



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE ACONSELHAMENTO

Mulheres, Crianças e Jovens Perante a Violência e os Maus-Tratos

Relatório de Estágio para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e de
Aconselhamento

Autora: Catarina Lacueva Gonçalves

Orientadora: Professora Doutora Rute Sofia Ribeiro Brites Lopes Dias

Número da candidata: 20130317

Março de 2019

Lisboa

Agradecimentos

À Associação, que possibilitou a realização do estágio académico, que tanto me fez crescer, a nível pessoal e profissional. Que me ajudou a ganhar experiência e a ultrapassar os meus medos.

À minha orientadora de estágio na Associação, por todo o ensinamento e disponibilidade.

Ao corpo docente da Universidade Autónoma de Lisboa, Prof.^a Doutora Mónica Pires e Prof.^a Doutora Odete Nunes pela partilha de conhecimentos e compreensão. À Prof.^a Doutora Rute Brites, enquanto orientadora do Relatório, pela disponibilidade no esclarecimento de dúvidas, críticas construtivas e na força e motivação que me transmitiu.

A toda a equipa de técnicas da associação com quem trabalhei, pelo carinho e ajuda que me prestaram e demonstraram, por contribuírem para o meu crescimento pessoal e para a minha experiência profissional, por me mostrarem o sentido de espírito de equipa e pelo incentivo ao longo deste percurso.

Um grande obrigado a toda a minha família, pelo apoio e incentivo, em particular, à minha mãe por todo o apoio incondicional e motivação, que nunca cessaram ao longo dos anos.

Aos grandes e bons amigos de longa data e aos mais recentes, pelo interesse em ouvirem as minhas vitórias e as minhas derrotas, pelo apoio e pelas horas de riso e descontração.

E por último, mas não menos importante, ao meu namorado, por todo o apoio emocional, por todo o incentivo e insistência para que eu não me perdesse dos meus objetivos, mas acima de tudo, pelo sentimento de orgulho e força que sempre mostrou ter por mim.

“Não se pode criar experiência. É preciso passar por ela.” – Albert Camus

Resumo

Para se compreender e analisar a evolução da violência na sociedade portuguesa é preciso realizar-se estudos sobre a natureza e intensidade da criminalidade aparente (a evolução da criminalidade global, as causas da criminalidade, etc.), estudos sobre o agravamento do sentimento de insegurança (reações ao medo, explicação da ansiedade, entre outros) e estudos sobre as condições de atenuação do sentimento de insegurança (medidas de proteção e ações de informação).

A violência doméstica é um acontecimento bastante presente na sociedade atual, que incide, principalmente sobre o género feminino, mas existe um aumento cada vez maior no género masculino.

Não só exercida sob as mulheres e homens, mas também nas crianças e jovens e perante a presença das mesmas, pelo que os maus-tratos são também uma das formas de violência abordadas neste relatório.

Assim, é cada vez mais importante compreender este tema, bem como as formas de violência existentes, as suas consequências, como prevenir e como intervir com os indivíduos após a vitimação.

Neste relatório irão também ser descritas as atividades realizadas em estágio.

Palavras-Chave: Violência; Violência Doméstica; Maus-tratos; Mulheres; Homens; Crianças; Jovens.

Abstract

In order to understand and analyze the evolution of violence in Portuguese society, it is necessary to perform studies about the nature and intensity of apparent crime (the evolution of global crime, the causes of crime, etc.); studies about the aggravation of feelings of insecurity (reactions to fear, explanation of anxiety, among others) and studies concerning the conditions of attenuation of the feeling of insecurity (protective measures and actions of information).

Domestic violence is a present occurrence in today's society, which focuses mainly on the female gender, but there is a growth in the male gender.

It is not only carried out against women and men, but also to children and juvenile, and in their presence.

It is therefore increasingly important to understand this issue, as well as the forms of violence that exist and their consequences. It is essential to know how to prevent violence and how to intervene with individuals, after their victimization. In this report will also be described the activities that were performed on the internship.

Keywords: Violence; Domestic Violence; Mistreatment; Women; Men; Children and Juvenile.

Índice

Introdução	- 8 -
I PARTE -ENQUADRAMENTO TEÓRICO	- 10 -
Violência	- 11 -
Tipos de Violência	- 12 -
A vítima de violência	- 13 -
Stresse Traumático	- 14 -
Perturbação de Stresse Pós-Traumático	- 15 -
Situações de Rutura	- 16 -
Experiência Traumática	- 16 -
Experiência de Stresse	- 17 -
Violência Doméstica	- 17 -
Teorias explicativas da violência doméstica	- 23 -
Perspetiva socio cultural	- 23 -
Perspetiva didática familiar	- 24 -
Perspetiva psicológica/ intraindividual	- 24 -
Perspetiva biológica e psicofisiológica	- 24 -
Fatores de Risco de Violência Doméstica	- 25 -
Consequências da violência doméstica	- 26 -
Estratégias do agressor	- 30 -
Vítimas de Violência Doméstica, segundo o género	- 31 -
Psicologia Clínica na Intervenção em Vítimas de Violência Doméstica	- 32 -
Papel do Psicólogo na Instituição	- 35 -
II PARTE-ATIVIDADES REALIZADAS NO ESTÁGIO	- 37 -
Objetivos do Estágio	- 38 -
Observação em Consultas de Triagem	- 38 -
Feira de Voluntariado no ISEG	- 39 -
Formação Inicial dos Técnicos	- 39 -
Atendimentos Telefónicos	- 40 -
Atendimentos Presenciais	- 40 -
Formação de Furto de Identidade Online	- 40 -
Cronograma do Estágio Curricular	- 41 -
Avaliação Psicológica	- 42 -
Testes	- 43 -

TAT – Teste de Apercepção Temática	- 43 -
Escala de Estima de Si S.E.R.T.H.UAL	- 45 -
Casos Clínicos	- 48 -
Caso 1. A “A”	- 48 -
Análise do TAT	- 55 -
Análise dos resultados da Escala de Estima de Si S.E.R.T.H.UAL	- 60 -
Análise Clínica e Conclusão	- 61 -
Caso 2. A “E”	- 62 -
Análise do TAT	- 68 -
Análise da Escala de Estima de Si S.E.R.T.H.UAL	- 72 -
Análise Clínica e Conclusão	- 73 -
Reflexão Pessoal.....	- 74 -
Conclusão	- 76 -
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	- 78 -
ANEXOS.....	Erro! Marcador não definido.
Anexo 1	Erro! Marcador não definido.
Anexo 2	Erro! Marcador não definido.
Anexo 3	Erro! Marcador não definido.
Anexo 4	Erro! Marcador não definido.
Anexo 5	Erro! Marcador não definido.

Introdução

O presente relatório de estágio curricular foi realizado no âmbito do 2º ano do Mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento, na Universidade Autónoma de Lisboa.

No presente ano letivo (2017/2018), os estágios foram apresentados em aula, sendo que cada aluno escolheu o seu. No meu caso foi-me atribuída uma instituição que é uma instituição particular de solidariedade social (IPSS), que visa ajudar e fornecer informações a indivíduos que sejam vítimas de crimes.

É uma instituição de âmbito nacional com sede em Lisboa, uma organização sem fins lucrativos constituída por voluntários, que de forma individual e qualificada, apoiam as vítimas de crimes, através da prestação de serviços gratuitos e confidenciais.

Os técnicos são aqueles que fazem parte da equipa, tal como os voluntários ou aqueles que estão a efetuar estágios, académicos ou profissionais, nos gabinetes de apoio, e que prestam serviços diretos de apoio às vítimas de crime que procuram a instituição.

Serão abordados neste relatório, termos como a violência, os seus tipos, bem como a violência doméstica, infligida na mulher, mas também no homem, a violência parental e no namoro. Será também abordada a forma como a psicologia clínica intervém, junto das vítimas de violência doméstica.

No que toca à violência e dependendo de fatores históricos e culturais, a definição de crime difere, sendo que é um processo tanto social como político, com isto, pode englobar na classificação de crime de violência doméstica os domínios físicos, mentais e psíquicos.

Em termos legais a violência doméstica é um crime de natureza pública, o que significa que qualquer individuo pode apresentar queixa e que o Ministério público poderá atuar, independentemente da vontade da vítima a essa intervenção.

Entre 2013 a 2017 foram registados num total de 36.528 processos de apoio a pessoas vítimas de violência doméstica. Estes valores traduziram-se num total de 87.730 factos criminosos. Diante dos casos registados em 2016, 75.8% revelam o tipo de vitimação continuada. A vitimação continuada representa cerca de 80% das situações, com uma duração média entre os 2 e os 6 anos. Neste período, 85.73% das vítimas de violência doméstica eram mulheres com idades compreendidas entre os 26 e os 55 anos.

Comparando o ano de 2017 para o ano de 2018, é notável um crescimento de 1.8% no número de vítimas apoiadas pela APAV (de 9.176 em 2017 para 9.344 vítimas

em 2018) e uma diminuição no número de crimes e outras formas de violência reportados (de 21.161 em 2017 para 20.589 em 2018).

Os dados de 2018 apontam para a continuação dos acontecimentos dos anos anteriores, com uma maioria de vítimas do sexo feminino (82.5 %). Do total das 9.344 vítimas apoiadas pela APAV em 2018, 74.1 % foram vítimas de violência doméstica (6.928). Destacam-se também por tipo de crime, os crimes de violência sexual, especialmente o abuso sexual de crianças (348 crimes) e o stalking/perseguição (470 crimes).

Este relatório de estágio foi estruturado da seguinte forma: a primeira parte acomodará a parte teórica onde serão abordados os temas de violência, tipos de violência, vítima de violência, stresse traumático e a perturbação de stresse pós-traumático (incluindo situações de rotura, experiencia traumática e experiência de stresse), bem como violência doméstica no geral, e segundo o género, as teorias que explicam a mesma, as consequências, entre outros conceitos; na segunda parte serão descritos os objetivos do estágio e as atividades realizadas ao longo do mesmo, atividades diretas e indiretas; na terceira e última parte serão os testes usados e será feita a apresentação de dois casos clínicos (um sobre violência parental e o segundo sobre violência no namoro), seguidos das suas devidas análises.

Por último serão feitas uma conclusão e uma reflexão pessoal relativamente a todos os conhecimentos adquiridos, dificuldades, aprendizagens e sentimentos que ocorreram ao longo do estágio, das triagens e dos acompanhamentos psicológicos.

I PARTE -ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Violência

Violência é um conceito com diversas definições e que está em constante transformação, devido a sistemas de construção social que transpõem as condições socio históricas e políticas e os contextos de comunicação preponderantes na sociedade (Costa & Duarte, 2000).

A violência designa a expressão de raiva com a intenção de magoar e prejudicar indivíduos a partir da força física (VandenBos, 2010).

Segundo Magalhães (2010), pode ser dividida em dois aspetos, a violência não intencional e a violência intencional.

A violência é classificada, por norma, em concordância com o objeto a que se dirige ou segundo as perspetivas que mais diretamente afeta; a violência física, psicológica, emocional e sexual. Destes tipos de violência, raramente alguma ocorre isoladamente, sendo que é habitual a combinação de duas ou mais destas formas (Dias, 2004).

No que toca à violência não intencional, inserem-se os acidentes, como acidentes de trabalho, domésticos, de aviação, industriais, desportos, entre outros (Magalhães, 2010).

Relativamente a violência intencional, são considerados os homicídios, violência interpessoal, violência juvenil, maus tratos, violência doméstica, violência sexual, violência autoinfligida, violência coletiva, guerra, entre outras (Magalhães, 2010).

Assim, a violência intencional e interpessoal pode ser uma ação voluntária, direta ou não, que existe num contexto de relação entre dois ou mais indivíduos, onde há uma desigualdade de poder e o uso de coação, força ou intimidação, levando a consequências de diversos graus de gravidade, pondo em causa as necessidades da vítima, a integridade física e moral, causando traumas, danos, prejuízos e sofrimento (Danziger, 2002).

A violência diz respeito, também, a qualquer forma de uso intencional da força contra terceiros que, de alguma forma, lese a integridade, direitos, a liberdade e as necessidades da outra pessoa (Dutton, 2007). Pode também ser traduzida em manifestações e ações de agressão, poder e controlo de domínio e de tentativa de anular ou de se impor sobre o outro, o que remete para a violência psicológica, um dos possíveis tipos de violência (Machado, Gonçalves & Rui, 2003).

A agressão é definida como sendo a produção de um dano ou de descontentamento a outra pessoa, numa situação em que a pessoa que causa o dano ou o

descontentamento surge como causadora. Assim a pessoa que é afetada, pode desenvolver defesas psicológicas ou condutas para lidar com a ameaça (Gonçalves & Machado, 2002).

Ao contrário de agressão, a violência erguer-se de maneira oculta. Ou seja, a pessoa que executa o dano esconde-se ou é solicitado como o protetor e/ou um amigo. Assim as pessoas ameaçadas não conseguem desenvolver capacidades psicológicas adequadas, nem aplicar a sua defesa física, uma vez que a base da violência é a alteração da situação e da relação com as pessoas envolvidas (Lourenço, Lisboa & Pais, 1997).

A violência pode ser vista como o resultado da existência de uma “ordem hierárquica”, ou seja, isto significa que existem sujeitos que se julgam superiores a outros e isto é o que disputa a violência em certos relacionamentos (Karl, 2008; Minayo, 2006).

Tipos de Violência

Falando em violência, é importante enumerar e explicar os 3 tipos de violência que existem: a violência física, violência psicológica e violência sexual (Manual Alcipe, 2010).

A violência física dá-se quando alguém causa ou tenta causar dano por meio de força física, de algum tipo de arma ou instrumento que possa causar lesões internas, externas ou ambas. Este tipo de violência é aquele que apresenta maior visibilidade, sendo que a severidade varia conforme a resistência de cada vítima, o seu estado de saúde e a força exercida no ato de agressão, podendo certos mecanismos menos severos levar a lesões profundas e até fatais (Modena, 2016).

Diante da violência física, os atos mais comuns são murros, estaladas, bofetadas, empurrões, pontapés, dentadas, puxar os cabelos, beliscões, apertões, cabeçadas, queimaduras, estrangulamentos, intoxicação e abanões. Na classificação deste tipo de violência, compreende-se também o atirar objetos à vítima. Frequentemente, a violência física acaba por deixar marcas no corpo, podendo tornar-se numa sobrecarga psicológica, com sofrimento (Francisco, 2012).

A violência psicológica ou emocional inclui toda a ação que causa ou visa causar dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. As formas mais comuns deste tipo de violência resumem-se a ameaças com o intuito de assustar a vítima, gritos, manipulação, insultos, humilhação, acusações e/ou assistir o agressor a

agir com agressividade parente objetos ou outros bens materiais. Este é o tipo de violência mais difícil de se detetar, uma vez que não deixa marcas físicas e é efetuada de modo contínuo e gradual (Florêncio, 2013).

É importante referir que a violência psicológica tem uma carga subjetiva, uma vez que os atos podem ter significados diferentes conforme o contexto e comportamento, ou seja, o que para uns é um ato abusivo a nível psicológico ou emocional, para outro não o é (Dias, 2004).

Neste tipo de violência pode ainda considerar-se a perseguição, o isolamento social e o abuso económico. A perseguição é algo frequente nas relações de intimidade e é considerada como uma forma de controlo e de invasão da privacidade da vítima. No isolamento social acaba por referir-se ao afastamento da vítima de familiares, amigos, colegas e trabalho. Abrange também a tentativa de pôr término às atividades ocupacionais da vítima, tais como *hobbies*, existência de contas em redes sociais, entre outros. A um nível extremo, o isolamento social acaba por ser uma privação da sua própria liberdade (Lourenço & Lisboa, 1992). Finalmente, o abuso económico refere-se à privação e/ou controlo por parte do agressor, do dinheiro da vítima. Pode existir chantagem económica ou exploração financeira, bem como limitar a quantidade de dinheiro e o acesso a alimentos ou roupas (Manual Alcipe, 2010).

