossem insuficientes (Infarmed, 2017).

De acordo com a avaliação psicológica realizada verificamos que a Maria apresenta um Q.I Inferior. A Maria tende a ver as coisas em função do seu ponto de vista, e apesar do esforço realizado em cada atividade, tende sempre a prever um mau resultado. Assim, independentemente do seu investimento, nas atividades, como refere que tem muitas dificuldades, diminui as suas competências.

A Maria envolve-se em comportamentos de introspecção com alguma frequência, o que poderá ser favorável para reavaliar a sua autoimagem, atendendo a que apresenta uma imagem pessoal desvalorizada. A baixa autoestima aparece referida por alguns autores associada a situações de vitimização indireta (Moylan et.al., 2009). Nas situações de relacionamento interpessoal tende a sentir-se menos segura, muitas vezes chegando a ser um pouco reservada perante os que a rodeiam. Crianças expostas a violência interpessoal revelam dificuldades de relacionamento interpessoal, devido aos problemas emocionais. Alguns autores apontam que a exposição por parte das crianças a situações de violência doméstica, estão relacionados com inúmeros problemas, como baixa autoestima, dificuldades no relacionamento social, depressão, ansiedade, agressão, violência e delinquência (Moylan et al, 2009). Na Maria encontramos algum retraimento nos relacionamentos interpessoais, assim como uma baixa autoestima, que poderíamos pensar serem provocados pelas suas vivências. As vivências traumáticas podem igualmente estar associadas a prejuízos a nível emocional e do comportamento. As crianças tendem a ser mais agressivas e com dificuldades de relacionamento social, podendo apresentar níveis de ansiedade elevados (Steeh, 2005). Há dados que apontam que para além de problemas relacionais, os problemas cognitivos e físicos, podem igualmente estar presentes (Steeh, 2005).

Após o início das nossas consultas, às quais a Maria sempre se mostrou muito receptiva, as temáticas que trazia para as sessões, na maior parte das vezes seriam sobre o seu relacionamento amoroso com um rapaz, e o seu relacionamento com uma amiga. A Maria está a iniciar a adolescência e a temática estará de acordo com a fase que está a passar. Durante as sessões realizadas com a Maria, existiram alguns momentos que transparecem a forma como vê o sexo oposto: “os homens têm de ser tratados como cães” (...) sic. Apesar de estar a passar a adolescência, o seu relacionamento com o sexo oposto é baseado na desconfiança. As suas vivências contribuíram de forma clara para esta sua forma de estar. Na adolescência a vinculação realizada com os pais é agora transferida para os pares. Os pares assumem um papel preponderante. A relação que era estabelecida com os pais caracterizada por uma assimetria, passa a ser de reciprocidade, onde cada uma das partes recebe e oferece atenção e apoio (Allen & Land, 1999 citados por Atger, 2004).

No decorrer das nossas sessões foram sentidas algumas alterações, na forma de estar da Maria, assim como na sua forma de se relacionar com os que estão ao seu redor. Foi-se mostrando mais confiante em si e nas suas capacidades. Apesar de terem sido

poucas as sessões, a meu ver, ocorreram algumas alterações. Sentimos que o mais importante para a Maria foi ter alguém disponível para si, para ouvir as suas coisas, sem ser criticada. Inicialmente a Maria seria incapaz de confrontar os outros com as coisas que a incomodavam, e já na fase final conseguiu conversar com a sua melhor amiga, confrontando-a com os comportamentos que a incomodavam. Penso que esta situação foi efetivamente uma evolução na forma de estar da Maria. Demonstra as suas fragilidades e hesitações em cada sessão “(...) e para além disso eu também tinha falta de coragem”, “(...) Tenho muitas dificuldades, mas eu esforço-me bastante (...)”. Mesmo nos momentos que foram mais difíceis para a Maria, onde falou de forma aberta dos seus sentimentos e problemas, foram importantes, pois foi sentido que todos serviram para que a Maria pudesse pensar sobre os mesmos e “andar em frente”.

A Maria foi sem dúvida um caso desafiante, pelas suas características, e apesar de ter estado medicada até à sua entrada na casa abrigo, após a entrada deixou de ser medicada e acompanhada. Senti que o nosso acompanhamento foi ao encontro das necessidades da Maria. Reiniciou o acompanhamento igualmente em pedopsiquiatria que me parecia importante. Terminámos da melhor forma, senti que a Maria ficou bem seguindo o seu caminho e bastante feliz e expectante pelo novo futuro.

2.3.2. Caso clínico B “Ana” (Todos os nomes apresentados são fictícios)

História clínica

A Ana demonstra grande facilidade nas relações interpessoais com todos os elementos da casa. O relacionamento com a mãe afigura-se positivo. A grande preocupação da mãe são os resultados escolares. Apesar de a Ana nunca ter reprovado, a mãe revela que nos primeiros períodos letivos a Ana obtém um aproveitamento muito abaixo do desejado, com várias negativas, devido ao baixo investimento que coloca nas atividades escolares.

Na infância sempre foi uma criança de trato fácil, mas bastante irrequieta. A gravidez foi planeada e desejada, tendo sido um parto normal de termo. Sempre se alimentou de leite artificial, pois a mãe disse que não conseguia amamentá-la. A Ana tinha sempre fome, tendo o pediatra aconselhado uma fórmula de leite artificial. Nunca teve problemas de saúde na infância, à exceção dos que são normais nas crianças. Controlou os esfíncteres aos três anos de idade. Desde então conta com alguns episódios de enurese noturna de carácter intermitente. A alimentação foi desde sempre fácil, a

mãe conta que a “Ana sempre foi de boa boca (sic)”. Sempre morou com o pai e com mãe, e por isso presenciou muitos dos maus tratos que o pai infligia na mãe. Entrou para o infantário já com três anos. Acompanha a sua mãe e um irmão de 6 meses. A mãe conta que os episódios de enurese tiveram o seu agravamento após o nascimento do irmão. No entanto, os episódios de violência doméstica também se agravaram após o nascimento do filho mais novo, e por isso tiveram mesmo de fugir de casa. O pai muitas vezes chegava a casa alcoolizado, o que agravava os maus tratos à Ana e à sua mãe. Desde os 3 anos que a Ana que é medicada pelo pedopsiquiatra com Risperidona. Tomou a medicação durante dois anos tendo parado e retomado a toma a partir dos 8 anos, até aos 11. Quando entrou para a casa abrigo deixou a medicação. A mãe da Ana refere que esta começou a ser medicada pois era muito distraída e tinha muita falta de concentração.