Por fim, a violência sexual é toda a ação na qual uma pessoa, em situação de poder, obriga a outra à realização de práticas sexuais, utilizando força física, influência psicológica ou uso de armas ou de drogas. Ainda neste tipo de violência é possível integrar a pornografia, quando o indivíduo é obrigado ou coagido a assistir ou a por em prática certos atos, a realização de atos sexuais com terceiros, a lesão dos órgãos genitais ou a penetração forçada com objetos (Duarte, 1998).

A violência pressupõe sempre a existência de um agressor e de uma vítima, a qual iremos agora abordar (Fernandes, 2002).

A vítima de violência

É considerado vítima todo o indivíduo que é alvo de diversos comportamentos considerados violentos, agressivos ou discriminatórios por parte de um outro indivíduo (VandenBos, 2010).

Podemos entender por vítima, uma pessoa que, a nível individual ou coletivo, sofreu danos físicos, mentais ou emocionais, perda financeira ou prejuízo substancial dos seus direitos fundamentais (Marchiori, Bido & Fortete, s.d.). É um indivíduo que

sofreu um atentado à sua integridade física e/ou mental, sofrimento moral ou perda de um bem material, por consequência de um ato ou omissão violadora das leis penais em vigor (Wemmers, 2003; Andrade, 1980).

Este conceito de vítima abrange também familiares da vítima, pessoas que estejam ao encargo da vítima e pessoas que possam ter sofrido de algum modo, por terem intervindo de forma a prestar apoio à vítima em situação de necessidade ou para impedir a situação de vitimização (Davis, 2008; Pinheiro, 2016).

Por vezes, associados a situações de violência, desenvolvem-se traumas nestas vítimas. O trauma é uma consequência que advém de um comportamento de violência. Pode vir no seguimento da pessoa vivenciar ou testemunhar uma ameaça à sua própria vida ou segurança física que leva à experienciação de medo, terror e impotência, levando a uma dissociação por sentir falta de segurança (Borin, 2007).

Quando são traumas causados pelo comportamento humano, por norma, tendem a ter mais impacto psicológico do que aqueles que são causados pela natureza (Garland, 2011). O trauma pode ser considerado um evento ou choque que ocorreu de forma súbita e inesperada e que fugiu ao controlo da vítima, levando a uma ameaça ao bem-estar psicológico do indivíduo, de forma direta ou indireta, que traz como consequência uma experiência stressante, podendo originar sequelas psicológicas (Pacheco & Medeiros, s.d).

Stresse Traumático

O trauma pode afetar o funcionamento tanto psicológico, como fisiológico, interpessoal e económico dos indivíduos e dos seus familiares (Pacheco & Medeiros, s.d).

O trauma emocional pode ser definido como uma lesão provocada a um tecido vivo por um agente externo, ou seja, é uma condição psíquica ou comportamental modificada que advém de um stresse mental ou emocional, ou ainda de uma lesão física (Pacheco & Medeiros, s.d).

A base dos eventos traumáticos pode variar, no entanto os seus efeitos são notavelmente semelhantes. Quando uma pessoa passa por uma experiência inesperada, ocorre um evento traumático psicológico ou emocional, desta forma, sendo o trauma visto como uma espécie de ferida infligida contra a mente ou o corpo, acaba por exigir uma reparação estrutural, assim, o acontecimento traumático diminui o equilíbrio da vítima, deixando-a em sofrimento (Garland, 2011).

Os eventos traumáticos alteram o sentimento de segurança e a autossuficiência dos indivíduos, tal como a sua suscetibilidade de ligação com os outros. Pode dizer-se que os eventos traumáticos são incidentes que aniquilam os mecanismos habituais de adaptação e colocam em perigo ou ameaçam o indivíduo. Os traumas são acontecimentos que fogem ao controlo da pessoa e estão fora do domínio da capacidade da pessoa se preparar, adaptar e compreender, o que confunde a mente e põe em cheque os pressupostos básicos da vida (Gonçalves & Machado, 2002).

Um dos principais efeitos que provem do trauma é a desorganização, que ocorre porque os traumas dão-se em poucos segundos ou minutos. Os acontecimentos traumáticos originam respostas de sobrevivência, como a tentativa em fugir ou de lutar, mesmo em eventos traumáticos continuados, como a violência doméstica. A tentativa de luta ou fuga são uma forma de tentar salvar a própria vida ou a de outras, mas não permitem uma compreensão refletida ou cuidadosa da ocorrência, levando o cérebro a ter pensamentos confusos (Gonçalves & Machado, 2002).

Os eventos traumáticos também proporcionam respostas fisiológicas, para além das emocionais. Ocorridas no sistema nervoso, podem ser temporárias, mas alterar permanentemente a estrutura da vítima. As respostas traumáticas são resistentes à modificação e colocam a pessoa em risco, podendo desenvolver estados de comorbidade, como o abuso de substâncias e queixas físicas (Gonçalves & Machado, 2002).

No que toca a crianças, estas têm uma maior vulnerabilidade relativamente à experiência do stresse traumático. As crianças que assistem a cenas de violência têm um maior risco de, quando atingem a idade adulta, terem um comportamento conjugal e parental desadaptativo (Gonçalves & Machado, 2002).

Perturbação de Stresse Pós-Traumático

As vítimas de crimes, como é o caso das vítimas de violência doméstica, tendem a ter uma grande probabilidade de desenvolver a perturbação de stresse pós-traumático (PTSD), sendo que esta possibilidade agrava quando existe uma ameaça séria à vida do indivíduo (Pereira & Ferreira, 2003).

Passar por situações traumáticas pode levar a consequências como a reformulação dos pressupostos em relação a si e ao mundo, bem como um maior significado pela própria vida e pelos outros, o que leva a um impacto psicológico negativo (Vaz Serra, 2003).

A PTSD é caracterizada por sintomas como o evitamento de todos os estímulos que possam fazer lembrar a situação traumática. Este evitamento engloba o não falar, não pensar, não sentir e não confiar, sendo que o evitamento é o que afeta mais as relações sociais, uma vez que o facto de a vítima não comunicar, mantém o trauma presente e não permite que este seja processado e integrado (Pereira & Ferreira, 2003).

A depressão é também uma consequência dos traumas, o que leva ao aumento da ansiedade, isolamento, sensação de desesperança e baixa autoestima. Como consequências em resposta ao trauma podem ser considerados também a alienação, ou seja, a incapacidade de sentir e apreciar alegrias e bons momentos da vida; o suicídio, sendo que é frequente em situações de culpabilização; o início do uso de substâncias e o exercício de violência perante familiares (Vaz Serra, 2003).

Situações de Rutura

Quando existem situações que rompem o equilíbrio psíquico de um indivíduo, são consideradas situações de rutura, situações essas que podem causar experiências traumáticas, ou experiências de stresse. Uma vez que acontecem as situações de rutura, é importante entender se são de base stressogénicas ou traumatogénicas, conforme o psicológico de determinado indivíduo relativamente à experiência (Pereira & Ferreira, 2003).

Com estas distinções, conseguimos lidar com a diferença entre experiências traumáticas e experiências de stresse.

Experiência Traumática

Experiências traumáticas é quando há uma decadência das relações entre os mundos psicológicos, temporal, social e espacial, levando à falha de assimilação entre o afeto e a representação (Machado, Gonçalves & Rui, 2003).

Uma experiência torna-se traumática quando o afeto é ativado sem representação, que será limitada no tempo e no espaço. Por norma acontece quando o sujeito está perante situações repentinas de rutura. Estas experiências estão relacionadas com situações de violência e não de agressividade, bem como acontecimentos comuns na vida quotidiana (Pereira & Ferreira, 2003).

No que toca ao processo traumático, este é a forma a partir da qual o psicológico estabelece a relação com o meio em redor, nas primeiras etapas da vida. Dependendo das situações vividas nos primeiros períodos da vida, um indivíduo pode estabelecer

uma relação distorcida entre os mundos interno e externo, o que traz como consequência o desenvolvimento de traços de personalidade ou bases psicológicas que não orientam de forma adequada uma integração entre o afeto e a representação, que produzirá um déficit nas funções de representação (Pereira & Ferreira, 2003).

Experiência de Stresse

As experiências de stresse são consequências que advêm do surgimento de situações de ameaça real ou de fantasia. Quando o psicológico se apercebe de uma ameaça, de imediato começa a desenvolver determinadas defesas inadequadas, tornando-se sintomas, dificultando a diferenciação do ponto de rutura inicial da experiência traumática. Ou seja, a experiência de stresse implica um psicológico em que as defesas surgem em sintomas, ao invés da experiência traumática, que é a retração do psicológico sem defesas (Machado, Gonçalves & Rui, 2003).

De igual forma ao processo traumático, o processo de stresse é a forma como o indivíduo estabelece a sua relação com o mundo exterior nos primeiros períodos da sua vida. Neste processo, a consequência passa pela elaboração de uma relação do mundo interno e externo que, neste caso, desenvolverá defesas que não são adequadas e por isso levar a estados de ansiedade e cólera, que produzirão bases para perturbações de ansiedade, como ataques de pânico, fobias, ansiedade generalizada, entre outros (Pereira & Ferreira, 2003).

Violência Doméstica

Dentro da violência intencional, podemos encontrar a violência doméstica (Magalhães, 2010). Violência doméstica é considerado qualquer ato ou ação por parte de um indivíduo que causa dano físico ou psicológico a um ou mais membros de um meio familiar (VandenBos, 2010). Assim, é considerado todo o comportamento que seja usado para causar dor com intensidade, ou não, seja a nível psicológico, emocional, físico, sexual ou económico, por parte de um indivíduo que seja companheiro, ou ex-companheiro, conjugue ou ex-cônjuge e namorado/a ou ex- namorado/a (Mendonça, 2000).

A violência doméstica inclui várias formas de violência que atingem os cônjuges, bem como, as crianças, idosos ou outra pessoa que coabite no mesmo espaço doméstico, quando qualquer um destes surge como sendo o mais frágil do espaço. O processo que desencadeia a violência doméstica pode ser a partir de palavras, um

empurrão, ou uma bofetada, assim o processo poderá começar a evoluir e revelar um padrão de violência, sendo que ao decorrer do tempo, se não existir nenhuma intervenção, as agressões aumentam, de regularidade e intensidade, podendo levar a marcas físicas permanentes ou até à morte (Lachapell & Forest, 2000).

É a partir da necessidade e vontade de um dos cônjuges em conseguir ter o poder e o controle sobre alguém, que leva à origem e ao início da violência doméstica (Samson, 2010).

Existem diferentes formas de violência doméstica, nomeadamente a violência conjugal; a violência no namoro; a violência contra crianças e jovens (parental); a violência contra as pessoas idosas; e por fim, a violência contra pessoas dependentes e com deficiências (Cera, 2016).

A violência existente nos relacionamentos íntimos, ou seja, violência conjugal, pode definir-se como qualquer tipo de violência perpetuada por um homem ou por uma mulher contra a pessoa com quem tem ou teve um relacionamento íntimo (Almeida, André & Almeida, 1999). A definição deste conceito é ampla, compreendendo atos, condutas ou omissões exercidas por uma pessoa para infligir no outro sofrimento físico, sexual ou psicológico, com o objetivo de castigar, humilhar, intimidar, ameaçar, coagir, condicionar todos os níveis de autonomia, anular a autoestima e personalidade do outro, o agressor recorre a uma variedade de meios, entre os quais podemos observar diferentes formas de exercício de violência física e psicológica (Machado, Matos & Moreira, 2003). A proximidade relacional entre agressor e vítima potencia a frequência e intensidade da violência, fatores que podem agravar as situações em que haja coabitação e na sua sequência, após divórcio e/ou separação (Alves, 2005).

A violência conjugal pode ser definida de diversas formas, mas de forma inicial a sua definição variou entre maus tratos, uma “síndrome complexa de violência”, até ser caracterizada como um “problema médico”, no entanto, de forma mais atual, pode definir-se quando ocorre, por parte de um companheiro, de forma deliberada, qualquer dano físico ou emocional sobre a outra pessoa do relacionamento (Alvim, s.d).

Também se pode definir como um padrão de controle coercivo, envolvendo o exercício de poder e domínio, num relacionamento íntimo, em que a intenção do agressor é dominar o outro, fazendo-o sentir-se inferior, incompetente, sem valor e com medo. Esta violência, pode então acontecer de forma esporádica ou crônica, durante um período de tempo curto ou mais alargado (Matias e Paulino, 2013).

A existência de comportamentos violentos nas relações de cônjuges apresenta-se, por norma, de forma contínua e abusiva, podendo levar a episódios de maus tratos, o que torna difícil antever a sua ocorrência (Barroso, 2007).

Numa perspetiva histórica, os acontecimentos de violência na família são cada vez mais regulares, sendo que existiram alterações na valorização de certos atos que, anteriormente, eram vistos como integrantes de uma relação matrimonial normativa, em que existia um estatuto de submissão por parte da mulher, que era destinada ao espaço doméstico e o homem era a figura de poder. No entanto, várias transformações foram feitas ao longo dos anos e aquilo que antes se mantinha “entre quatro paredes”, é hoje importante que seja uma questão pública (Milner & Myers, s.d).

Com isto, várias são as raízes sociais que estão ligadas ao desenvolvimento dos atos de violência conjugal, como os valores que são passados por uma cultura venerável que suporta a partir de comunicações socialmente predominantes sobre o género e a conjugalidade (Oliveira, 2012). É importante referir que também os movimentos feministas concederam uma ajuda na visibilidade deste problema vivido por várias mulheres, mas que até uma certa altura, estava silenciado. Ainda assim, a violência conjugal permanece como uma realidade atual, cada vez mais crescente, derivada de uma dinâmica social, consecutiva ao longo de gerações, de alimentar a prepotência do silêncio, de impossibilitar a denúncia de situações violentas e a consciencialização da sua natureza criminal (Cardoso, 2012)

Quanto à violência no namoro, é um ato de violência, pontual ou contínua, cometida por um dos parceiros (ou por ambos) numa relação de namoro, com o objetivo de controlar, dominar e ter mais poder do que a outra pessoa envolvida na relação, magoando, humilhando, controlando e assustando. Podem, de forma simultânea, ocorrer diferentes formas de violência, na mesma relação de namoro. Por exemplo, as agressões verbais podem ocorrer antes de uma agressão física (Pereira, Matos & Machado, 2006).

Falamos de violência parental (maus tratos) quando crianças e/ou jovens são vítimas de violência na sua própria casa, ou seja, quando os pais ou cuidadores da criança e/ou jovem, exercem de forma intencional, comportamentos que violam o bem-estar dos mesmos e prejudicam o seu desenvolvimento (Sousa, 2013).

Tal pode englobar a violência psicológica e emocional, a exposição à violência interpatrietal, o abandono, a violência física, a violência sexual, a exploração pelo trabalho e a negligência (Sani, 2002).

A nível psicológico os maus tratos resultam da carência de um ambiente de segurança e de bem-estar afetivo imprescindível ao crescimento, desenvolvimento e comportamento equilibrados da criança/jovem (Sani, 2011). Podem abranger distintas situações, desde a instabilidade de cuidados ou de afeição adequados à idade e situação pessoal, a rejeição afetiva, levando à repercussão negativa a nível comportamental (Gaspar, 2016).

A negligência é considerada quando os pais/cuidadores não correspondem de forma correta às necessidades de saúde, segurança, proteção e afeto da criança ou do jovem, importantes para um desenvolvimento saudável (Sousa, 2013).

Dentro dos sinais de negligência física podemos enumerar a falta de adesão médica, a aparência pouco cuidada e falta de cuidados de higiene, a fome, sinais evidentes de malnutrição, ausência de hábitos diários, a ausência e abandono escolar, e evitamento do contacto corporal (Martinho, 2016).

Os maus tratos físicos advêm de qualquer ação intencional, infligida por pais, cuidadores ou outros com responsabilidade face à criança ou jovem, seja ela de forma isolada ou repetida, a qual possa provocar qualquer tipo de dano físico. Como sinais de maus tratos físicos podem estar as lesões físicas incompatíveis com a explicação ou em locais pouco comuns, marcas evidentes de maus tratos, versões sucessivas e inconsistentes do mesmo "acidente", fraturas ou lesões em diferentes graus de cicatrização e evitamento do contacto corporal (Martinho, 2016).

O abuso sexual corresponde ao envolvimento de uma criança ou adolescente em atividades de cariz sexual com o objetivo de satisfazer sexualmente uma pessoa mais velha. Devem ainda ser referidos os sinais relativos à violência sexual, podendo estes serem problemas na saúde sexual e reprodutiva, linguagem sexual precoce, comportamentos autoeróticos extremos, comportamento sexual inadequado para a idade, envolvimento na prostituição, comportamento sexual gerador de mal-estar, e preocupação constante acerca do tema da sexualidade (Gaspar, 2016).

Ter sido vítima de maus tratos pode ter um impacto negativo em diversos aspetos do comportamento e do ajustamento psicológico do indivíduo quando chega à idade adulta, especificamente na competência dos cuidados que fornece à criança, particularmente na perpetuação de maus tratos, no relacionamento interpessoal e íntimo e no aparecimento da psicopatologia, uma vez que a experiência de maus tratos em criança interfere nos processos de formação de estratégias de vinculação, tal como no significado dado ao relacionamento com os pais e com os outros (Gaspar, 2016).

Importante é dizer que existe uma relação entre os maus tratos e a violência doméstica, uma vez que o recurso à violência se tem tornado cada vez mais frequente, aumentando assim, a probabilidade das próprias crianças serem vítimas (Marques, 2005).

Falando brevemente da violência contra os idosos e contra as pessoas dependentes e com deficiência, ambas incluem a violência física, a violência psicológica e/ou verbal, a violência sexual, a violência financeira/económica, a negligência e o abandono. Assim, violência contra pessoas idosas e a violência contra pessoas com deficiência ou dependentes é definida como um ato, único ou regular, por falta de uma ação adequada ou necessária, existente em qualquer relação de confiança, que cause danos ou sofrimento, a uma pessoa idosa e/ou com deficiência (Manual Titónio, 2010).

É de referir que se aplicam, em todas as formas de violência descritas, os tipos de violência anteriormente referidos: a violência física, a violência sexual, a violência financeira e a violência psicológica.

Como referimos anteriormente a violência física consiste em empurrões, queimaduras, bater, puxar cabelos, prender ou atar alguém, beliscar e deitar/atirar comida ou água a alguém (Marques, 2005).

A violência sexual passa por obrigar a vítima a ter prática sexual contra a sua vontade, obrigar a vítima a ter práticas sexuais com outras pessoas e obrigar a vítima a assistir à prática de atos sexuais (Casimiro, 2008).

No que toca à violência financeira, falamos da utilização de recursos da vítima, da tomada de posse dos seus bens; forçar o pedido de dinheiro, bem como apoderar-se desse dinheiro, impedir que o outro conheça ou aceda ao seu rendimento e a utilização da coerção para a assinatura de documentos legais (Francisco, 2012).

A violência psicológica engloba vários itens, entre eles a tentativa de controlar a vida do outro, com quem a vítima fala, o que lê, deslocações, horários, entre outros; proibir o uso do telemóvel; limitar o envolvimento externo com outras pessoas; usar o ciúme como forma de justificação para algo que seja da sua vontade; fazer acusações não justificáveis; o assédio; a intimidação física ou verbal; destruir os pertences pessoais; ameaçar de morte, usar uma arma, ou ameaçar matar-se; e por fim, coagir para a prática de condutas ilícitas (Caridade, 2011).

Os principais fatores causadores da violência doméstica, na atualidade, são a existência de ciúme de indivíduo para com o seu parceiro, as diferenças que poderão

existir de poder entre o casal, pouco controle dos impulsos agressivos e o abuso de álcool e de drogas (Camargo et al, 2001).

A violência conjugal não pode ser atribuída a um descontrole por parte do ofensor, desculpabilizando-o dos seus atos criminosos por causa de um suposto comportamento provocatório (Pais, 1998).

Quando a violência é de altos níveis e de forma constante, a vítima tende a alterar os seus modos de agir e os seus pontos de vista, bem como maneiras de pensar, levando a um maior domínio por parte do agressor (Manual Alcipe, 2010).

O sentimento de medo é a principal forma de levar a pessoa a tornar-se submissa e a retrair-se, criando uma mudança no comportamento e na personalidade da pessoa (Couto, 2005).

Regra geral, a agressão nunca é pontual, mas sim reiterada, ou seja, continuada no tempo, e por vezes, resulta em consequências físicas graves para a mulher ou para o homem que sejam vítimas, podendo até, resultar na morte das mesmas (Casiquê & Furegato, 2006).

São visíveis denominadores comuns nas dinâmicas dos relacionamentos violentos. As mulheres vítimas de violência doméstica não são agredidas constantemente e a violência que lhes é infligida/aplicada não é ao acaso. Alguns autores acreditam/defendem que existe um ciclo definido e vivido por estas mulheres, um ciclo comum, designado de Ciclo da Violência Doméstica (Manual Alcipe, 2010).

Este ciclo deve ser entendido como um sistema circular, no qual as dinâmicas da relação do casal se manifestam sistematicamente, passando por três fases distintas que podem variar consoante o tempo e a intensidade do casal: a primeira é o aumento da tensão, que é quando as tensões acumuladas do dia-a-dia e as ameaças do agressor levam a vítima a ter uma sensação de perigo iminente. A segunda é a fase do ataque violento, em que o agressor aplica a força física e psicológica contra a vítima, aumentando esta de intensidade e frequência. Por último, vem a fase da lua-de-mel. É nesta fase que o agressor oferece carinho e atenção à vítima, pedindo desculpas pelo sucedido, dizendo que pretende mudar as suas atitudes e os seus comportamentos (Manual Alcipe, 2010). Este padrão de interação termina onde, antes, começou.

Este ciclo ajuda a compreender como se tornam vítimas, como se deixam “cair” num comportamento de apatia e porque é que não conseguem escapar/por um fim à violência que lhes é aplicada. É possível existir alguns motivos pelos quais a vítima não abandona o relacionamento: A existência de uma frequente cadeia de emoções e crenças

que estão na base da continuação da relação; A manipulação emocional exercida pelo agressor, culpabilizando a vítima pelas agressões, levando-a a uma dependência afetiva, colocando-a num “labirinto sem saída” (sem outra opção, escolha); Pode também acontecer, a vítima perspetivar o casamento como um projeto de vida e assim não se permite considerar a possibilidade de ser ela a por um fim à relação, mesmo que tenha noção do que poderá acontecer no futuro (Manual Alcipe, 2010).

Para além disso, por vezes, pode existir uma dependência económica da vítima em relação ao agressor, bem como falta de apoio familiar ou social, uma vez que a vítima se vai isolando cada vez mais. Acontece muitas vezes a vítima ser impedida pelo agressor de ir trabalhar ou de ter contacto social, para que este passe a ser, para a vítima, o único que se preocupa consigo, tendo os outros “más intenções” em relação ao casal (Peinado, Moura, Almeida, Santos & Gaspar, 2010).

Por fim, o pedido de ajuda para sair da relação pode também ser impedido pelo medo que a vítima tem em sofrer represálias, uma vez que pode não conhecer a existência de uma rede institucional qualificada para acolher vítimas neste contexto em segurança (Davis, 2008).

Assim, as vítimas que sofrem este tipo de crime, permanecem nos relacionamentos pois sentem dependência emocional ou financeira, ter preocupações em relação aos filhos, a inexistência de apoio familiar e social, e ainda, a esperança que o agressor mude. No entanto, quando existe a decisão por parte da vítima em sair da situação de violência, apesar de continuar na relação, começa a avaliar a forma mais adequada e o melhor momento para abandonar a relação (pereira, Matos & Machado, 2006).

Teorias explicativas da violência doméstica

Para ajudar a explicar a violência doméstica existem algumas perspetivas que serão agora abordadas de breve forma:

Perspetiva socio cultural

A perspetiva Sociocultural investiga os fatores sociais, culturais, políticos e históricos que podem contribuir para os maus tratos à mulher e possam explicar a violência conjugal (Antunes, 2002).

No que toca à violência conjugal, existem teorias pró feministas e feministas, que evidenciam onde se destacam as dimensões do poder e do controlo, bem como a base socio cultural, pelo que, a violência conjugal, pode ser considerada como uma

manifestação de poder ou uma reação à percepção de perda desse mesmo poder (Gonçalves & Machado, 2002).

Perspetiva didática familiar

Esta perspetiva tem na sua origem o facto de que se uma criança é exposta a situações de violência, ou até mesmo ser uma vítima, tem uma maior probabilidade de ser ou vir a exercer violência no futuro, sendo que pode tornar-se em agressor ou vítima, uma vez que a criança, ao ser exposta a esta realidade, acredita que a violência existe por ser uma maneira normal de amar. Por consequência, a experiência da vitimação durante a infância, leva à criação de condições para a violência no seio familiar ao longo das gerações (Cabral, 2018).

Perspetiva psicológica/ intraindividual

Esta teoria tem a intenção de identificar as características psicológicas da vítima e do agressor. Defende que as razões que explicam o comportamento do agressor são devido ao consumo excessivo de substâncias e à frustração, bem como falta de aptidões sociais, uma baixa autoestima, a existência de perturbações psicológicas, exposição a situações de stresse e ter dificuldades de empatia e de controlo (Cabral, 2018).

No caso da vítima, encontram-se características como situações de stresse e consumo de substâncias, as perturbações psicológicas, indícios depressivos, sentimento de culpabilização, mais condescendência ao locus de controlo externo, existência de baixos níveis de intimidade e de harmonia com o parceiro (Antunes, 2002).

Esta teoria defende que a personalidade da vítima e do agressor são o centro que pode potenciar o início de uma situação de violência. Ou seja, uma personalidade agressiva, em conjunto com a ansiedade e o consumo de substâncias ou álcool, são fatores que predis põem à violência doméstica, sendo que o álcool e as drogas fazem com que a violência seja mais grave e regular. Ainda assim, não existe uma ligação direta entre o consumo de álcool e drogas e a violência doméstica, existe apenas uma verificação de associação entre ambas (Cabral, 2018).

Perspetiva biológica e psicofisiológica

Por fim, a perspetiva biológica e psicofisiológica, esclarece que a violência conjugal tem base na raiva que o agressor apresenta e na reação agressiva que não consegue controlar. No entanto, esta teoria é alvo de algumas críticas, uma vez que não está indicado que os níveis de raiva dos agressores não são superiores aos dos homens

que não agredem, bem como que essa raiva leve estritamente ao ato violento. Ou seja, a dificuldade em controlar a raiva que a maioria dos agressores apresente está apenas ligado à agressão em mulheres em situação doméstica (Cabral, 2018).

Fatores de Risco de Violência Doméstica

Os fatores de risco referem-se aos aspetos que aumentam a probabilidade de ocorrência ou de manutenção da violência, podendo ser relativo a características individuais da vítima, a características do meio familiar e a características socioculturais. Nenhum fator de risco é, por isso, garantia de que uma situação de violência possa ou esteja a acontecer, o que é certo é que, a conjugação de diversos fatores de risco aumenta a probabilidade de se verificar uma vitimação (Manual Alcipe, 2010).

Os fatores de risco de ser agressor são diversos, entre os quais:

- Ser do género masculino e jovem;
- Ser dependente de substâncias como álcool e drogas;
- Ter doença física ou mental (depressão, perturbação de personalidade, etc.);
- Ter uma personalidade imatura e impulsiva, baixo autocontrolo, baixa tolerância a frustrações, vulnerabilidade ao stresse, baixa autoestima, expectativas irrealistas e indiferença ou excessiva ansiedade face às responsabilidades perante a vítima;
- Ter carências socioculturais e económicas;
- Estar desempregado;
- Ter antecedentes de comportamentos desviantes;
- Apresentar antecedentes pessoais ou familiares de vitimação;
- Não conseguir admitir que a vítima foi ou é abusada, nem compreender as reais necessidades e situação clínica da mesma;
- Ser inexperiente em termos de prestação de cuidados.

Relativamente à vítima, os fatores de risco são:

- Ser do género feminino;
- Características de vulnerabilidade em termos de idade e necessidades;
- Ter personalidade e temperamento desajustados relativamente ao agressor;
- Estar dependente do consumo de substâncias;
- Ter doença física ou mental, ou deterioração cognitiva fisiológica;

- Ter sido vítima de violência na infância ou ter assistido a violência entre os seus cuidadores;
- Ser prematuro e de baixo peso ao nascimento;
- Ter dependência física e emocional relativamente ao agressor;
- Possuir poucos recursos económicos, sendo dependente do agressor;
- Ter baixo nível educacional;
- Habitar em condições precárias;
- Estar isolada socialmente.

A violência pode ter diversas causas, um dos fatores subentendidos revela-se pela tolerância e pela deliberada ignorância de uma imensa aglomeração de violência existente dentro da família e da sociedade. Três fatores são regularmente apontados como contribuição da violência, estes são o isolamento, quer físico, afetivo, social e geográfico; a fragmentação; e o poder ou domínio e influência moral (Berkowitz, 1993).

Deve referir-se que as estratégias para diminuir e cessar com a violência doméstica, ou familiar, têm percorrido um longo caminho ao longo dos anos e por diversos países, são visíveis os progressos, sendo que da proteção das vítimas se passou à defesa dos seus direitos na área jurídico e por consequente convertendo-as em crimes públicos, bem como nas forças policiais (Flury, Nyberg & Riecher-Rossler, 2010).

As novas estratégias na influência da violência doméstica revelam cada vez mais a necessidade de estabelecer programas de incidência comunitária. A procura de soluções passa por recursos à recuperação de uma ideia de desenvolvimento comunitário como maneira de exceder a fragmentação e a dinâmica do poder. A questão da violência doméstica e dos padrões de resposta não aparentam conseguir desagregar-se da violência em geral e das respetivas respostas bem como da prevenção da violência (Manual Alcipe, 2010).

Consequências da violência doméstica

Nos casos de vitimação física, psicológica, sexual e financeira/económica, podem manifestar-se consequências a curto e a médio prazo (Cera, 2016).

Os efeitos a curto prazo das experiências de vitimação englobam um vasto leque de reações emocionais que incluem medo, raiva, isolamento e mal-estar. Englobam ainda queixas somáticas, como insónia, dores de cabeça, problemas gastrointestinais e dor pélvica. Com isto, é ainda possível existir consequências físicas, como ossos partidos e concussões vaginais, diversas feridas, perda de cabelo e queimaduras. Em

casos mais graves, podem ocorrer fraturas ósseas, lesões dentárias, oftálmicas e das vísceras torácicas e/ou abdominais (Manual Alcipe, 2010).

No caso das consequências a médio-prazo ocorrem alterações de sono e apetite, medo, vergonha, culpa, baixa autoestima, autoconceito negativo, vulnerabilidade, passividade, isolamento social e ideação suicida. Podem existir lesões mais estruturadas como alterações da imagem corporal e disfunções sexuais, perturbações cognitivas ao nível de memória, concentração e da atenção, incluindo disfunções cognitivas, distúrbios de ansiedade, fobias, crises de pânico, hipervigilância, depressão e perturbação de stress pós-traumático (Manual Alcipe, 2010).