A mãe já há muito que estava desempregada, dependendo economicamente do pai, que trabalhava na construção civil. Durante a conversa a Ana permanece em silêncio, enquanto vai roendo as unhas das mãos. Após a recolha da informação necessária sobre a Ana e o seu desenvolvimento, peço à mãe que nos deixe alguns momentos a sós para que possamos conversar um pouco. Quando ficamos a sós a Ana mostra-se mais à vontade. Começa a falar sobre as suas vivências. Diz que está ali porque tiveram de fugir do pai. Diz igualmente que o álcool é que tinha a culpa, e que a mãe teve medo que pai os matasse e por isso tiveram de “*fugir, com a ajuda da policia* (sic)”. Diz gostar muito da nova escola e de ter novos amigos. É na realidade o que mais gosta, conhecer novos amigos. Disse-me que sabia que a Maria já estava a ser acompanhada por mim na casa e que estava muito contente de também estar comigo. Referiu que é a melhor amiga da Maria na casa, como estão as duas na mesma situação, acabam por perceber melhor as coisas.

A Ana está sinalizada para ser acompanhada em psicologia clínica. De acordo com a anamnese realizada, percebemos que seria importante a realização de uma avaliação psicológica, de forma a perceber o impacto das vivências da Ana em relação aos episódios de violência doméstica que presenciou. Para além destas questões, existem igualmente questões relacionadas com a capacidade de atenção/concentração da Ana, que a mãe refere serem a sua preocupação. Parece-nos importante verificarmos igualmente os aspetos emocionais, atendendo que a Ana ainda manifesta uma enurese noturna de carácter intermitente. A Ana não tinha qualquer relatório.

Avaliação psicológica

A Ana é uma menina de 12 anos, trato fácil, comunicativa e bastante extrovertida. Durante a avaliação mostrou-se motivada e colaborante em todas as provas propostas. Denotou uma postura ansiosa relativamente ao sucesso dos resultados, questionando sucessivamente acerca dos resultados obtidos durante a realização das diversas provas. A Ana foi avaliada em consulta de psicologia clínica, na casa abrigo com as provas WISC-III, Rorschach, Escala de Crenças da Criança sobre a Violência, Escala de Percepção da Criança sobre os Conflitos Interparentais e Sinalização do Ambiente Natural Infantil.

Tabela 4. Provas de avaliação psicológica utilizadas na avaliação da Ana

<i>Teste</i>	<i>Objetivo</i>
WISC-III (Escala de Inteligência de Wechsler para crianças – Terceira Edição)	Avaliação de competências e capacidades Intelectuais da Ana.
Rorschach (Exame de Personalidade e Funcionamento Emocional-Sistema Integrativo de Exner)	Teste de personalidade e compreensão do estado clínico da Ana
Escala de Crenças da Criança sobre a Violência (E.C.C.V)	Verificar a existência de crenças que a Ana possa ter relativamente à violência (sobretudo física e psicológica).
Escala de Percepção da Criança dos Conflitos Interparentais (C.P.I.C.)	Averiguar quais as percepções e interpretações da Ana sobre os conflitos Interparentais
Sinalização do Ambiente Natural Infantil (S.A.N.I.).	Avaliar na ótica da Ana o seu sistema familiar.

WISC-III

A Escala de Inteligência de Wechsler para crianças foi a primeira prova de avaliação a ser aplicada. A aplicação da prova foi realizada em Março de 2013.

Tabela 5: Resultados obtidos na Wisc-III (caso B)

	<i>Resultado</i>	<i>QI/Índice</i>	<i>95% Intervalo de confiança</i>
Verbal	55	106	98-113
Realização	53	103	94-112
Escala Completa	108	105	96-113
CV	29	82	76-92
OP	33	88	80-99
VP	14	84	77-98

A Ana apresenta um quociente de Inteligência (Q.I) verbal Médio, um Q.I. de realização Médio e um Q.I de escala completa Médio. A diferença de Q.I's não é significativa. Os fatores cognitivos que estão a interferir com o seu desempenho estão relacionados com o conhecimento geral factual, na velocidade psicomotora, na antecipação das consequências, na sequenciação temporal e conceção de tempo, na antecipação das relações entre as partes, no seguimento de um padrão visual, e no conhecimento lexical das palavras, indicando que em atividades que exijam boas capacidades nas respostas verbais simples a Ana terá dificuldades, na coordenação visuo-motora, e expressão verbal a Ana terá um desempenho abaixo do que seria de esperar.

De acordo com sua média denotam-se capacidades na capacidade de computação, no raciocínio quantitativo, na formação de conceitos não-verbais, na evocação imediata, na avaliação e uso de experiências passadas, no conhecimento de comportamentos convencionais padronizados e na demonstração de informação prática.

A aplicação do teste de Rorschach decorreu em Abril de 2013. Esta foi a última prova a ser aplicada na avaliação realizada. Depois de codificadas e avaliadas as respostas podemos verificar:

Ideação (forma como a Ana concetualiza e utiliza a informação, faz parte da tríade cognitiva): A Ana apresenta alguma predisposição para lidar com os afetos a um nível ideacional, embora este processo permita reduzir ou neutralizar o impacto das emoções negativas, representando uma forma ingénua de negação, que tende a distorcer o verdadeiro impacto da situação (2AB+/ (Art + Ay) =1) (Exner,2003).

Mediação (forma como traduz e identifica a informação): Apresenta um elevado grau de convencionalidade submetendo-se, excessivamente, à norma social, colocando em perigo a sua identidade, ou seja a Ana encontra-se muito preocupada em detetar pistas relacionadas com os comportamentos socialmente esperados como aceitáveis, podendo sugerir um estilo perfeccionista (P=2).

Processamento de informação (diz respeito à forma como integra a informação que lhe chega do exterior, faz igualmente parte da tríade cognitiva): Denota-se um baixo nível de motivação e iniciativa (Zf=8). A Ana dá pouca importância aos detalhes que se impõem perceptivamente manifestando uma tendência para realizar elevados gastos energéticos (D=7). Tende a sentir-se pouco à vontade em situações de tomada de decisão (Dd=5,Zf=8). Revela dificuldade em realizar processos de análise e síntese, assim como estabelecer

vínculos significativos entre os elementos do campo estimular ($DQ+=2$). A Ana é descuidada e negligente e precipitada a emitir as suas respostas, possibilitando erros no processamento de informação, o que poderá gerar problemas na sua vida quotidiana, como dificuldades de aprendizagem ($Zd=-24$) (Exner, 2003).