Os efeitos a longo prazo da violência física e psicológica incluem depressão, elevada desconfiança em relação aos membros do sexo oposto, hipervigilância aos sinais de controlo e baixa autoestima. Para além do comprometimento negativo ao nível de qualidade do relacionamento com o companheiro, é de salientar outro efeito a longo prazo que é insidioso e importante, a vitimação subsequente, quer física, quer sexual (Manual Alcipe, 2010).

Todas estas consequências podem assumir um grau de gravidade alto ou baixo, dependendo do tipo e duração da vitimação, o grau de relação com o agressor, idade da vítima, nível de desenvolvimento e personalidade e nível de violência e ameaças sofridas (Cera, 2016).

Falando das consequências psicológicas graves, estes danos são os mais complexos, sendo que o medo/receio são os que mais se destacam, seguindo-se a ansiedade. Nas mulheres vítimas de violência doméstica, as consequências psicológicas que mais se observam são a depressão, o desespero, o pânico e a baixa autoestima (Cidreira, 2017).

Quanto mais tempo dura a violência, mais graves irão ser as consequências psicológicas e os recursos para a vítima efetuar mudanças na sua vida e para sair do ciclo de violência doméstica serão menores. O impacto psicológico após a vitimação pode ser grave, e os domínios a ter mais em conta são distúrbios cognitivos e da memória, que podem levar a memórias e pensamentos intrusivos recorrentes do evento traumático, dificuldade em tomar decisões e de concentração; os indicadores de ansiedade ou depressivos, levam ao sentimento de vergonha, isolamento social, sentimento de culpa, sentir medo, hipervigilância e ausência de controlo. Podem também surgir perturbações a nível alimentar ou do sono e stress pós-traumático (Manual Alcipe, 2010).

Assim, as vítimas de violência doméstica de modo continuado, têm tendência a apresentar várias características psicológicas, fazendo-as sentirem-se em contante perigo e ameaça levando ao sentimento de insegurança pessoal, de modo frequente, o que torna mais difícil e duradouro o processo de ultrapassar e lidar com o sucedido. Estas vítimas sentem vergonha em revelar o seu problema aos outros, por sentirem medo, baixa autoestima, perda de confiança e confusão perante a vitimação. Estes fatores revelam comportamentos depressivos e evitamento e, por vezes, distúrbios de ansiedade (Manual Alcipe, 2010).

Na relação de intimidade, a vítima e o agressor têm uma relação entre si, e por vezes, como medo de por fim à situação de violência, o homicídio surge como opção (Cardoso, 2012).

O homicídio é definido como um crime contra a vida que resulta na morte da vítima, podendo surgir como um desfecho de um episódio de violência física severa, como consequência de um ato repentino, ou por falta de assistência médica (Cardoso, 2012).

Em seguimento do tema do homicídio e para terminar, em alguns casos, a vítima de violência doméstica é que efetua o crime de homicídio, uma vez que, após muito tempo a ser vítima, acaba por matar o agressor, seja por se defender do mesmo, seja por perceberem encontrar-se em perigo iminente (Florêncio, 2013).

No que toca às consequências da vitimação, existem consequências físicas, psicológicas e sociais (Flury, Nyberg & Riecher-Rossler, 2010).

As consequências físicas englobam hemorragias, aborto espontâneo, fraturas, hematomas, dores musculares, dores de cabeça, tensão arterial elevada, alterações no comportamento sexual, e ainda, alterações no sono e alimentação (Flury, Nyberg & Riecher-Rossler, 2010).

A existência de tensões com a família alargada, a perda de emprego, uma dependência económica ou até mesmo um isolamento devido ao afastamento dos familiares e amigos fazem parte das consequências sociais da vitimação (Berkowitz, 1993).

Finalizando com as consequências psicológicas da vitimação, estas podem ser a baixa autoestima, a tristeza, a culpa, ansiedade, raiva, irritabilidade, sentimento de impotência, a desconfiança, fobias, falta de motivação, existência de distúrbios de sono, de problemas de memória e depressão, bem como as tentativas de suicídio (Manual Alcipe, 2010).

Alguns autores conceptualizaram o processo de “adaptação” à violência em vários estádios:

- 1- Negação: A vítima experimenta sentimentos de choque, confusão e descrença perante a situação;
- 2- Cólera ou Raiva: A vítima riposta com violência;
- 3- Negociação: A vítima prevê futuros atos de violência;
- 4- Depressão: A vítima tem comportamentos autodestrutivos, ou até mesmo, ideias suicidas;
- 5- Transição: A vítima tem percepções do risco que corre;
- 6- Aceitação: Por fim, a vítima assume controle da sua vida, tomando decisões relativas ao seu futuro.

Ao longo de todo este processo, a vítima vai experimentar vários estados emocionais como o pânico de morrer, fortes reações físicas e psicológicas, desorientação, apatia, negação, solidão, choque, impotência, ambivalência emocional e mudanças de humor (Manual Alcipe, 2010).

A vitimação pode ainda ser vista de três formas, a vitimação direta, a vitimação secundária e a vitimação vicariante. No que toca à vitimação direta, por norma, o dano físico e material é bastante limitado, o que se percebe a partir da estrutura da criminalidade. A proximidade que determina a relação entre agressores e vítimas nestes crimes, é responsável pelo forte impacto emocional na vitimação direta. É importante dizer que as repercussões emocionais podem ser significativas, a angústia, o choque, o medo e raiva tem sido as reações mais comuns da vitimação, e uma pequena parte das vítimas experimenta alguns sintomas típicos da perturbação de stress pós-traumático (Gonçalves & Machado, 2002).

O impacto que a vitimação direta pode ter não depende apenas do tipo de crime e da gravidade do mesmo, mas também de um conjunto de outras variáveis como particularidades prévias que a própria vítima possuía. A vitimação e o impacto da mesma não são acontecimentos eventuais, uma vez que as vítimas mais afetadas pelos crimes, são as mais frágeis e vulneráveis devido a experiências e acontecimentos anteriores nas suas vidas ou condições sociais. Assim, as mulheres, os indivíduos de uma faixa etária mais elevada, os que fazem parte de uma minoria étnica e os que têm menor rendimentos, acabam por ser quem têm consequências mais severas do crime (Gonçalves & Machado, 2002).

Existem outras questões que podem criar uma maior dificuldade para que a vítima consiga gerir a experiência criminal e de vitimação, como experiências anteriores de vitimação ou maior nível de stresse, mas também a reação da vítima após a vitimação e a rede de suporte, podendo estas ser importantes para o impacto do acontecimento (Gonçalves & Machado, 2002).

Falando da vitimação secundária, são resultantes das respostas dos outros, como o aparelho de justiça, à vítima. Ou seja, esta vitimação é caracterizada pela discrepância de interesses entre o sistema de justiça penal e a vítima. De forma regular, as vítimas queixam-se de que são mal informadas relativamente aos processos dos crimes, de que são tratadas de forma insensível ou rude, da duração do processo, entre outras (Gonçalves & Machado, 2002).

Por fim a vitimação vicariante, ou indireta, é aquela que as consequências sofridas do crime são vividas por outros que não a vítima direta, como os familiares da mesma. As vítimas indiretas também sofrem um impacto, embora não tao alargado, mas que resultam em sintomas como medo, raiva, culpa e ansiedade. Desta forma, é importante existir um acompanhamento, não só da vítima, mas daqueles que são, supostamente, o seu suporte, uma vez que ambas as vitimações geram stresse (Gonçalves & Machado, 2002).

Estratégias do agressor

A partir do isolamento social, da intimidação, das ameaças e da coação, o agressor consegue poder e controlo face à sua situação com a vítima (Manual Alcipe, 2010).

Os fatores de risco passam por uma probabilidade de ocorrer um acontecimento indesejável a um individuo ou grupo de indivíduos, sendo que nos fatores de risco individuais podem passar por conceber a relação conjugal sob um conjunto de mitos sociais, ter uma visão tradicional em relação aos papéis de género, ter uma baixa autoestima, considerar normal a submissão ao poder masculino, recusar a ideia de fracasso conjugal, ter um fraco suporte familiar, ter uma doença física ou mental, o facto de consumir substancias ou ter acesso a armas (Bourdiu, 2007).

Referindo os fatores de risco comunitário, podem encontrar-se as dificuldades económicas da comunidade, a desorganização social e a violência e criminalidade na comunidade (APAV, 2005).

Nos fatores de risco sociais, estes são relativos à avaliação cultural do tema da violência e à não aplicação e eficácia de medidas neste tipo de situações (APAV, 2005).

Por fim, os fatores de risco relacionais passam por a possibilidade de existência de violência na família de origem e os conflitos e rotura conjugal (APAV, 2005).

Vítimas de Violência Doméstica, segundo o género

A violência conjugal é uma forma de violência interpessoal comum, presente na maioria das sociedades e que afeta de forma diferente homens e mulheres, sendo as mulheres as vítimas mais frequentes de violência severa e continuada (Strey, Neto & Horta, 2007).

A violência contra as mulheres é uma das mais prevalentes violações dos direitos humanos, sendo que estas são mais sujeitas à violência doméstica do que os homens (Casimiro, 2008).

As mulheres são as principais vítimas de tipos de violência mais graves e têm maior probabilidade de serem magoadas por um parceiro abusivo. Esta probabilidade aumenta cada vez mais e está ligada à dependência económica e/ou social em relação ao companheiro (Casimiro, 2008).

O ciúme por parte do agressor é um dos fatores que disputa a ação de violência contra a mulher, bem como a maneira de vestir ou a vida social que a mulher tem, uma vez que há homens que por terem uma baixa autoestima não querem que as suas companheiras o façam (Dias, 2018).

Contudo, também há homens vítimas de violência doméstica, sendo que estes níveis de prevalência são ainda mais difíceis de determinar, uma vez que a denúncia está mais condicionada do que a das mulheres, por fatores socioculturais (Barber, 2008).

A imagem do homem pode ficar fortemente abalada pelo reconhecimento de que é agredido pela mulher com quem partilha relações de intimidade. O medo de represálias físicas por parte da agressora, o sentimento de humilhação e vergonha e as expectativas de reações de ridicularização ou descrença por parte da sociedade, são os fatores que podem provocar grande resistência para pedir ajuda de terceiros, contribuindo para silenciar a sua vitimação e permanecer na relação (Barber, 2008).

Atualmente, é cada vez mais frequente que as mulheres sejam agressoras, não se limitando a comportamentos reativos de agressão/resposta manifestados num registo de autodefesa, operando também como recurso à violência física e psicológica, utilizando meios de coação, falsas acusações de violência doméstica e ameaças variadas que

podem compreender consequências que vão desde o abandono da relação, passando pela retirada e/ou afastamento dos filhos, ou até mesmo, ameaças de morte e suicídio (Valério, 2010).

Assim, quando se fala em violência doméstica, é de forma regular, que se pensa num fenómeno que recai sobre as mulheres, mas é de destacar que, cada vez mais, os homens são também uma população crescente, enquanto vítimas, o que deverá ser um ponto fulcral para obter uma resposta por parte do Estado e da sociedade, através de comunidade e instituições de solidariedade que prestem apoio a vítimas de crimes, mais especificamente a vítimas de violência doméstica (Lisboa, Barroso, Patrício & Leandro, 2009).

Psicologia Clínica na Intervenção em Vítimas de Violência Doméstica

De modo a contextualizar este tema, falarei então sobre a psicologia clínica, esta é a área de atuação da psicologia que trabalha com a pesquisa, a avaliação, diagnóstico, a prevenção e tratamento das doenças mentais (VandenBos, 2010).

O primeiro psicólogo a usar o termo psicologia clínica foi Lightner Witmer, aluno de Wilhelm Wundt, no ano de 1907. Definiu a psicologia clínica como: “o estudo dos indivíduos, por observação ou experiência, com a intenção de promover mudanças” (Ribeiro & Leal, 1996). Um psicólogo clínico, é um profissional que teve formação em métodos e técnicas para o tratamento de diversos transtornos psicológicos. Qualquer psicólogo que exerça na área da psicologia clínica possui conhecimentos teóricos e competências base, que ajudam na melhoria do paciente (Ribeiro & Leal, 1996).

A área de atuação da psicologia clínica é uma das maiores para a atuação do profissional da psicologia, podendo incluir a saúde mental da criança, do adulto e da terceira idade, os problemas de aprendizagem, distúrbios emocionais, o abuso de álcool e drogas, e a psicologia da saúde mental (Ribeiro & Leal, 1996).

Portanto, a psicologia clínica defende que o ser humano detém a capacidade de autorrealização, que leva o indivíduo ao progresso e desenvolvimento de uma personalidade mais criativa e saudável. No entanto, fatores externos podem levar ao impedimento do indivíduo se desenvolver completamente. Assim, existe uma procura por uma humanização da psique, considerando o homem como um processo em construção, possuidor de liberdade e poder de escolha (Ribeiro & Leal, 1996).

É claro que as necessidades da vítima são diferentes conforme o tipo de crime sofrido, o impacto, o suporte disponível e as capacidades pessoais, quer psicológicas,

quer sociais, ainda assim, é possível prover um conjunto de instruções gerais para lidar com vítimas, promovendo o ajustamento psicológico e diminuir o risco de vitimação secundária, ou seja, criar uma intervenção em crise. Para isso é, então, importante valorizar o facto de a vítima por ter feito queixa, bem como validar a sua experiência; é preciso restabelecer o controlo da vítima, explicar o crime em si e a sua prevalência, evitar e prevenir a culpabilização, evitamento, o isolamento e o acontecimento de novos crimes, e promover o processamento emocional e cognitivo da experiência. Assim, a intervenção em crise visa facilitar uma oportunidade de progresso e fornece recursos para futuras situações de desafios, diminuindo o impacto da vitimação (Bennett, 2000).

Para muitas vítimas de violência, após a situação vivida, é difícil haver a capacidade de autorrealização bem como a reintegração na sua personalidade, liberdade e poder de escolha, sendo que é aqui que é necessário iniciar um processo de acompanhamento para as vítimas e assim poderem voltar a viver como o faziam anteriormente ao processo de vitimação (Leal, Pimenta & Marques, 2012).

Para uma mulher que já tenha experienciado uma situação de violência doméstica, é conveniente que a mesma mantenha um acompanhamento psicológico, para que esta consiga, com ajuda externa, voltar a criar mecanismos de defesa para mudar a sua realidade e superar as sequelas deixadas pelo processo de submissão relativo ao período de violência vivenciado (Leal, Pimenta & Marques, 2012).

Assim, o psicólogo deverá, inicialmente, entender e compreender a situação e a história da vítima e criar um vínculo terapêutico com a mesma, fazendo com que esta se sinta confortável, num ambiente seguro e de confiança, levando-a à partilha das experiências vividas que lhe causaram sofrimento (Leal, Pimenta & Marques, 2012).

Outro dos objetivos do atendimento psicológico a este tipo de vítimas é fazer com que elas consigam voltar a estabelecer a sua autoestima, vontades e pensamentos, que foram outrora anulados e abalados pelo agressor, ao longo do processo de violência. Com isto, poderá vir a ter a coragem de sair do relacionamento em que se encontra, que levou a perder a sua própria condição de ser humano (Pardinielli, 1999).

Estes tipos de experiências, por norma, prolongam-se no psiquismo da vítima, mesmo que ela já não se encontre dentro do relacionamento, uma vez que o parceiro a desqualificava de diversas formas, através da violência psicológica e moral. O agressor faz com que a vítima vá perdendo a sua autoestima e levando a fazer-se sentir, cada vez mais, como um objeto, deixando de ser um sujeito com as suas próprias vontades (Couto, 2005).

No que toca ao papel do psicólogo, a escuta deverá ser adequada e ativa, sendo este um fator de facilitação da autoexpressão da vítima em atendimento psicológico. A escuta ativa pretende a atenção do profissional que o faz prestar mais atenção e ter curiosidade sobre a história por contar por parte da vítima. Assim utilizada uma escuta ativa, o psicólogo conseguirá fazer intervenções, fazendo com que o sujeito pense de forma diferente da que havia pensado até então (Davis, 2005).