Controlo e tolerância ao stresse (forma como responde perante situações de maior tensão, reflete igualmente a sua capacidade para utilizar os seus recursos, face a estas situações): A Ana tem uma maior capacidade de tolerância ao stresse relativamente à maioria das pessoas, sendo menos provável que experiencie problemas ao nível do controlo. É capaz de utilizar e identificar os seus próprios recursos para fazer face a situações de stresse ($AdjD = 1$). Não apresenta um estilo de resposta básica definido, e por isso indiscriminadamente, processará o afeto ou poderá usar a ideação, sendo muito menos previsível o seu comportamento, o que poderá sugerir algumas dificuldades em situações de confronto, sendo possível que nestas situações as emoções invadam os pensamentos criando na Ana um sentimento de vulnerabilidade ($M=4$; $SumpC=5,5$). Demonstra ausência de sensibilidade no que diz respeito às suas próprias necessidades, revelando dificuldade em assumi-las ($es=6$). Apresenta uma excessiva interiorização de sentimentos que preferia exteriorizar, podendo este processo psicológico conduzir a diversas experiências de desconforto e auto depreciação ($C'=3$) (Exner, 2003).

Aspetos afetivos: denota-se um maior descontrolo na intensidade na modulação do afeto. A Ana poderá ser descrita pelos que a rodeiam como exageradamente emotiva e mais imatura do que poderia se esperar ($C=2$, $CF=2$, $FC=1$). Revela esforço em manter a sua autonomia, sendo capaz de se autoafirmar, mantendo as suas características mais individuais quando responde às exigências externas ($S=2$) (Exner, 2003).

Perceção de si (forma como a Maria se a vê, diz respeito à sua autoimagem): A Ana tende a centrar-se mais em si mesma do que a maioria das pessoas, preocupa-se demasiado consigo mesma e revela um despreocupação com o mundo exterior ($3r+ (2) /R=1,13$). Existência de um traço narcísico, que se caracteriza por uma marcada tendência a sobrestimar o valor pessoal, tendendo este sentimento a dominar a sua perceção do mundo, influenciando diretamente a sua tomada de decisão e os seus comportamentos, devido à necessidade de afirmação constante ou de reforço pessoal ($Fr + rF=2$) (Exner, 2003).

Escala de Crenças da Criança sobre a Violência (E.C.C.V)

A Ana assinalou que, no seu entendimento, a violência existe quando existem motivos, ou quando a pessoa que é vítima fez algo de errado, estando o agressor a exercer o seu controlo sobre a vítima. Para ela a violência só pode ser controlada por quem a pratica. Assim, a menor considera que o consumo de álcool acaba por levar à violência, sendo esta uma justificação para a sua existência. Concorde que a violência dentro de casa deve ser resolvida somente por quem está envolvido, no entanto se esta ocorrer em locais públicos, poderá existir a intromissão de outras pessoas. Para a Ana as pessoas que são maltratadas e que não pedem ajuda é porque gostam de viver nesta situação. Alimenta a crença que uma criança bater num adulto acaba por ser mais grave do que a situação inversa, percebendo esta situação como uma atitude corretiva.

Escala de Percepção da Criança sobre os Conflitos Interparentais (C.P.I.C.)

Na Escala de Percepção da Criança dos Conflitos Interparentais (C.P.I.C) a Ana percebe o ambiente familiar como bastante violento. Sente, muitas vezes, como motivo gerador de discussão o seu desempenho escolar. Ademais, presencia os episódios de discussão sentindo-se impotente, pois nada estará ao seu alcance para minimizar a gravidade da mesma.

Sinalização do Ambiente Natural Infantil (S.A.N.I)

Constatamos que a Ana percebe o seu contexto familiar como muito agressivo. Apesar de a violência física marcar presença, a violência psicológica é a mais apontada. Denota-se que os problemas emocionais são os marcados mais apontados.

Conclusão

De acordo com os resultados apresentados, somos do parecer que a menor deve beneficiar de consultas de psicologia clínica semanais, num período nunca inferior a 12 meses, ao fim das quais se procederá a reavaliação (total ou parcial), sendo a continuação decidida em função dos resultados obtidos. A intervenção visa a promoção dos recursos emocionais e cognitivos da personalidade da menor, bem como uma

componente psicoeducativa ao nível das crenças disfuncionais relativamente à violência.

Acompanhamento psicológico

Após a apresentação dos resultados obtidos na avaliação e devolução do relatório à mãe (anexo IX) ficou combinado que a Ana passaria a ser acompanhada em consulta de psicologia clínica. As consultas seriam semanais, realizadas na casa abrigo, sendo o horário combinado semanalmente, atendendo que a Ana teria outras atividades, e assim seria difícil fixarmos um horário. A consulta teria a duração de 45 minutos. Foi igualmente entregue um relatório assinado por mim e pelo tutor para fazer parte do processo da mãe. No total realizámos sete consultas de psicologia clínica (transcritas anexo VIII), entre Março e Julho de 2013.

Na primeira consulta, a Ana entrou no gabinete de forma muito sorridente. Dirigiu-se ao sofá e quase que ficou deitada. Perguntou de forma bastante efusiva: “*o que vamos fazer doutora!*”. Ao que eu respondi que iríamos fazer o que lhe apetecesse. Nas nossas sessões poderia fazer o que ela quisesse, no entanto, era importante termos cuidado com as coisas para não as estragarmos. Aproveitei para lembrá-la do sigilo profissional. Atendendo que nesta altura estaria a acompanhar tanto a Maria como a Ana, pensei que seria importante reforçar, para que pudesse sentir-se mais à vontade e confiante. A Ana era uma menina muito “despachada” e até parecia sempre um pouco irrequieta e instável. De trato fácil e muito conversadora, apesar de um pouco “abebezada” para a sua idade. Olhou para a mala de ludoterapia e abriu-a. Sentada no tapete tirou todos os brinquedos para fora da mala. Brincou com a família de bonecos. Ficou algum tempo a olhar para o bebé. Estava a brincar e quase que ignorava a minha presença. Perguntou-me: “*Também posso fazer desenhos?*” ao que eu respondi que sim (em cima da secretária havia folhas brancas, lápis e canetas para pintar). A Ana levantou-se do tapete, olhou para o material de pintura e regressou aos bonecos. Mexeu em todos os brinquedos. Brincou um pouco com cada um dos brinquedos da mala de ludo e de seguida colocou-os de lado. No final da sessão voltou à família e retomou a brincadeira inicial, tentando com a cerca construir uma casa e movimentar os bonecos na mesma. Em toda a sessão eu fui apenas observando. A minha intervenção no brincar não foi permitida, a Ana brincava de forma livre como se estivesse sozinha na sala. Estava muito animada com a quantidade de brinquedos e jogos existentes na sala.

Na nossa segunda sessão a Ana entrou na sala de rompante e exclama: “Oláaaaaa Doutora” (sic). Eu cumprimento-a: “Olá Ana, hoje estás muito contente!”. A Ana respondeu que queria conversar, brincar e desenhar. Parecia querer fazer tudo num minuto. Estava com um ar super acelerado. Começou a conversar dizendo que queria falar sobre a sua amiga Maria. Questionou-me se eu saberia o que a Maria andou a fazer. Como a sessão da Maria foi anterior à da Ana eu já sabia do sucedido. Mostrou-se preocupada com a Maria, dizendo que esta andava a fumar e a cortar os pulsos, e queria que eu lhe dissesse como poderia ajudar a amiga. Tento responder da forma que me parece mais correta: “*Queres saber o que podes fazer para ajudares a Maria, e já pensaste sobre o que podes fazer?*”. A Ana respondeu de forma inesperada, considerou que a melhor forma seria contar a todas as técnicas da casa abrigo, como já tinha feito: “*eu já contei à Doutora. M e ela compreendeu, e aqui na casa já toda a gente sabe, mas é para ajudar a Maria*” eu respondo: “*Pensas que por todos da casa saberem, foi a forma que arranjaste para ajudares a Maria a ultrapassar os problemas.*” Depois desta pequena conversa diz não querer mais conversar, diz querer desenhar: “(...) *bem quero fazer um desenho*”. Toda a sessão decorreu em torno do problema da Maria. A Ana quis fazer um desenho para ajudar a Maria. Dobra a folha ao meio e faz um desenho a dizer: “*Adoro-te Maria*”. E refere que hoje tudo será para a Maria. Depois de terminar o desenho, disse querer brincar com a mala de ludoterapia, e questionou se existiam brinquedos novos na mesma. Disse então que queria brincar com as plasticinas. Depois de retirar todas da caixa disse em tom de desafio: “*Oh doutora eu sei tudo o que a Maria faz na consulta consigo, ela nunca brinca só fala*” ao que eu respondo: “*Parece que estás muito interessada em saber o que se passa quando estou com a Maria*”. Referiu ainda, que hoje, também falou como faz a Maria, quando está em consulta: “*sim eu quero saber de tudo, eu hoje também quis falar como ela*”, eu tentei responder de forma adequada dizendo: “*és muito curiosa, gostas de saber de tudo. Hoje quiseste conversar para fazeres como a Maria*” a Ana respondeu de forma repentina e brusca: “*Eu não imito a Maria, ela é que me imita a mim*”. Parou de conversar e com a plasticina fez as primeiras letras do seu nome e da Maria colocando um símbolo no meio das letras, que simboliza a amizade. Acabou a nossa sessão reforçando a ideia que faria de tudo para ajudar a Maria.

Na terceira sessão a Ana chegou à sessão bem-disposta, como habitual. Nesta sessão dirigiu-se de imediato para a mala, dizendo que queria brincar. Retirou a plasticina e começou a fazer diversas figuras. Durante a brincadeira com a plasticina foi

falando sobre a brincadeira. A Ana elogiou a sua própria forma de brincar. Disse ter muito jeito com trabalhos manuais. Fez uma flor que disse estar num campo, é uma margarida da sorte. Enquanto fazia figuras em plasticina ia falando sobre as figuras.



Figura 2. Flor de plasticina feita pela Ana

Na quarta sessão a Ana entrou no gabinete muito sorridente e disse querer brincar, mas que queria começar por fazer um desenho. Pegou numa folha e começou a desenhar. Fez uma casinha e escreveu por cima a casa da Ana, enquanto explica: *“Eu morava numa casinha assim com os meus pais”*, *“A culpa era da bebida”*, vai falando das suas vivências, enquanto morava também com o pai. Tentei ir respondendo de uma forma que me parecia adequada. A Ana referiu o quanto gostava de morar na sua casa: *“tinha muito espaço para brincar”* ao que eu respondi: *“parece que gostavas muito da vossa casa”*, a Ana respondeu que sim e baixou a cabeça, explicou que o pai estragou tudo com a bebida. Disse que tiveram de fugir de casa, pois a mãe achava que o pai os ia matar aos três. Reparei como está triste ao contar estas vivências, eu apenas referi, que estas memórias a deixavam triste. A Ana abana a cabeça, dizendo que sim. Continuou a desenhar, o seu desenho tem outra casinha e depois de colocar inúmeros pássaros, diz-me: *“A doutora sabe que eu faço muito bem estes pássaros”*, eu disse-lhe: *“Estou a ver que gostas muito de desenhar esses pássaros”*. Respondeu que gostava muito de desenhar e de brincar. Desenhou no lado oposto da folha uma nova casa faz uma seta de uma para outra. Eu digo: *“Estás a desenhar uma nova casa”*, a Ana diz que será a casa onde irá viver com o irmão e com a mãe, ou então a casa quando voltarem para o pai, pois se este *“deixar a bebida”* (sic) podia ser que as coisas melhorassem. A Ana continua a alimentar a esperança que o pai mude o seu comportamento, atribui a

culpa na totalidade ao álcool. No final da sessão virou a folha e assinou o seu nome diversas vezes, em vários tamanhos e cores.

Na quinta sessão A Ana entrou no gabinete um pouco mais calma. Olhou para mim e muito rapidamente sentou-se no sofá e dizendo que queria brincar com a mala dos brinquedos. Abriu a mala e retirou todos os brinquedos para o tapete. Ficamos ambas sentadas no tapete. Pôs de parte todos os animais que estavam na mala. Pegou nas cercas e construiu um cercado. De um lado colocou os animais selvagens e do outro os animais domésticos. Disse gostar muito de animais. Se fosse um animal gostaria de ser um leão ou um tigre para ser o rei da selva. Tento perceber melhor o que me está a dizer:” *gostavas de ser o rei da selva*”, ao que a Ana responde: “*sim gostava de mandar em todos os animais*”. Continuámos a nossa sessão em torno dos animais. Eu disse-lhe: “*gostas de mandar*”. A Ana levanta a cabeça e olha para mim, sorri e respondeu:” *sim, gostava de mandar em toda a gente, as vezes na escola consigo*”. Eu respondi:” *tu gostas de mandar e ficas feliz quando na escola consegues*”. A Ana acena com a cabeça, confirmando. Continua dizendo, que toda a gente gosta de mandar. A Ana vê o mundo um pouco à sua imagem, generaliza o seu sentir. Continuamos a brincar com os animais, e a Ana atribui-me um coelho, que de repente é atacado pelo tigre que a Ana tinha na mão. Eu respondo ao seu “ataque”, dizendo:” *O tigre atacou o coelho*”, a Ana responde que o tigre é um animal forte e o coelho um animal fraco e ”*por isso vai parar ao prato*” (sic). Quando a sessão terminou, arruma tudo muito rapidamente para dentro da mala e sai calmamente do gabinete.