É importante que o profissional saiba lidar com a frustração e tenha paciência, uma vez que, o ritmo de trabalho feito com vítimas de violência doméstica é, na maioria dos casos, lento e com altos e baixos, sendo que é comum, as vítimas, ao longo do processo psicológico, voltarem ao relacionamento com o respetivo agressor (Conselho da Europa, 2011).

De forma regular, as vítimas de violência doméstica têm dificuldade em entender que se encontram num relacionamento com violência, até mesmo pelo facto de já terem aceiteado a violência sofrida como algo natural, sendo isto, mais comum nos casos de violência psicológica, por ser mais subtil, dificultando a sua identificação (Manita, 2008).

Quando a vítima se apercebe da situação em que se encontra, tornar-se-á mais fácil a mesma ter a capacidade de encontrar recursos para sair da situação em questão (Manita, 2008).

O psicólogo precisa de fazer a mulher entender que ela vivenciou uma situação de violência exercida pelo seu companheiro ou ex-companheiro, mas que isso não foi culpa dela. Muitas vítimas justificam a prática da violência usada pelo agressor como culpa dos comportamentos delas, sendo que isto é um dos principais objetivos dos agressores, pois estes negam a responsabilidade pelo ato agressivo e manipulando as vítimas, fazendo-as sentirem-se como culpadas da situação (Manita, Ribeiro & Peixoto, 2009).

Neste sentido, o psicólogo deve então ajudar as vítimas a compreenderem que as atitudes aparentemente “normais” do agressor, que lhes causaram vergonha, ou insegurança, são no fundo, de carácter violento. É também necessário auxiliar o paciente a compreender a violência que sofreu, sabendo reconhecer as emoções sentidas, que foram reprimidas e negadas, durante o processo de vitimização (Ministério da Saúde, 2002).

Deve-se trabalhar na mudança que a pessoa vitimizada pode fazer em relação ao seu agressor e que essa mudança apenas depende dela própria, bem como, é preciso

trabalhar com a vítima num modo de voltar a sentir-se “pessoa” e na sua integração no mundo em redor, sendo este um processo de libertação, reconhecimento e reconquista. A vítima conseguirá ultrapassar o sofrimento psíquico quando conseguir ter uma boa autoimagem, alcançando o sentimento de segurança em si mesma (Neves, 2012).

A vítima precisa de aceitar a sua história, mesmo com a vivência da violência, para que possa no futuro aceitar-se a si mesma e às mudanças subjetivas (Brown, 2007).

Neste processo, as vítimas ganham noção das coisas boas e más para elas, conseguindo também reconhecer uma atitude de violência perante elas, reconhecendo que os comportamentos do agressor são apenas para estes esconderem as suas próprias inseguranças e fragilidades (Souza, 2017).

É importante saber reconhecer se as pessoas que são vítimas de violência doméstica têm, ou não, traços de codependência emocional, uma vez que se for entendido e encontrado o problema, será mais fácil encontrar uma solução. O psicólogo deve trabalhar com a vítima a ampliação da consciência e perceber os motivos que a fazem permanecer na relação, para que a vítima possa mudar a sua postura para com o agressor e reconstruir a sua vida, longe dele (Lisboa et al, 2006).

O apoio psicológico com a vítima de violência doméstica deverá, primeiramente, garantir a segurança e integridade da mesma, principalmente no momento de denúncia/queixa, um período no qual a vítima se encontra em perigo (Souza, 2017).

Com isto, deve ser proposto um plano de intervenção adequado às necessidades da vítima, avaliando e evitando uma violência futura. No fim, é conveniente propor-se um processo de apoio psicológico, sendo que este é fundamental para que a vítima consiga consolidar as suas transformações pessoais e realizar os seus novos projetos de vida. As consequências traumáticas provenientes destas situações tendem a aparecer ao fim de algum tempo, pelo que é importante manter um apoio contínuo e regular (Ribeiro & Leal, 1996).

Não deixa de ser importante trabalhar com a vítima a nível cognitivo, emocional, psicológico e relacional, e acima de tudo, nos processos judiciais a decorrer, para os momentos de confronto direto com o agressor no futuro (Souza, 2017).

Papel do Psicólogo na Instituição

Sendo uma associação de apoio a vítimas de crimes, este local de estágio permite a prestação de apoio psicológico aos utentes. Assim, falaremos do papel que o

psicólogo exerce na instituição, quando existem pedidos de apoio psicológico por parte de algumas vítimas.

No apoio a vítimas, o psicólogo é um técnico que possui competências e capacidades para efetuar serviços e acompanhamentos telefónicos e/ou presenciais. Como já foi referido, antes de poder intervir, o psicólogo deverá realizar uma formação inicial adequada, de forma a também conseguir fornecer informações, tanto de apoio social como de apoio jurídico (APAV, 2005).

Dentro da associação, este acompanhamento psicológico é baseado em alguns princípios das psicoterapias breves. Existem salas disponíveis para a realização dos atendimentos (*setting*), é necessário estabelecer um contrato terapêutico entre o utente e o psicólogo/técnico, e em seguida iniciar as sessões de apoio psicológico. Estas sessões de apoio são acessíveis a todas as idades, sendo que a associação só presta apoio psicológico a indivíduos que tenham sido realmente vítimas de algum crime, sendo que este apoio psicológico consiste na intervenção psicológica pontual ou continuada, avaliação psicológica, relatório psicológico e articulação com serviços de saúde mental (APAV, 2005).

Nesta instituição, podemos prestar apoio a diversos tipos de crimes ou formas de violências existentes e aos quais a instituição presta serviço e apoio, assim sendo temos o homicídio; a violência doméstica, entre pessoas do mesmo sexo ou do sexo oposto; a violência no namoro; tráfico de seres humanos; mutilação genital feminina; violência sexual; *stalking* ou assédio persistente; *bullying* e *cyberbullying*; furto e roubo; *carjacking*; fraudes e burlas; discriminação e crimes contra o património. Os casos de violência doméstica ou no namoro são os mais comuns (APAV, 2005).

Este apoio pode ser prestado a todos os tipos de grupos de pessoas, entre eles, crianças e jovens, adultos e idosos, bem como a imigrantes e turistas (APAV, 2005). Nesta associação, o apoio prestado à vítima de violência doméstica, a nível psicológico, passa por promover o restabelecimento da estabilidade emocional, reconhecendo e analisando a informação que nos é devolvida (Ribeiro & Leal, 1996).

Em sequência, é necessário realizar uma avaliação de risco face à situação de violência doméstica, que é um processo que permite a identificação de fatores de risco e de fatores de proteção associados a um dado acontecimento ou situação de violência. Ajuda a entender os fatores de risco existentes, a promover um ambiente mais seguro para a vítima, elaborando planos de segurança mais realistas, bem como, a desenvolver planos de gestão de risco mais adequados à situação (APAV, 2005).

II PARTE-ATIVIDADES REALIZADAS NO ESTÁGIO

O plano de estágio era composto por 400 horas, sendo que no total foram realizadas 403 horas. O estágio foi iniciado a 15 de novembro de 2017 e terminado no dia 6 de julho de 2018. Em conjunto com o local de estágio foram acordados os dias a frequentar.

Objetivos do Estágio

Este estágio teve como principal objetivo o foco de bases e teorias adquiridas ao longo do curso de psicologia, bem como pôr em prática as mesmas, no decorrer do estágio.

Inicialmente os objetivos gerais passaram por compreender as atividades que se realizam na instituição, para um melhor desenvolvimento e envolvimento nas várias atividades praticadas dentro da mesma. Em seguida, pôr em prática a teoria adquirida na formação académica, desenvolver competências profissionais, entender o papel do psicólogo clínico na instituição e adquirir competências pessoais e sociais.

De uma forma mais específica, estes objetivos passaram por trabalhar em equipa, compreender o tipo de intervenção que a instituição aplica, assistir e realizar atendimentos telefónicos e presenciais, proceder à análise dos instrumentos que são usados para se entender se os utentes são ou não vítimas de crimes, qual o grau e participar em todas as dinâmicas institucionais.

Assim, o estágio consistiu em realizar atendimentos telefónicos e presenciais aos utentes, de forma a poder-se conhecer as problemáticas e aplicar as medidas necessárias e adequadas a cada caso.

Foram também feitas atividades no local de estágio, como a Formação específica para técnicos, uma formação inicial necessária a todos para que se possa realizar um atendimento adequado, e a participação na Formação de Furto de Identidade Online. Por fim, foram também realizadas atividades fora do local de estágio, como a participação numa Feira de Voluntariado.

Passarei a descrever as atividades desenvolvidas.

Observação em Consultas de Triage

O estágio teve início com a observação da organização da instituição, proporcionando assim o conhecimento e funcionamento dos serviços e permitindo a adaptação.

No que toca às consultas de triagem, todas elas foram assistidas com o consentimento dos utentes. A observação foi realizada em consultas com todo o tipo de população e problemáticas, tendo em conta as necessidades de cada utente.

A observação teve início após duas semanas de estágio e realizou-se durante todo o período de estágio, tendo sido mais frequente nos primeiros quatro meses. De forma aproximada, resultou num total de 350 horas.

No desenrolar das consultas foi utilizada a observação como ferramenta importante, principalmente a observação da comunicação não verbal. A observação no local de estágio permitiu desenvolver e adquirir competências, aptidões, atitudes e conhecimentos. Foi positivo na medida em que houve uma maior integração da formação teórica adquirida com a prática em contexto real de trabalho.

Feira de Voluntariado no ISEG

A feira de voluntariado foi uma atividade voluntária realizada no exterior, fora do local de estágio, numa instituição de ensino superior.

Este tipo de atividade é regularmente realizado por parte do local de estágio e eu tive a oportunidade de poder participar.

Esta feira consistia em divulgar a atividade da associação, através de cartazes e panfletos informativos, que estavam expostos numa banca reservada à instituição, dando assim a conhecer aos alunos da universidade as funções e objetivos da instituição, bem como tentar recrutar mais voluntários para participar no funcionamento da mesma.

Formação Inicial dos Técnicos

De forma a poder-se ter contacto e a intervir com os utentes, foi necessário participar na Formação Inicial, que durou no total, 90 horas.

Esta formação teve como objetivo a aquisição de competências necessárias para efetuar o atendimento às vítimas, de maneira a respeitar e realizar os procedimentos adequados e a cumprir as normas em vigor do local de estágio.

Na formação foram diversos os conteúdos abordados e ensinados para uma melhor preparação teórica, importante no contacto futuro com os utentes.

Ao longo da formação, existiram diversos módulos, sendo o primeiro módulo destinado à apresentação da instituição, o módulo dois sobre o técnico, o módulo três sobre o atendimento, o módulo quatro sobre as técnicas de comunicação, o módulo

cinco destinado ao código de conduta, confidencialidade e segurança, o módulo seis era a introdução aos apoios específicos, o módulo sete sobre o processo de apoio online, o módulo oito destinava-se, no meu caso, ao apoio psicológico, o módulo nove abordava o tema de apoio a vítimas de violência doméstica, o módulo dez sobre as pessoas idosas vítimas de crime e violência, o módulo onze sobre as crianças e jovens vítimas de violência e , por último, os crimes patrimoniais.

Em todos os módulos foi possível aprender e compreender o modo de funcionamento do local de estágio, que tipo de instituição é, o que trata e as técnicas adequadas a utilizar conforme cada caso e situação. Foram também realizados exercícios na formação para treinar e por em prática as teorias adquiridas.

Atendimentos Telefónicos

Os atendimentos telefónicos iniciaram-se apenas após a formação inicial de técnico. Consistiam em atender as chamadas que chegavam ao gabinete, de forma a identificar a situação do utente, compreendê-la, explicá-la e assim, poder incentivar a deslocação ao gabinete mais próximo para um atendimento presencial e mais adequado à situação exposta.

Este tipo de atendimento teve, aproximadamente, uma duração de 250 horas.

Atendimentos Presenciais

Os atendimentos presenciais foram iniciados após a formação de técnico, sendo que de forma aproximada consistiram num total de 180 horas. Estes atendimentos podiam ser feitos por marcação telefónica, bem como realizados no momento.

Os atendimentos presenciais ajudavam a compreender melhor a problemática em causa de cada utente, perceber melhor a situação vivida, as necessidades e o grau de risco, para assim, se poder intervir de uma forma mais adequada, conforme cada caso.

Formação de Furto de Identidade Online

A participação nesta formação foi voluntária, com o objetivo de adquirir mais conhecimentos e conteúdos relativos ao furto de identidade on-line.

Esta formação teve uma duração de 6 horas e consistiu na apresentação dos tipos de crimes existentes na internet, foram definidos os conceitos necessários para entender mais sobre esta área e tudo o que ela engloba e foram realizados atividades e exercícios em conjunto de forma a por em prática as bases e conteúdos aprendidos.

Cronograma do Estágio Curricular

	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho
<i>Observação em Consultas de Triagem</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<i>Formação Inicial</i>				X	X					
<i>Participação na Feira de Voluntariado</i>		X								
<i>Participação na Formação de Furto de Identidade Online</i>						X				
<i>Realização de Atendimentos Telefônicos</i>					X	X	X	X	X	X
<i>Ajuda nas Tarefas Da Instituição</i>		X	X	X	X	X	X	X	X	X
<i>Realização de Atendimentos Presenciais</i>						X	X	X	X	X
<i>Fim do Estágio</i>										X

Quadro 1.

Cronograma das atividades desenvolvidas ao longo do estágio.

Avaliação Psicológica

Em seguida, serão apresentados dois casos clínicos, que não foram desenvolvidos na instituição de estágio. O primeiro caso remete para os maus tratos enquanto criança/jovem e o segundo caso é referente à violência no namoro.

As anamneses foram realizadas no segundo semestre de 2018. Os testes foram realizados em março de 2019, nos dois casos, no Laboratório de Psicometria da Universidade Autónoma de Lisboa. Primeiramente, realizaram a Escala de Estima de Si S.E.R.T.H.U.A.L, seguidamente, a examinada do caso 2 saiu da sala para que se pudesse realizar o Teste do TAT à examinada do caso 1. Após terminar, a examinada do caso 2 regressou, saindo a examinada do caso 1. Em ambos os casos foram apresentados 20 cartões do TAT, conforme o sexo e idade, sendo que em último lugar foi apresentado o cartão 16.

No caso 1, foram usados os testes do TAT – Teste de Apercepção Temática, e a Escala Estima de Si S.E.R.T.H.U.A.L.

No que toca à utilização do TAT, uma vez que este teste visa revelar a estrutura e a organização da personalidade do indivíduo, bem como revelar o conteúdo da mesma, é pertinente o uso do teste para compreender e analisar as alterações na personalidade do indivíduo do caso 1, relativamente à situação familiar.

Este teste revela-se útil uma vez que o indivíduo ao interpretar as placas tem a tendência de revelar aspetos da sua personalidade. Para a avaliação deste teste, é importante comparar e ter em conta os pormenores das histórias com os factos conhecidos acerca da personalidade do indivíduo.

Ao desconstruir as respostas dadas pela examinada, será possível encontrar algumas das séries de funcionamento e o que representam as mesmas.

No caso da Escala de Estima de Si S.E.R.T.H.U.A.L, este pretende analisar a percepção que o indivíduo tem de si mesmo, a partir das dimensões positivas e das dimensões negativas.

Também para o caso 2, foram usados os testes do TAT – Teste de Apercepção Temática, e a Escala Estima de Si S.E.R.T.H.U.A.L.

Como já foi referido, usar o TAT é pertinente, uma vez que tem o objetivo de revelar a estrutura e a organização da personalidade do indivíduo, analisando e compreendendo as alterações na personalidade do indivíduo do caso 2, em relação à situação vivida de violência no namoro.