Na Sexta sessão a Ana voltou a brincar com a mala. Pegou na mala, retirou tudo para o tapete. Deitou-se de barriga para baixo, no chão, enquanto escolhia os brinquedos. Mexeu no martelo, pegou na pá e vassoura, enquanto fazia que varria um pouco, voltou a colocar de lado. Entretanto escolheu os bonecos da família e as plasticinas. Os outros brinquedos, colocou-os dentro da mala. Pegou numa das bonecas e fez que tinha o bebé ao colo, e embalou-o Digo: ”*A mãe está a embalar o bebé*” ao que a Ana exclamou: “*O bebé tem de levar miminhos (...)*” ”Dá-me um boneco masculino e dizendo para ficar deitada, como se estivesse a dormir: “*ficas a dormir, o pai está cansado*”. E assim fiz. Fiquei durante toda a sessão com o boneco que a Ana me tinha dado a dormir. A Ana deu por terminada a brincadeira. Disse-me que queria ir brincar com as plasticinas. Pegou nas plasticinas e começou a amassar a plasticina com um ar muito satisfeito. Digo-lhe: ”*Gostas de brincar com as plasticinas*”. A Ana acena com a cabeça, dizendo que sim. Disse-me que iria fazer as letras do seu nome,

terminamos a sessão com esta atividade. Quando terminamos despediu-se de mim e saiu aos saltinhos o gabinete.

Na Sétima sessão A Ana entrou na sessão, cumprimentou-me e sentou-se no sofá. Perguntou-me o que iríamos fazer. Ao que respondi: *"o que te apetece fazer?"* A Ana respondeu: *"hoje quero conversar e fazer um desenho"*. Sentou-se na secretária e retirou uma folha. Disse-lhe: *"Vais começar por desenhar"*, a Ana diz então. *"Sim, quero fazer um desenho e recortar as folhas, posso?"* Respondi que sim, acenando com a cabeça. Enquanto fazia o desenho, disse-me que estava triste com a Maria: *"Estou triste com a Maria, era a minha melhor amiga e saiu da casa chateada comigo"*, tento responder à Ana da forma que me parece correta: *"Estás triste, porque a Maria já saiu da casa e vocês estavam chateadas"*. A Ana disse que não se portou bem com a sua amiga, mentiu-lhe e isso acabou com a sua amizade: *"Menti algumas vezes à Maria, mas era para ajudá-la, não era por mal"*, ao que respondo: *"Mentiste à Maria, mas sentes que foi para ajuda-la"*, a Ana baixa o olhar... e continua a pintar umas listas de várias cores na folha que recortou e entretanto diz: *"As aulas já terminaram e eu acho que nunca mais a vou ver"*, tento responder da forma que me parece mais adequada: *"Estás triste porque achas que nunca mais vais ver a Maria"*. A Ana diz que a Maria na escola, depois de ter saído da casa andava com *"outras miúdas ou sempre com o André"* (sic). Parece estar arrependida por ter mentido: *"Se fosse agora não mentia à Maria"*, digo-lhe: *"Estás arrependida de teres mentido"*, responde que sim, que sabe que *"é uma coisa que não se deve fazer"* (sic). Termina o desenho e escreve o seu nome duas vezes no desenho. Despede-se de mim e sai do gabinete, toda sorridente.

A Ana saiu da casa, foi transferida com a mãe para outra casa abrigo, pois havia risco do agressor saber onde estavam. Esta foi a nossa última sessão. Não houve qualquer preparação para o fim das sessões atendendo que a transferência foi repentina, provocada pelo perigo que esta família corria ao permanecer nesta casa abrigo.

Discussão do caso clínico B

A Ana é uma menina de 12 anos, muito faladora. Mostra-se sempre muito colaborante e atenta. Morava no norte do país e está acolhida na casa abrigo, por causa dos maus tratos infligidos pelo seu pai à sua mãe. Os maus tratos aumentaram após o nascimento do irmão (o irmão tinha seis meses de idade). A mãe refere que a Ana sempre foi uma criança saudável. No entanto só controlou os esfíncteres aos três anos

de idade. Desde essa idade que tem tido diversos episódios de enurese noturna de caracter intermitente.

Segundo o DSM-IV-TR (2002), a enurese caracteriza-se pela libertação de urina durante o dia ou a noite, para a roupa ou na cama. Para a realização de um diagnóstico de enurese é necessário que estes episódios ocorram pelo menos duas vezes por semana, durante um período de 3 meses (DSM-IV-TR,2002). A enurese pode ser de três subtipos distintos: noturna, diurna ou ambas (DSM-IV-TR, 2002). No caso da Ana, os episódios de perda de urina acontece somente durante a noite. A mãe refere que a Ana tem piorado após o nascimento do irmão, acabando por coincidir com o aumento da violência em casa.

Perante situações potencialmente geradoras de maior ansiedade, a enurese poderá estar associada a questões emocionais. Os critérios de diagnóstico para a enurese são:” a) Emissão repetida de urina na cama ou nas roupas (involuntária ou intencional); b) O comportamento é clinicamente significativo, manifestando-se com uma frequência de dois episódios semanais, durante pelo menos três meses consecutivos ou pela presença de um mau estar clinicamente significativo ou de um défice social, académico (laboral) ou noutras importantes áreas de funcionamento; c) idade cronológica de pelo menos de cinco anos (ou nível de desenvolvimento equivalente) (d) O comportamento não é devido exclusivamente aos efeitos fisiológicos, diretos de uma substância (por exemplo diurética), nem a uma situação física geral (por exemplo, diabetes, espinha bífida ou epilepsia) ” (DSM-IV-TR,2002).

A mãe refere que a gravidez da Ana foi planeada e desejada, tendo ocorrido o parto de forma normal. A Ana sempre foi bastante sociável. Desde os três anos que entrou para o infantário e foi medicada pelo pedopsiquiatra com Risperdona. A Risperdona é um anti psicótico e pode ser receitado para situações de agressividade ou de euforia extrema, no entanto a administração em crianças deve ser cuidadosa (Infarmed, 2017). A medicação foi tomada dos 3 aos 4 anos, tendo feito uma paragem e retomou aos 8 anos até aos 11 anos. Quando a família foi acolhida deixou de tomar a medicação. Apesar de não estar medicada não há alterações no seu comportamento, parece-nos dentro do esperado para a sua idade. O facto de estar em outra zona do país, terá contribuído para deixar as consultas de pedopsiquiatria e abandonar a toma da medicação. Seria importante ser reavaliada, atendendo que deixou de tomar a medicação de forma abrupta. Esta medicação, segundo a mãe da Ana, foi administrada porque a Ana era muito distraída, aliada à falta de concentração. A Ana não tem

nenhum relatório, nem nunca foi acompanhada em psicologia clínica. Após a recolha dos dados da anamnese, ficámos sozinhas no gabinete e a Ana falou das suas vivências de quando viviam com o pai. Para a Ana o pai tinha um “mau comportamento” (sic.) por “causa da bebida” (sic.). Mostrou-se sempre muito satisfeita e contente com as nossas sessões. Quando me via chegar à casa, corria sempre para o portão para me cumprimentar, ficando há minha espera. É uma menina bastante afetuosa e meiga. Rói as unhas das mãos enquanto fala, de situações que a deixam um pouco mais agitada, ou nos momentos de avaliação. Os dedos da Ana chegam a estar deformados por estar sempre a roer as unhas. Enquanto realizámos a avaliação psicológica a Ana mostrou alguma ansiedade e nervosismo.

Da avaliação realizada, percebemos que o seu Q.I é médio. A Ana, quando confrontada com situações negativas, tende a distorcer o verdadeiro impacto da situação, sendo esta uma forma ingénua de vivenciar situações difíceis. Demonstra precipitação a dar respostas, não dá atenção a detalhes, podendo esta forma de se comportar, prejudica-la no seu sucesso escolar. A violência interparental poderá provocar nas crianças e jovens vitimizadas, pouco investimento escolar, alguns problemas relacionados com o comportamento no contexto escolar e consequentemente um menor desempenho nas aprendizagens (Patias et al, 2014). Uma das preocupações da mãe da Ana era o seu aproveitamento escolar. A Ana, até à data, não tinha reprovado no entanto, tinha sempre avaliação negativa nos primeiros períodos escolares.

Os maus tratos físicos graves estão associados a maus resultados escolares, quando ocorre também negligência em relação à criança, estão igualmente associados sintomas de ansiedade, desatenção e consequentemente maiores dificuldades de aprendizagem (Azevedo & Maia, 2006). A Ana, em situações de confronto, tende a sentir-se vulnerável, não sabendo como reagir. Demonstra grande dificuldade em assumir as suas fragilidades. Tende a ser excessivamente emotiva, podendo ser vista como imatura. Perante situações de violência, a Ana considera que o álcool é o culpado da violência doméstica existir, sendo aqui visível que a sua perceção do mundo que a rodeia é em função das suas vivências. O seu ambiente familiar era sentido como bastante violento. Perante as situações que vivenciou sentia que nada poderia fazer.

Durante as consultas de psicologia clínica, a Ana quis na maior parte das vezes brincar com a mala de ludoterapia. Mostrava-se sempre bastante ansiosa para brincar com os brinquedos que estavam na mala. Numa ou noutra sessão a Ana resolveu desenhar e brincar com a plasticina. Falou nas nossas sessões sobre a sua amiga Maria

(que também estava na casa abrigo e também era acompanhada por mim) e sobre as suas vivências enquanto estava na casa do pai. No início a Ana estava bastante expectante, e ficou bastante contente quando viu a mala de ludoterapia. Na primeira sessão depois de examinar todos os brinquedos optou por brincar com a família. Centrou a sua atenção, por breves instantes no bebé. No entanto rapidamente muda o foco da sua atenção. Em quase todas as sessões a Ana demonstrou vontade de brincar com tudo o que está disponível no gabinete. Numa das nossas sessões em que optou por desenhar, recorda de forma triste quando morava com o pai, recorda a sua casa, da qual gostava muito: "Eu morava numa casinha assim com os meus pais". Consigo perceber que a maria se sente muito triste por já não morar com os pais.

A Ana algumas vezes nas nossas sessões autoelogia-se, dizendo que sabe desenhar bem ou fazer figuras com a plasticina, "(...) eu faço muito bem estes pássaros". Sente necessidade de ser valorizada. Muitas vezes a mãe coloca em causa a sua inteligência e forma de fazer as coisas. Quer mostrar que também sabe fazer bem, algumas coisas. Parece-nos que a Ana poderia ter beneficiado com mais consultas de psicologia clínica. O facto de ter saído da casa abrigo, acabou por ser prejudicial para a Ana. Terá de dar reinício ao trabalho realizado, até à data. Uma das mais-valias será o facto de já ter um relatório no seu processo que servirá de referência para o psicólogo clínico que acompanhar a Ana na nova casa abrigo.

A Ana realizou sete sessões de acompanhamento clínico, atendendo que saiu da casa de forma inesperada. Muitas vezes estas situações acontecem. Foi transferida para Lisboa, pois o risco de ser encontrada pelo pai era menor.

III. Reflexão e conclusão

3.1. Reflexão geral sobre o estágio

Este estágio foi bastante rico. Inicialmente, o meu conhecimento sobre a temática era quase nulo. Escolhi um estágio que me possibilitasse manter a minha atividade profissional, pela proximidade geográfica. No momento da minha entrada na casa abrigo, a instituição estava a passar diversas situações de reestruturação e alterações. Na área da psicologia clínica, estavam a ser implementadas diversas alterações. Até à data, os técnicos da casa faziam trabalho administrativo e realizavam apenas o acolhimento inicial às utentes, de forma a integrá-las na casa. Existiam inúmeros pedidos de acolhimento diários e era urgente dar respostas céleres aos mesmos. Com a entrada de um psicólogo clínico responsável pelas atividades realizadas, houve alterações profundas, ao nível das práticas e modo de funcionamento. A minha entrada como estagiária na área da psicologia, acabou por ser igualmente uma novidade, sendo eu a primeira estagiária aceite na área da psicologia clínica.

Gostaria de ter seguido mais crianças de faixas etárias diferentes. Penso que eu mesma poderia ter sido mais ativa, no entanto senti que não havia “espaço” para mais alterações. Assim a minha passividade, de me cingir ao que me era destinado, acabou por não me trazer tanto quanto gostaria.