A avaliação dos dados é feita de forma quantitativa e qualitativa. A avaliação quantitativa é feita a partir da comparação dos resultados conseguidos pelo indivíduo com os resultados da normativa, permitindo situar o indivíduo face ao seu grupo de referencia relativamente a cada dimensão da Estima de Si.

Já a avaliação qualitativa, acaba por ser uma análise intra-individual, feita através do perfil individual do indivíduo, que permite conhecer as áreas a que o indivíduo dá mais importância na percepção que tem de si próprio, tanto da dimensão positiva como na negativa.

Testes

TAT – Teste de Apercepção Temática

O teste de apercepção temática (TAT), é um teste projetivo desenvolvido em 1935, por Henry Murray. O teste foi desenvolvido para medir determinadas características da personalidade, como os motivos, e foi muito utilizado no estudo da motivação (Bellak, 1971).

O TAT é conhecido como uma "técnica de interpretação de figuras" uma vez que ele usa uma sequência padronizada de figuras relativas a situações ambíguas sobre as quais o sujeito testado deve contar uma história. Essa história deve conter sobretudo os seguintes pontos:

- o que levou à situação apresentada;
- o que está ocorrendo no momento apresentado;
- o que as personagens estão a sentir e pensar;
- o desfecho da história.

Caso estes componentes não sejam mencionados, sobretudo no caso de crianças ou de indivíduos com baixa capacidade cognitiva, o aplicador do teste pode perguntá-los diretamente (Bernstein, 1964).

O teste de Apercepção Temática é um método projetivo que contem 30 cartões e um cartão branco. Os cartões são usados conforme a idade e o sexo do indivíduo, sendo que para cada indivíduo apenas se apresenta 20 cartões, por normal aplicados em duas sessões, 10 de cada vez (Bernstein, 1964).

Alguns deles envolvem homens, outras mulheres, outras ainda pessoas de ambos os sexos, outras pessoas sem um sexo definido, algumas vezes adultos, outras crianças e algumas vezes situações sem seres humanos. Um dos cartões é completamente branco (Murray, 1967).

Apesar do teste ter sido desenvolvido para que os cartões se ajustem ao sujeito testado em sexo e idade, qualquer dos cartões pode ser usado com qualquer pessoa. A maior parte dos aplicadores escolhe um conjunto de aproximadamente dez cartões, já utilizando aqueles que eles consideram mais úteis, já aqueles que eles creem mais adaptados à história e à situação do indivíduo, encorajando-o, assim, a expressar os seus conflitos emocionais (Freeman, 1962).

Ao examinado é explicado que o teste se trata de um teste de imaginação, em que irá contar uma história a partir da imagem apresentada em cada cartão, sendo que não há respostas certas nem erradas. É importante esclarecer o indivíduo de que cada cena representa uma cena diferente. Este teste não tem tempo para as respostas e o examinado deve explicar o que levou àquela cena, deve explicar o que está a acontecer, bem como as personagens e os sentimentos, e qual o resultado (Freeman, 1962).

O TAT tem como objetivo revelar a estrutura e organização da personalidade de um indivíduo e revelar o conteúdo da personalidade, como as necessidades, os sentimentos, os impulsos, fantasias, conflitos e complexos. Este teste tem como base, que quando o indivíduo faz uma interpretação ambígua, tem a tendência de revelar aspetos da sua própria personalidade, que de outra forma, não revelaria, ou de que não tem noção/consciência (Parada & Barbieri, 2011).

No que toca à análise do teste e a interpretação das histórias, esta pode ser executada de várias formas, de acordo com o ponto de vista do examinador e o objetivo do exame, no entanto, em todos os casos é importante ter em conta e comparar os pormenores das histórias com os factos conhecidos a cerca da personalidade do indivíduo (Freeman, 1962).

É necessária uma desconstrução das histórias criadas pelos indivíduos através de série de funcionamento, que foi feita através de cotação para a análise do TAT (ANEXO 5). Destas séries fazem parte a Série A que contem um inventário dos mecanismos de controlo dos afetos, que avaliam uma configuração defensiva que revela uma organização do tipo obsessivo. Dentro da série A existe a A1 e a A2, cada uma delas com uma série de itens (ANEXO 3) (Instituto Superior de Psicologia Aplicada, s.d).

A A1 está ligada a mecanismos de controlo adaptados, que contribuem para a construção da história, a A2 engloba os mecanismos de controlo mais intensos e defensivos que protegem da angústia (Instituto Superior de Psicologia Aplicada, s.d).

Existe também a Série B, sendo que este é o inventário dos mecanismos de labilidade dos afetos, ou seja, o contrário de controlo, englobando a B1 e a B2. A B1 são então os mecanismos de labilidade adaptativos, que contribuem para a elaboração da história e a B2 são os mecanismos de labilidade mais intensos, que fogem ao controlo (Instituto Superior de Psicologia Aplicada, s.d).

Falando na Série C, este refere-se ao evitamento de conflito, revelando os desejos, censuras, defesas, impulsos, etc. dentro da Série C temos o C/Fo, Evitamento Fobico; C/N, Evitamento Narcísico; C/M, Evitamento Maníaco; C/Fa, Evitamento Factual e o C/C, Soluções Comportamentais (Instituto Superior de Psicologia Aplicada, s.d).

Por fim, a Série E, sendo esta a emergência do processo primário, apreensão de elementos que não constam e projeções maciças (Instituto Superior de Psicologia Aplicada, s.d).

Escala de Estima de Si S.E.R.T.H.UAL

A Escala de estima de si S.E.R.T.H.U.A.L. (*Self-esteem*, Rogers, Tap, Hipólito e UAL), validada para a população portuguesa em 2006, surgiu a partir da Escala de Estima de Si de Rogers (*Roger's Self-Esteem Scale: Ro.S.E.S*) e da Nova Escala de Autoestima de Toulouse (*Nouvelle Echelle Toulousaine d'Estime de Soi: N.E.T.E.S.*) (Brites, Pires, Nunes & Hipólito, s.d).

O instrumento tem por base a Abordagem Centrada na Pessoa de Carl Rogers e assenta no conceito de psicologia de self. Integra cinco dimensões positivas (30 itens) e cinco negativas (30 itens) por forma a obter um perfil da pessoa face à perceção que tem sobre si, permitindo uma aplicação individual a pessoas até aos 85 anos de idade (Brites, Pires, Nunes & Hipólito, s.d).

A Escala de Estima de Si, S.E.R.T.H.U.A.L. (*Self Esteem* Rogers, Tap, Hipólito e UAL) constitui um instrumento resultante de um estudo aprofundado sobre o conceito de estima de si, ou seja, auto estima do individuo, e que foi validado para a população portuguesa, Esta escala é o resultado de um conjunto de investigações realizadas através de dois outros instrumentos, sendo eles a Escala de Autoestima de Rogers (E.A.E.) e a Nova escala de Autoestima de Toulouse (Toulouse – N-E.T.A.E) (Brites, Pires, Nunes & Hipólito, s.d).

A Estima de Si abrange duas ações da pessoa sobre si mesma, nomeadamente a mediação e a valorização da sua forma de ser. Ambas devem ser consideradas quando

se pretende medir o conceito de estima de si. Enquanto conceito e componente do funcionamento psicológico, desempenha um papel importante na dinâmica de variáveis que possibilitam à pessoa afirmar a sua identidade, delinear estratégias para gerir situações ansiogénicas, desenvolver competências de interação social, elaborar um projeto existencial que dê um sentido à vida (Brites, Pires, Nunes & Hipólito, s.d).

Esta escala é aplicável quer individualmente, quer coletivamente, sendo que pode ser usada em diversas faixas etárias, compreendidas entre os 13 e os 85 anos de idade. O tempo de aplicação deste teste é entre os 10 a 15 minutos, variando em função das diferentes características dos indivíduos. Ao aplicar o teste, convém que seja numa só vez, sem que existam interrupções (Brites, Pires, Nunes & Hipólito, s.d).

Esta escala é então composta por 60 itens, em que o sujeito se devera posicionar de modo a ter perceção de si mesmo. A medição é feita em uma escala tipo Likert, sendo que 1 é nada significativo e 5 é muito significativo. Dos 60 itens, 30 são positivos e integrados em cinco dimensões positivas, as restantes 30 são negativos e estão do mesmo modo integrados em cinco dimensões negativas. Cada uma delas é composta por seis itens (Brites, Pires, Nunes & Hipólito, s.d).

As dimensões positivas são: A (Autossatisfação Geral), B (Expansão Socioeconómica), C (Maturidade Sociopessoal), D (Valorização Psíquica e Intelectual) e E (Valorização Social, Académica e Profissional); as dimensões negativas são então: F (Negação e Depreciação de Si), G (Tensões Relacionais), H (Perturbações Anómicas), I (Tensões Económicas) e por fim, J (Hostilidade Consigo Próprio) (Brites, Pires, Nunes & Hipólito, s.d).

Este instrumento de avaliação acaba por possibilitar a realização de uma análise ao nível da estima de si próprios dos sujeitos, a partir da obtenção de 3 Níveis Gerais de Estima de Si, sendo eles Índice de Estima de Si Positivo, Índice de Estima de Si Negativo e Índice Geral de Estima de Si, em que este ultimo é o resultado de disparidade entre os dois índices anteriores (Brites, Pires, Nunes & Hipólito, s.d).

Assim, é então possível encetar dois tipos de avaliação, uma do tipo quantitativo e outra do tipo qualitativo (Brites, Pires, Nunes & Hipólito, s.d).

A interpretação dos dados pode ser feita de duas formas, uma do tipo quantitativo e a outra do tipo qualitativo. A avaliação quantitativa é feita a partir da comparação dos resultados conseguidos pelo individuo com os resultados da normativa, permitindo situar o individuo face ao seu grupo de referência relativamente a cada dimensão da Estima de Si.

Já a avaliação qualitativa, acaba por ser uma análise intra-individual, feita através do perfil individual do indivíduo, que permite conhecer as áreas a que o indivíduo dá mais importância na percepção que tem de si próprio, tanto da dimensão positiva como na negativa.

Casos Clínicos

Caso 1. A “A”

Dados Sociodemográficos

Ao primeiro caso foi dado um nome fictício de Anastácia, que será referido ao longo do texto como “A”. A tem 24 anos de idade é solteira, atualmente a viver em casa dos pais com os mesmos e com a sua irmã, mais nova.

Anastácia é licenciada, estudante e tem um trabalho temporário durante o verão.

Percurso Escolar

A entrou no infantário entre os 3, 4 anos de idade. Relembra o seu primeiro dia como negativo, contando que chorou, por medo que a mãe a deixasse e não voltasse. Este padrão repetiu-se durante um ano.

Refere ainda ter sido bastante apegada à sua educadora. Era tímida, pelo que preferia a companhia da educadora à dos seus colegas. Conta as dificuldades em aprender as músicas e em entender os jogos feitos.

Esteve no infantário até aos seus 8 anos (em regime de ATL; desde os 6).

Aos 6 anos de idade, entra para o primeiro ano e conta que tem más memórias do seu primeiro dia, dizendo que “sentia-me aterrorizada” (sic). Sentiu medo pelo pai se ir embora.

Anastácia fez o seu primeiro ano do ensino básico numa escola pública, referindo uma má adaptação ao percurso escolar. Não aprendeu a ler nem escrever, mudando, assim, de escola no segundo ano.

Tendo continuado com os mesmos problemas de aprendizagem, acabou por chumbar no segundo ano e voltou para a primeira escola onde estivera. Aí repetiu o segundo ano e permaneceu até finalizar o 4ºano de escolaridade. Relativamente à relação com os amigos e professores, refere ter sido uma boa adaptação.

Do 5º ano ao 9º ano, começou a ser uma aluna mais estudiosa, esforçada e confiante, apontando o facto de querer alcançar as suas metas. Relatou que no seu 5º ano sentiu um grande choque pelo aumento de disciplinas, sendo que teve várias negativas, acabando por conseguir subi-las a todas no segundo período.

No 6º ano, Anastácia fala de dois acontecimentos relevantes e importantes na sua vida e que a afetaram, um de forma positiva e outra de forma negativa.

Em primeiro, refere a segunda gravidez da sua mãe, sendo que este acontecimento foi algo positivo para si por ir ter uma irmã dizendo que “fiquei eufórica” (sic).

De forma negativa, expõe o segundo acontecimento como tendo sido o diagnóstico de Diabetes Mellitus (tipo I). Apesar de ter sido algo negativo no percurso da sua vida, relata ter conseguido lidar bem com o aparecimento da doença, tendo aceitado a mesma, sem se sentir revoltada, revelando boa adaptação, devido ao conhecimento de familiares que já sofriam da mesma doença.

Com o aparecimento da doença, a nível escolar, explica que começou a ficar mais disciplinada e rígida, levando a um melhoramento enquanto aluna.

No entanto, diz que no 7º ano, acabou por piorar devido ao seu primeiro relacionamento amoroso. No 8º e no 9º ano, A manteve a sua disciplina, dinâmica e empenho nas aulas, apesar de ter tido sempre dificuldades a várias disciplinas.

Entre o 5º e o 9º ano de escolaridade, Anastácia teve um bom relacionamento com os amigos e professores. Apesar disso refere ter sofrido de Bullying por alguns colegas de turma devido ao seu físico “estavam sempre a dizer que eu me empinava porque eu tinha o rabo muito grande” (sic), e no 7º ano, devido à ex-namorada do seu primeiro namorado.

Relativamente ao percurso escolar no ensino secundário, refere que continuou uma aluna empenhada, apesar de frustrada, por não conseguir os resultados que achava merecer relativamente ao esforço desempenhado. Volta a dizer que apesar de ser esforçada, existiam disciplinas nas quais sentia dificuldades.

Foi nesta fase que se iniciaram as maiores relações de amizade e o início de um relacionamento sério e estável, na sua vida.

Devido à sua escolha de faculdade e curso, permaneceu um ano a fazer duas disciplinas. Tal provocou-lhe frustração, por não ir para a universidade ao mesmo tempo que as suas amigas e colegas.

Um ano depois entrou na Universidade, mantendo sempre o padrão de empenho e disciplina ao longo dos três anos, referindo que se sente orgulhosa por ter sido das melhores da sua turma.

Aponta a importância das novas amizades criadas na faculdade, bem como o bom relacionamento que criou com os seus professores.

Terminando a sua licenciatura e não havendo mestrados na sua faculdade, teve de mudar de estabelecimento de ensino. Nesta altura, Anastácia refere ter passado por

uma fase de ansiedade, por não saber se conseguiria entrada na universidade escolhida, o que acabou por não acontecer, levando-a a escolher um diferente local para realizar o seu mestrado com as especificidades que queria, acabando por ir para uma universidade privada.

No que toca às relações sociais não refere dificuldades, mas pelo contrário, explica que teve dificuldades na adaptação aos seus professores e à diferença de ensino. Atualmente, Anastácia está a caminho do 2º ano de mestrado.

Percurso Profissional

Relativamente ao seu percurso profissional, a entrevistada diz ter tido apenas dois trabalhos, com o objetivo de juntar dinheiro para a faculdade. No que toca à interação com os colegas e adaptação ao local de trabalho, não refere dificuldades.

Atualmente está a trabalhar durante o verão, vai terminar na altura em que reiniciarem as aulas. Novamente, na relação entre colegas e adaptação ao trabalho, não refere qualquer tipo de advertências, referindo que já foi promovida.

História Clínica

História Familiar

A mãe de A está na casa dos 40. Em jovem, Anastácia sabe que foi uma aluna esforçada e trabalhadora, sendo que desde nova que assumiu responsabilidade na lida da casa. Tem o 9º ano de escolaridade. Trabalha numa loja. Sempre teve um mau relacionamento com os seus pais.

O seu pai também está na casa dos 40. É diabético. Anastácia sabe que o seu pai nunca trabalhou, sendo que apenas ajudava os pais no café. Aos 20 ou 30 anos, foi diagnosticado com doença de Crohn. Nunca aceitou os Diabetes e ia morrendo com uma crise diabética, quando a sua mãe estava grávida.

Os seus pais conheceram-se e, ao fim de 10 meses de namoro, a mãe engravidou. Casaram e divorciaram-se dois anos depois. Anastácia descreve uma relação de dependência emocional por parte de mãe para com o pai. O mesmo bebia e mentia à companheira, bem como exercia violência a nível psicológico, verbal, físico e financeiro.

O pai de Anastácia não está presente na sua vida atual. Desde cedo que Anastácia se sentiu negligenciada pelo seu pai, e após o divórcio dos pais, quando tinha 2 anos, acabou por cortar relações com o seu progenitor.

Tem um padrasto, o atual companheiro da sua mãe, a quem chama de pai. Em adolescente, fumava, bebia, roubava, batia nos colegas mais novos, sendo que não tinha bom aproveitamento escolar, acabando por estudar apenas até ao 9º ano. Anastácia refere que sente que foi ele quem lá esteve para ela desde nova, a ensinou, educou e deu carinho. Ainda assim, revela que, após o nascimento da irmã a sua relação mudou.

A mãe e o padrasto conheceram-se quando ambos trabalhavam na mesma empresa e ao fim de 8 meses juntaram-se. Casaram-se alguns anos depois e tiveram uma filha.

Conta que têm um relacionamento feliz, de companheirismo e respeito. Sabe que o início do relacionamento foi complicado para a família da sua mãe, e que enquanto casal lutaram e permaneceram juntos.

Relativamente à irmã, revela que sempre foi uma criança com dificuldades de aprendizagem, sendo que quando estava no infantário foi diagnosticada com mutismo seletivo. Esta inserida nas Necessidades Educativas Especiais. Sempre foi uma criança tímida e inibida, com dificuldade nos relacionamentos com os outros.

Relativamente aos avós maternos, casaram novos. Estão agora reformados. Anastácia refere um relacionamento, enquanto casal, de submissão por parte da mulher. Sobre os seus avós paternos, apenas sabe que tinham uma boa relação e que eram companheiros.

Relativamente aos pais do padrasto, considera relevante contar que aos 8 anos, quando começou a ficar em casa deles, estes a maltrataram, criando conflitos a nível familiar. Então começou a ficar em casa sozinha.

Destaca, como principais alterações na vida familiar, o novo relacionamento da mãe, uma vez que levou à mudança de casa e uma nova adaptação familiar. Refere depois a descoberta da sua doença e mais tarde o nascimento da sua irmã.

Desenvolvimento e Ciclo de Vida

Anastácia conta que não foi uma criança planeada, visto ter sido fruto de um “acidente”, quando a sua mãe tinha 15 anos de idade e se encontrava numa relação amorosa ainda recente, com o seu pai, pouco mais velho. A gravidez foi escondida até

aos 3 meses, sendo que o acompanhamento médico começou após um mês. Ainda assim, após a gravidez, foi desejada pela parte materna da família. A gravidez foi vivenciada pela mãe com alguma ansiedade, devido à existência de muitas tonturas e alguns desmaios (tensão baixa). Pelo pai, foi experienciada com indiferença. Conta que a família estava contente com a sua chegada.

Nasceu de termo, de fórceps, foi bem-recebida pela mãe e pela família, sendo que o pai não lhe deu atenção, deixando muitas vezes a mãe em casa a tratar de Anastácia sozinha.

A relação entre Anastácia e o seu pai, sempre foi de negligência e com a sua mãe, apesar de ser de atenção e preocupação, sempre foi conflituosa.

No que toca a comportamentos particulares, refere que tinha medo de dormir e não acordar e de ser abandonada.

Por volta dos 4 anos começou a ir para a creche, sendo que posteriormente a isso ficava a cargo da sua avó e bisavó. No que toca a adaptação refere como tendo sido péssima, chorava, queria que a mãe a fosse buscar e diz que não tinha vontade de comer e vomita quando a obrigavam. Gostava da educadora dela, sendo que estava sempre com ela e diz que gostava muito de lhe dar beijinhos e com os outros colegas, apesar de tímida e insegura, dava-se bem com todos.

Como adulto de referência, Anastácia fala do padrasto, com quem tinha uma relação de admiração e cumplicidade, fala da sua mãe, bem como da avó e bisavó, uma vez que eram as suas cuidadoras.

No percurso escolar, no ensino primário foi difícil, pois estava sozinha, tinha poucas amigas e sentia uma má adaptação por ver que não tinha tantas capacidades como os seus colegas, dizendo que “sentia-me burrinha e atrasada em relação aos outros” (sic).

No ensino básico esforçou-se mais, por querer ser mais adulta, conseguindo melhorar o seu aproveitamento escolar. Refere que a partir do 9º ano começou a ficar mais obcecada com as notas por sentir que estava perto do secundário e as suas notas ia tornar-se mais importantes para poder entrar na faculdade.

No período da adolescência, desenvolveu uma relação ambivalente com a mãe, ora autoritária ora negligente e bastante conflituosa. Com o padrasto, inicialmente era boa, e calma, de afeto e preocupação sendo que a partir dos 12 anos as coisas alteraram-se e aos 15/16 anos, houve um corte drástico, levando à existência de violência e maus tratos psíquicos e físicos ao longo dos anos. Estes maus tratos envolviam chapadas na

cara de A, bem como empurrões, apertos no pescoço, invasões de privacidade, chamar nomes e ameaça-la de que a ponha na rua. Esta situação mantém se até atualidade.

Sempre teve relações de distância para com os colegas, preferindo sempre manter apenas contacto com quem realmente considerava seu amigo. Considera que nunca teve muitos amigos ao longo do tempo e conforme o lugar de estudo, mas que sempre foram fortes e com quem sempre estabeleceu vínculos duradouros.

Destaca uma melhor amiga desde os seus 8 anos de idade, com quem manteve sempre uma boa amizade até aos 18 anos de idade, e terminou devido ao relacionamento amoroso de Anastácia da altura, que era com o primo dessa amiga.

Foi aos 18 que conheceu as suas duas melhores amigas, que se mantêm até hoje e que fazem parte do seu dia-a-dia, de forma significativa.

Nunca se inseriu em grupos, e considerava que se queriam estar com ela, tinham de preencher certos requisitos, considerados importantes e essenciais para Anastácia.

Deu o seu primeiro beijo aos 13 anos de idade com um rapaz que era delinquente, durando 3 meses o relacionamento entre ambos, pois o pai de Anastácia forçou o fim da relação.

Passado um ano, namorou com outro rapaz que tinha comportamentos com características psicopatas, chegando a ser ameaçada de morte e foi lhe apontada uma faca. Namorou também apenas 3 meses.

Após o fim desse relacionamento, em 2 meses, voltou a apaixonar-se por um rapaz da sua turma, que era testemunha de jeová, lembrando que era uma relação saudável e que tem boas memórias, mas diz que ele teve de terminar a relação por ela não pertencer à mesma religião que ele. Foi um relacionamento também de 3 meses.

Aos 16 anos, conheceu o seu primeiro namorado sério, primo da sua melhor amiga da altura, com quem manteve uma relação à distância durante 6 anos. Ao fim de 4 anos de relacionamento, aos 20 anos, perdeu a virgindade. Descreve a relação como intensa, romântica, unida, de amizade entre ambos, mas também de autoritarismo da parte dela para com ele, o que, mais tarde, levou-o a mentir a Anastácia. Acabaram por se separar devido a essas mentiras durante 4 meses e depois voltaram e permaneceram juntos mais 5 meses, mas ambos sentiam que a dinâmica já não era a mesma e não idealizando isso para um futuro, ele acaba por pôr um final definitivo na relação.

Aos 23 anos, conheceu um homem mais velho, amigo de uma das suas melhores amigas, que foi a única relação que teve sem ser assumida e, de acordo com os seus princípios e ideias numa pessoa para ser seu companheiro, não preenchia os seus

requisitos, o que causou diversos conflitos internos, mas que acabou por ceder, uma vez ter-se apaixonado e começar a ama-lo. Este relacionamento durou 6 meses, sendo a segunda pessoa na sua vida com quem se envolveu sexualmente, e acaba por descobrir que ele já mantinha uma relação sexual com outra mulher antes dela, pelo que Anastácia termina e refere ser importante que foi a primeira pessoa com quem foi ela própria e por um fim.

Mais tarde manteve uma curta relação apenas sexual com um amigo seu, mas que não indo de encontro aos seus princípios e sentimentos, optou por terminar. Pouco tempo depois, voltou a ter uma relação dessas, também com outro amigo seu, mas pelos mesmos motivos, terminou a mesma.

Após isso, voltou a envolver-se com o homem mais velho, mas ao fim de um mês terminou também, uma vez que sentia que sabia não valer apenas e que ia apenas sair magoada. Refere que foi a relação mais intensa que viveu até hoje e que a fez mudar e crescer enquanto pessoas e mulher.

Atualmente está solteira, referindo que quer permanecer assim por uns tempos.

Atualmente os dias da Anastácia são ocupados com o trabalho temporário ao longo do verão, e após isso costuma ficar em casa, aproveitando o tempo livre para ver televisão, estar no PC, ou fazer exercício físico.

Aos fins-de-semana acaba por sair com os amigos durante a tarde para conviver e ir ao café e por norma a noite vai ao cinema ou a algum bar para dançar. No resto do ano, está em aulas de mestrado, sendo que em setembro inicia o seu estágio.

História Médica

Doenças: Diabetes; Dislexia; Discalculia; Disgrafia, sendo que estas três não estão totalmente diagnosticadas, mas com base nas diversas dificuldades que sempre enfrentou e enfrenta, foi-lhe dito por uma psicóloga da escola que era possível ela sofrer estas perturbações. Teve um único internamento, devido a diabetes. Ficou alguns dias no hospital. Refere que lidou bem e adaptou-se bem à doença, sabendo controlá-la e diz que a família, não soube lidar tão bem com a situação, inicialmente.

Doenças familiares: Diabetes (Pai; Tio; Avó paternos)

Medicamentos: dois tipos de insulina (uma atua rapidamente e a outra atua lentamente no organismo);

Toma também medicação para o colesterol e um medicamento para controlar e estabilizar os níveis dos rins. Por fim, outro para ajudar a controlar os níveis da glicemia no sangue.

Sono: Insónia inicial provocada pela ansiedade, e refere que apenas as tem quando esta solteira, uma vez que quando esta numa relação, apesar de existirem discussões, sente um preenchimento do vazio. Refere que costuma deitar-se após as 2h da manhã. Diz ter tido um ou dois episódios de Paralisia do Sono, causados pela ansiedade e preocupações.

Alimentação: Alimentação saudável e controlada, devido às porções que tem de tomar de insulina, ainda assim não se priva de doces ou de outro desejo que tenha. Come várias vezes ao dia.

Hábitos

Consumos: Não consome nem tabaco nem nenhum tipo de drogas. Nunca experimentou nenhuma droga. Tabaco experimentou uma só vez, aos 24 anos.

Relativamente ao consumo de álcool é esporádico, mas em poucas quantidades.

Atividade Sexual: iniciada aos 20 anos de idade, conta que teve imensas dificuldades das primeiras vezes, por ter medo e sentir dor.

Desde nova que começou a explorar a sua sexualidade e a descobrir o seu próprio corpo, inclusive, refere ter experimentado algumas atividades com pessoas do mesmo sexo.

Atividade Física: sempre fez exercício físico, chegando em pequena a praticar ginástica acrobática. Atualmente faz exercício entre 4 a 5 vezes por semana.

Tempos livres: Ver televisão, Pc, exercício físico, sair com amigos, ler, música.

Atividades; amigos; família: Com os amigos sai várias vezes e vai a sítios novos, jantar fora e passear. Com a família, raramente o faz, devido à relação de conflito que existe, ainda assim, em datas importantes fazem jantares, e por vezes vai ao teatro com os pais e irmã.

Análise do TAT

Com base nas respostas dadas por A. (ANEXO 1) na placa 1, a examinada revela mecanismos de controlo adaptados, encontrando-se o A1.1 (História construída próxima do tema banal) e o A1.3 (Integração de referências sociais e do senso comum). Encontra-se também o B1.4 (Expressões verbalizadas de afetos variados, modulados

pelo estímulo). A examinada revela uma entrada direta no estímulo, ao que se conta B2.1. Na Série C, encontra-se apenas o C/N.3 (Referência à representação do Afeto).

A placa 2, contém o A2.1, que são as referências a partes da imagem, incluindo expressões faciais e posturas corporais, o A2.2, que são justificações da descrição anterior, A2.3, que englobam as precauções verbais, A2.10. que são os elementos de formação reativa contra a agressividade e ainda o A2.15, sendo o isolamento de elementos ou personagens.

No que toca à Série C, é possível encontrar a C/Fo.3, sendo o anonimato de personagens e o C/N.1 com acento na vivência subjetiva, não relacional, o C/N.3, sendo a representação do afeto e ainda o C/N.10 que inclui os pormenores narcísicos sem relação.

Na placa 3GF a examinada revela B1.1, sendo a história construída em torno de uma fantasia pessoal, o B2.1 entrando diretamente no conflito, B2.4, expressão verbalizada de afetos fortes ou exagerados, o B2.13, onde há presença de temas como o medo, catástrofe, vertigem, ou um contexto dramatizado. Contém o C/N.3, representando o afeto, o C/M.1 que é a temática de perda e a Série E.6 sendo a percepção de objetos fragmentados e o E.9, a expressão de afetos e/ou representações maciças, ligadas a qualquer problemática.

A placa 4 engloba o A2.1, com referência a partes da imagem, expressões faciais e posturas. O B1.1, com história construída em torno de uma fantasia pessoal, a C/M.1, sendo a temática de perda e a C/N.4, sendo a postura significativa de afetos, ou seja, em vez de nomear o afeto, indica uma postura que represente esse mesmo.

Na placa 5, a examinada revela introdução de personagens que não estão presentes na história (B1.2), faz uma história longa com altos e baixos (B2.2), bem como apelo a normas exteriores (C/Fa.4). Por fim, há a percepção do mau objeto, que englobam temas como a perseguição, projeção psicótica maciça e identificação projetiva, sendo esta a Série E.14.

Ao analisar a resposta à placa 6GF, é possível perceber que a história é construída próxima do tema banal, representando o A1.1, existe uma referência a expressões faciais, sendo o A2.1 e uma justificação da descrição anterior, A2.2. Nota-se um acento no quotidiano factual e concreto (C/Fa.2).

A placa 7 GF, a examinada faz precauções verbais (A2.3), constrói uma história em torno de uma fantasia pessoal (B1.1) e faz uma identificação com uma personagem da história, sendo esta identificação designada como histórica, uma vez que tanto se

identifica a uma como a outra personagem (B1.3). É visível também uma entrada direta no conflito, contendo uma maior projeção da sua história pessoal e uma identificação com a situação e personagens, representado pelo B2.1.

Existe ainda uma confusão de identidades, representado pelo E.11.

No que toca a placa 8 GF revela uma história construída próxima do tema banal (A1.1), uma entrada direta no conflito, com tempo de latência curto (B2.1), existe uma tendência geral à restrição (C/Fo.2), é visível uma postura significativa de afetos (C/N.4), um evitamento factual com apego ao conteúdo manifesto e acento no quotidiano, factual e concreto, sendo estes o C/Fa.1 e C/Fa.2. Por fim, nota-se a existência de associações curtas, representado pelo E.19.