Participei em todas as atividades que me foram destinadas dentro e fora da casa abrigo. Gostaria de ter tido um conhecimento mais abrangente de toda a cooperativa, da qual fazia parte a casa abrigo. Conheci apenas mais uma das suas valências: um infantário.

O Trabalho realizado no âmbito de uma casa abrigo é um pouco complicado. A realidade de vida das utentes era tão penosa que chegavam fragilizadas, muitas vezes incapazes de desempenhar as suas responsabilidades parentais, tal como seria esperado. As regras existentes na casa, carecem de um momento de adaptação para as utentes. As entradas e saídas de famílias é muitas vezes tão rápida que a intervenção torna-se difícil. Penso que seria importante existir um acompanhamento diferente, muitas vezes de urgência aquando do acolhimento. Apesar da casa abrigo funcionar 24 horas por dia, os técnicos estão ausentes a partir das 18 horas, ficando apenas as auxiliares de ação direta. Denotam-se algumas carências igualmente ao nível do espaço físico, que é pouco acolhedor e confortável. Tem tudo ao nível das necessidades básicas, no entanto ficando

um pouco aquém do conforto de uma casa “normal”. Seria importante que as entidades competentes investissem mais nos recursos humanos e materiais, de forma a estruturar uma intervenção mais célere e eficaz, junto das utentes das casas abrigo.

Este trabalho acabou por me fazer crescer enquanto pessoa, fazendo com que esta experiência marcasse tanto o meu percurso escolar, como a minha vida pessoal. Uma das atividades que considero mais marcante foi a leitura dos diversos relatórios e pedidos de acolhimento. Descreviam atos de violência de uma forma que pensamos ser impossível de acontecer. Atos de crueldade a mulheres, violência física e violência psicológica que deixam marcas para toda a vida destas mulheres.

Durante as atividades em que participei na casa abrigo com todas as famílias presentes, pude verificar que todas as crianças da casa, mesmo as que nunca tinham estado comigo numa consulta, aproximavam-se de forma carinhosa. Estavam sempre perto de mim, solicitando algum afeto, com um beijinho ou uma simples mão dada. Depois desta experiência, que já ocorreu no ano de 2013 (mas que recorro como se fosse hoje), por questões pessoais e profissionais, não consegui terminar o mestrado, ficando a realização do relatório pendente. Retomar, penso que foi uma das melhores decisões que tomei, mas também uma das mais difíceis. Gostaria de poder continuar a investir na minha formação. Deveria aprofundar o meu conhecimento na abordagem, assim como na intervenção com crianças. Penso que um bom profissional investe constantemente na sua formação, para poder estar sempre atualizado.

3.2. Conclusão

A violência doméstica ainda hoje é um grave problema da nossa sociedade. Todos os dias, nos meios de comunicação, ouvimos falar de novos casos. Apesar de este trabalho ter sido realizado em 2013, continua infelizmente atualizado e pertinente, olhando para o mundo que nos rodeia. Sabemos que em 2016, cerca de 100 mulheres por semana foram vítimas de violência doméstica. É urgente a existência de medidas de proteção, mais eficazes. A prevenção primária junto de jovens nas escolas, para que ocorram mudanças na mentalidade e educação destes, deve ser prioritária. Dados do relatório anual de 2017, da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) mostra a realidade de que muito se fala diariamente nos meios de comunicação social. No ano de 2017 registaram-se 16033 novos casos de violência doméstica, representando quase 76% de todos os crimes cometidos durante o ano passado. A APAV mostra que os

atendimentos, de 2015 para 2017 aumentara cerca de 20% (APAV, pág. 3). As mulheres são as principais vítimas (82,5%) rondando a idade média os 42 anos, sendo o agressor, na maior parte dos casos, o seu companheiro ou cônjuge. Todos os dias 14 mulheres e duas crianças são vítimas de violência doméstica (APAV, 2017).

Quando pensei em realizar este trabalho o meu foco de interesse sempre foram as crianças, e o trabalho que, enquanto psicóloga clínica, poderei realizar para ajudar as crianças que, a meu ver, são seres maravilhosos dotados de capacidades e competências únicas. Sempre capazes de nos ensinarem e de nos surpreender.

Desde 20 de Novembro de 1989 que foi adotada a convenção dos direitos da criança. As Nações Unidas adotaram 54 artigos onde o superior interesse da criança é defendido (UNICEF, 2004). Muito se fala em Portugal sobre o superior interesse da criança, no entanto muitos dos seus direitos ainda são muitas vezes esquecidos. No artigo sexto da convenção dos direitos da criança, o interesse superior da criança no que concerne, ao direito à vida, à sobrevivência e desenvolvimento, vêm mencionados como algo a ser respeitado: “o direito à existência de um ambiente respeitador, da dignidade humana onde esteja assegurado o desenvolvimento global de todas as crianças” (CNPDPJ,2017).A violência doméstica, mais especificamente a violência interparental é uma forma de maus tratos à criança que experiencia estas situações (Sani & Cardoso,2013 cit. Sani 2006). As situações de violência interparental são um atentado ao superior interesse da criança. Para as crianças vítimas de violência indireta o seu mundo ficará para sempre marcado, os pais, as suas figuras de referência, e a sua casa, onde o ambiente deveria com toda a certeza ser o seu verdadeiro abrigo, é um campo de batalha e de medos.

Os dois casos apresentados foram escolhidos por serem os que consegui acompanhar durante mais tempo na casa abrigo. Duas menores, uma de 12 e outra de 13 anos, que acompanham as suas mães, por ambas terem temido pelas suas vidas, devido a maus tratos continuados, dos seus maridos. São apenas dois casos num universo de casos. Muitos deles passam de forma fulminante pelas casas abrigo. As casas abrigo foram estruturas criadas para a proteção de vítimas de violência doméstica, reguladas pelo decreto regulamentar nº1/2006 de 25 de janeiro e a Lei nº112/2009 de 16 Setembro.

Penso que muito ainda há a fazer, para irradiar a violência doméstica. Seria importante a meu ver ser desenvolvido um trabalho junto dos agressores. Existem estruturas que trabalham com as vítimas, tentando minimizar o impacto que as vivências

da violência lhes provoca, no entanto com os agressores nenhum trabalho é feito. Sendo o agressor o foco, onde tem início este problema, um trabalho nesse sentido, de tentar perceber e acompanhar o sentir que quem agride, iria com toda a certeza ser mais eficaz na diminuição dos casos de violência doméstica.

Referências Bibliográficas

- Almeida, T. & Sani, A. (2014). *Violência entre pais: efeitos e transmissão entre gerações*. In F. Almeida, & M. Paulino (Coords.), *Psicologia, Justiça e Ciências Forenses*. Lisboa: Pactor.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2015). *Estatísticas APAV- Relatório Anual 2015 Gabinete de Apoio à Vítima de Setúbal*: www.apav.pt/estatisticas.
- Axline, V.M. (1947). *Ludoterapia: A dinâmica interior da infância*. Belo Horizonte: Inter livros de Minas Gerais Ltda.
- Barroso, Z., Patrício, J. & Leandro, A. (2009). Inquérito Nacional sobre a Violência exercida contra Mulheres e Homens. In M. Lisboa. (Coord.). Lisboa: Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género.
- Brites, R., & Pires, M.T. (2008). A ética e o processo de avaliação psicológica. *ANAÍSE- Série Psicologia, PSIQUE*, 4.
- Brito, R., Paiva, V. (2012). Psicoterapia de Rogers e ludoterapia de Axline: Convergências e divergências. *Revista Nufen*, 4 (1), 102-114.
- Casa de Abrigo Nova Esperança. (2013). Regulamento Interno. Pelo Sonho é que Vamos. Cooperativa de Solidariedade Social.
- Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens. (2017). Interesse superior da criança comentário geral nº14 (2013) do comité dos direitos da criança sobre o direito da criança que o seu interesse superior seja tido primordialmente em consideração: <https://www.cnpdpcj.gov.pt>.
- Corman, L. (2003). *O teste do desenho da família*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cunha, J.A. e colabs. (2000). *Psicodiagnóstico – V*. (5ª Ed). Porto Alegre: Artmed.
- Exner, E. (2003). *The Rorschach: a comprehensive system*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). (2004). A Convenção sobre os direitos da criança: https://www.unicef.pt/docs/pdf-publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf
- Gonçalves, M. & Sani, A. (2015). A participação da criança na justiça, estudo com crianças expostas à violência doméstica. *Revista Psicologia da Criança e do*

- Adolescente*, 171-192: <http://revistas.lis.ulsiada.pt/index.php/rpca/article/view/1978/2095>.
- Guedeney, N., Guedeney, A., Coord. (2002). *Vinculação: Conceitos e aplicações*. Climepsi Editores.
- Hipólito, J. (2011). *Auto-organização e complexidade: Evolução e desenvolvimento do pensamento rogeriano*. Lisboa: Edual.
- Holt, S., Buckley, H., Whelan, S. (2008). *The Impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of literature-child abuse and neglect*, 32(8), 797-810.: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.02.004>.
- Infarmed (2017), Bula da Ritalina: http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=32229&tipo_doc=fi
- IV Plano Nacional Contra a Violência Doméstica (VPNCVD) - Diário da República, 1ª série-nº243 de 17 de Dezembro de 2010.
- Lisboa, M., Carmo, I., Vicente, L., Nóvoa, A., Barros, P., Silva, S., Roque, A. & Amândio, S. (2006). *Prevenir ou Remediar- Os custos sociais e económicos da violência contra as mulheres*. Lisboa: Colibri.
- Machado, Carla e Gonçalves, Rui Abrunhosa (2003), *Violência e Vitimas de Crimes*. Coimbra: Quarteto.
- Manita, C., Ribeiro, C., & Peixoto, C. (2009). *Violência doméstica compreender para intervir*. Lisboa: CIG
- Matias, M., & Paulino, M. (2013). *O inimigo em casa: dar voz aos silêncios da violência doméstica*. Primebooks.
- Mendes, T. & Sani, A. (2015). Representações de Crianças Expostas à Violência Interparental através de Provas Projetivas. *Revista Psicologia da Criança e do Adolescente*, 6 (1), 171-192: <http://revista.lis.ulsiada.pt/index.php/rpca/article/view/1978/2095>
- Moreira, V. (2010). Revistando as fases da abordagem centrada na pessoa. *Estudo de Psicologia*, Campinas, 27 (4), 537-544: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v27n4/11.pdf>.
- Moylan, C.A., Herrenkohl, T.I., Sousa, C., Tajimo, E.A., Herrinkohl, R.C., & Russo, M.J. (2009). The effects of child abuse and exposure to domestic violence on adolescent internalizing and externalizing behavior problems. *Journal of Family Violence*, 25(1), 53-63: <http://doi.org/10.1007/s10896-009-9269-9>.

- Patias, N.D., Bossi, T.J., & Dell' Aglio, P. D. (2014). Repercussões da exposição à violência conjugal nas características emocionais dos filhos: Revisão sistemática da literatura. *Temas em Psicologia*, 22, 901-915. <https://doi.org/10.9788/TP2014.4-17>.
- Pelo Sonho Cooperativa de Solidariedade Social. (2016). Consultado em 10 de Dezembro de 2016: <http://www.pelosonho.pt/>.
- Pereira, P.C., Santos, A.B. Dos, & Williams, L.C.D.A., (2009). Desempenho escolar da criança vitimizada encaminhada ao fórum judicial. *Psicologia: Teoria e pesquisa*, 25 (1), 19-28: <http://doi.org/10.1590/S0102-37722009000100003>.
- Ribeiro, M., & Sani, A. (2008). As crenças de adolescentes sobre a violência interparental. <http://boligital.ufp.pt/bistream/10284/909/1/176-186.pdf>.
- Rogers, C. (1974). *Terapia Centrada no cliente*. Lisboa: Moraes Editores (Obra original publicada em 1951).
- Rogers, C., (1961). *Tornar-se Pessoa*. Lisboa: Moraes Editores, 1984.
- Rogers, C.R., (2003). *Terapia centrada no cliente*. Lisboa: Edual.
- Sani, A., (2006). Vitimação indireta de crianças em contexto familiar. *Análise Social*, 180, 849-864.
- Sani, A. I., (s.d.). As crenças das crianças sobre a violência e as percepções sobre os conflitos Interparentais, 200-208.
- Sani, A.I., & Cardoso., (2013). A exposição da criança à violência interparental: uma violência que não é crime. *Julgar*, 1-10.
- Santos, B. C., (2004). Revista do serviço de psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca- Abordagem Centrada na Pessoa- Relação Terapêutica e Processo de Mudança, 18-23
- Steeh, N., (2005). Differentiating types of domestic violence: implications for child custody. *Louisiana Law, review*, 65, 1379-1431.
- Wechsler. (2002). *Wisc-III: Escala de Inteligência Wechsler para Crianças* (3ªed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- V Plano Nacional de Prevenção e Combate à Violência Doméstica e de Género (VPNPCVDG) - Diário da República 1ª Série – nº253 de 31 de Dezembro de 2013.