A placa 9 GF contém recurso a referências literárias e culturais, sendo o A1.2, contém precauções verbais (A2.3), que representa uma atitude de controlo e estratégia para manter a distância. É notória uma história construída em torno de uma fantasia pessoal, sendo B1.1, um acento no agir num contexto dramatizado como forma de defesa contra a angústia (B2.12) e a presença de temas como o medo, catástrofe, vertigem, etc. (B2.13). Na Série C, estão presentes C/Fo.1 e o C/Fo.4, ou seja, um tempo de latência longo e silêncios intra-relato e os motivos do conflito não são indicados e os relatos são banalizados. O C/Fa.4, representando o apelo a normas exteriores, e por fim, representação maciças ligadas a qualquer problemática, como a perseguição (E.9) e percepção do mau objeto, temas de perseguição e identificação projetiva (E.13).

Na placa 10 a examinada constrói a história próxima do tema banal (A1.1), faz referência a posturas e justificação da descrição anterior (A2.1 e A2.2). Existe uma entrada direta no conflito, com projeção da sua história pessoal e identificação com a situação e personagens (B2.1). Apresenta uma postura significativa de afetos (C/N.4), um apego ao conteúdo manifesto e acento no fazer, não no sentir (C/Fa.1 e C/Fa.3).

Na placa 11 a examinada recorre a precauções verbais, que representam uma atitude para manter a distância (A2.2), constrói a história em torno de uma fantasia pessoal (B1.1) e expõe temas como medo e catástrofe (B2.13). A examinada revela o C/C.3, fazendo uma crítica ao material. Por fim, o E.9, expressando afetos e representações maciças ligadas à problemática de incapacidade e medo.

Na análise da placa 12 F, nota-se uma enfatização do fictício, que mostra ser uma defesa para evitar a realidade (A2.12), uma história construída em torno de uma fantasia pessoal (B1.1), entrando diretamente no conflito, com maior impulsividade

(B2.1). Existe um acento no fazer, sendo o C/Fa.3, uma expressão de afetos como medo e incapacidade, sendo o E.9 e uma percepção do mau objeto, temas de perseguição, projeção psicótica maciça e identificação projetiva, sendo então o E.14.

A placa 13 MF contém o A1.1, com a história construída próxima do tema banal e o A1.3, com integração de referências sociais e de senso comum. O A.2.1 está também aqui representado, com referência a partes da imagem, expressões faciais e posturas e o A2.2, justificando a descrição anterior. O A2.17 apresenta-se como acento inscrito nos conflitos intrapessoais.

Esta presente o B1.2, estando a representação de identificações, sendo esta histórica, ao que se identifica tanto a um como a outro. O B2.2, entrando diretamente no conflito, com maior impulsividade, curto tempo de latência, maior projeção da história pessoal e identificação com a situação e personagens. É visível também o B2.10, com apego a pormenores narcísicos, com falência relacional e o B2.13, com presença do tema medo e morte, num contexto dramatizado.

Na Série C, estão presentes o C/N.4, com postura significativa de afetos, o C/M.1 e o C/M.2, com a temática de perda e a idealização negativa do objeto. O C/Fa.1 e C/Fa.2, com apego ao conteúdo manifesto e acento no quotidiano factual e concreto. Por fim, existe o E.6 e o E.9, sendo o primeiro a percepção de objetos, como personagens doentes, e o segundo, a expressão de afetos e a representação maciça ligado à problemática morte e incapacidade.

A placa 14 apresenta uma história construída próxima do tema banal (A1.1) e uma entrada direta no conflito, com pouco tempo de latência (B2.1). Há um acento no quotidiano factual e concreto (C/Fa.2) e acento no fazer (C/Fa.3). Por fim, existem associações curtas (E.19).

No caso da placa 15, a examinada faz referência a partes da imagem (A2.1) e precauções verbais (A2.3), bem como enfatiza o fictício ao evitar a realidade (A2.12).

No B1.1 e no B1.2, constrói a história em torno de uma fantasia pessoal e faz introdução de personagens que não figuram na história. No B2.1 faz entrada direta no conflito, com maior impulsividade e faz referência à presença de temas como o medo, sendo o B2.13.

A temática de perda está presente (C/M.1), bem como a idealização negativa do objeto (C/M.2), existe um acento no fazer e um apelo a normas exteriores (C/Fa.3 e C/Fa.4). Há ainda representação maciça ligada à problemática da morte, medo e destruição, sendo o E.9, e a percepção do mau objeto, sendo o E.14.

Na análise da placa 17 GF é visível a construção da história próxima do tema banal (A1.1) e integração de referências sociais e de senso comum (A1.3). Faz referência a partes da imagem (A2.1) e precauções verbais (A2.3).

Existe entrada direta no conflito (B2.1), uma tendência geral à restrição e anonimato de personagens (C/Fo.2 e C/Fo.3). Revela um acento no cotidiano fático e concreto e acento no fazer (C/Fa.2 e o C/Fa.3).

Na placa 18 GF estão representadas referências a partes da imagem, como expressões faciais e posturas e justificação das descrições anteriores, sendo estas A2.1 e A2.2. Faz uma entrada direta do conflito, com maior impulsividade, tempo de latência curto, maior projeção da sua história pessoal e identificação com a situação e personagens (B2.1). Existe acento no fazer, representado pelo C/Fa.3, expressão de afetos e representações maciças como o medo, perseguição e incapacidade, sendo E.9, e por fim, percepção do mau objeto, temas de perseguição e identificação projetiva, sendo E.14.

A placa 19 contém recurso a referências literárias e culturais (A1.2) e referência a partes da imagem (A2.1). Existem precauções verbais (A2.3), ruminação mental, revelando muito tempo em torno da história, mas sem avançar na mesma (A2.8) e ênfase do fictício (A2.12).

A história é construída em torno de uma fantasia pessoal, com introdução de personagens que não figuram na história (B1.1 e B1.2).

Põe em quadro a situação, ou seja, não constrói uma história, mas sim trata a imagem como um quadro, sendo C/N.8. Faz apelo a normas exteriores, representada pelo C/Fa.4, revelando agitação motora e expressões faciais, com críticas ao material (C/C.1 e C/C.3).

Ao analisar a placa 20, é notória a referência a partes da imagem e posturas corporais (A2.1), com justificação da descrição anterior (A2.2), precauções verbais (A2.3) e afastamento no tempo e no espaço (A2.4). Há uma entrada direta no conflito, com maior impulsividade e presença de temas como medo e perseguição (B2.1 e B2.13). Na Série C, está apenas representado o C/Fa.3, com acento no fazer. Na Série E, estão destacadas a E.8, com expressões cruas ligadas à temática sexual e agressiva, a E.9, com representações maciças ligadas à problemática de medo e perseguição, e a E.14, representação de temas de perseguição.

Apresentada em último, esta a placa 16, que analisada contém entrada direta no conflito, com impulsividade e tempo de latência curto (B2.1), uma tendência geral à restrição (C/Fo.2) e os motivos do conflito não são indicados (C/Fo.4)

Há referências pessoais e/ou autobiográficas (C/N.2), piruetas e viravoltas, ou seja, primeiro necessita do objeto, depois já não (C/M.3) e apego ao conteúdo manifesto (C/Fa.1). Por fim, é vago, indeterminado e com leveza no discurso, sendo este o E.20.

Análise dos resultados da Escala de Estima de Si S.E.R.T.H.UAL

Analizando a Escala S.E.R.T.H.U.A.L (ANEXO 2), realizando uma análise quantitativa, nas dimensões positivas, a examinada obteve um total de média das dimensões positivas de 20.31% que, comparativamente à tabela da faixa etária correspondente dos 24 aos 26 anos e ao grupo normativo relativo às Habilitações literárias correspondentes ao Ensino superior e Pós-Graduação, se revela dentro da média.

Nas dimensões negativas, o total da média foi 11.66%, que em comparação às tabelas da faixa etária correspondente dos 24 aos 26 anos e ao grupo normativo relativo às Habilitações literárias correspondentes ao Ensino superior e Pós-Graduação, se revela, também dentro da média.

Fazendo uma análise qualitativa, é possível perceber que nas dimensões positivas, a examinada revela ser uma pessoa responsável e social, bem como uma pessoa focada e decidida, confiante da sua personalidade, mostra ser determinada nos seus objetivos, trabalhadora e madura e demonstra confiança na sua relação com os outros. Demonstra ser tolerante e positiva consigo mesma, ainda que pouco otimista em relação aos outros. Revela ser uma pessoa amável, com uma boa apreciação de si mesma e que se importa com os outros.

Pretende atingir grandes objetivos na sua vida e aprecia relacionar-se com outras pessoas, demonstrando interesse em participar em grupos e movimentos sociais. No entanto, mostra não se sentir uma pessoa inteligente e sentir-se pouco contente com o seu corpo.

Por fim, nas dimensões negativas é possível ver que a examinada se debate com algumas atitudes suas, tendo medo de falhar nos seus objetivos. Demonstra ser impulsiva, nervosa e tensa, zanga-se com facilidade e sente-se insegura consigo mesma.

Ainda assim, é uma pessoa com os seus princípios bem definidos, fiel a si mesma e aos outros, bem como mostra ser decisiva e enfrentar os seus problemas.

Orgulha-se de si e dos seus objetivos ultrapassados, não se deixando abater quando algo corre mal.

Análise Clínica e Conclusão

Com base na aplicação do Teste de Apercepção Temática é possível concluir que A. apresenta mecanismos de labilidade mais intensos e que fogem ao seu controlo, revelando muitas vezes, uma maior projeção da sua história pessoal.

Apresenta também, diversas vezes, mecanismos de controlo, de forma mais intensa e defensiva, de forma a proteger-se da angústia, bem um evitamento factual e projeções maciças. De forma geral, A. apresenta mecanismos de controlo e labilidade adaptados, de forma a contribuir para a construção das histórias.

De forma recorrente é possível ver que a examinada se centra muito em si, recorrendo ao evitamento narcísico, sendo que apresente poucos evitamentos fóbicos e factuais.

Entende-se que A. expressou os seus conflitos emocionais e se identificou com muitas das situações apresentadas, bem como com as personagens, ou seja, expôs a sua história pessoal ao construir as histórias para as placas.

Analisando a Escala de Estima de Si, S.E.R.T.H.U.A.L, A demonstra, na dimensão positiva e na dimensão negativa, estar dentro da média, revelando ter uma boa autoestima de si mesma, obtendo um nível geral de estima de si de 8.65%.

Assim, A, apesar da situação de negligência por parte do pai, da relação conflituosa com a sua mãe, envolvendo ameaças, maus tratos psíquicos e físicos, bem como da parte do padrasto, não demonstram ter desenvolvido nenhum tipo de trauma ou levar a repercussões negativas a nível comportamental. No entanto, devido a falhas de vinculação entre A. e sua mãe, é possível perceber que esta desenvolveu dificuldades em confiar nos outros, bem como ser emocionalmente dependente. A. revela indicadores de ansiedade e de necessidade de controlo.

Caso 2. A “E”

Dados Sociodemográficos

No segundo caso foi dado o nome fictício de “Emma”, sendo que ao longo do texto também será referido como “E”.

Tem 21 anos de idade, é solteira, vive atualmente com os pais em casa dos mesmos. Emma tem o 12º ano de escolaridade e trabalha num supermercado.

Emma, tem uma irmã mais velha, que tem dois filhos e está grávida do terceiro.

Percurso Escolar

Emma entrou no 1º ano de escolaridade aos 7 anos de idade e relembra o seu primeiro dia com más memórias, dizia ter vergonha de pedir para ir à casa de banho e que acaba por fazer nas calças, dizia também que não queria comer e ficava a chorar pela mãe.

Do 1º ano ao 4º ano de escolaridade manteve-se na mesma escola, e do 5º ao 6º esteve numa outra. Quando entrou no 7º ano mudou novamente de escola, onde permaneceu até completar o ensino básico.

Revela que até ao 9º ano de escolaridade tinha uma péssima relação relativamente a escola, não gostava de ir e não tinha vontade de estudar, não se esforçava e não gostava do ambiente, bem como a relação com colegas/amigos, dizendo que os outros eram mais crianças que ela, não se sentia bem ao pé deles devido às brincadeiras que eles tinham e as conversas que surgiam. No que toca à relação com os professores, Emma tinha uma boa relação.

Reprovou uma vez no 7º ano, devido a problemas familiares existentes na altura que a levaram a tirar más notas.

Emma conta ainda que se sentia revoltada e frustrada, por se sentir excluída e malvista pelos colegas.

Sempre teve muitas dificuldades em acompanhar a matéria e diz que tanto os professores como os colegas não a ajudavam, tendo sido acompanhada pela psicóloga escolar desde do 5º ano até ao 12º ano de escolaridade.

Conta que só a partir do 9º ano é que começou a ter uma boa relação com os colegas, uma vez que mudou de turma, e que aí começou a conseguir fazer amizades,

descrevendo essas mesmas como estáveis, ressaltando que apesar de serem poucos, sabia poder contar com eles.

No que toca à inserção em grupos, diz que era boa, que se conseguia adaptar bem aos outros e que os outros também se adaptavam bem a ela e a recebiam bem.

No ensino secundário, tirou um curso profissional, o qual se deteve com algumas dificuldades relativamente ao estudo, mas a relação com os professores e colegas/amigos era boa.

É importante referir que, aos 6 anos, Emma foi diagnosticada com dislexia e que isso a fez sentir-se diferente e que na escola os colegas a tratavam de outra forma, deixando de lhe falarem e começarem a gozar com ela.

Para além disto, existiram outros acontecimentos que Emma diz terem sido importantes na sua vida, um deles foi quando E tinha 8/9 anos de idade, quando a sua irmã mais velha engravidou, trazendo uma fase complicada para o seio familiar e para ela, uma vez que sentiu que a atenção passou toda para o bebé. Juntamente a isto fala também do casamento da irmã, pela sua saída da habitação em comum com Emma, uma vez que estava habituada a ter a irmã por perto.

Anos mais tarde, quando E estava no 7º ano, o divórcio da mesma foi também um acontecimento com grande peso, levando o pai a andar numa fase mais em baixo, os sobrinhos andarem mais tristes, a irmã entrar em depressão e a depressão da mãe agravar-se, levando a uma tentativa de suicídio, sendo que Emma acabou por chumbar por se ter sentido revoltada com a situação familiar na altura.

Aos seus 16 anos de idade, a irmã de Emma emigra para o estrangeiro, alternando, mais uma vez a situação familiar, tendo repercussões na situação escolar.

Referindo, por fim, que aos 20 anos, quando estava a terminar o curso profissional, a mãe voltou a tentar o suicídio e foi internada. Diz que foi ela quem encontrou a mãe deitada no sofá e que pediu socorro. Esta situação de stresse na vida de Emma levou a que a mesma não conseguisse terminar o curso na data prevista.

Quando fez o curso profissional, nos dois primeiros anos teve em estágio e diz ter gostado e ter aprendido bastante.

Atualmente, não estuda, apesar de querer tirar um curso de administrativa, mas está apenas focada em tirar a sua carta de condução.

Percurso Profissional

Relativamente ao percurso profissional de E diz ter tido trabalhos em sete sítios diferentes, mas revela que não gosta de trabalhar e nunca gostou de nenhum dos trabalhos que teve, apenas dos locais de estágio onde esteve nos dois primeiros anos do curso profissional.

A relação com os colegas diz que é conflituosa, sabendo que tem um feitio complicado e que a faz ser frontal muitas vezes sem pensar no que diz e na forma como o diz, o que leva a ter diversos atritos com os colegas. Com as chefias diz que até à data as relações com os mesmos são boas e sem problemas.

História Clínica

História Familiar

O pai de E. está na casa dos 50. Emma sabe que tem até ao 11º ano de escolaridade e que após isso foi viver para o estrangeiro. Hoje em dia trabalha perto de casa.

A sua mãe tem quase 50, tem o 4º ano de escolaridade e diz que também tem dislexia. A mãe de E. está reformada por invalidez, tem depressão com algumas tentativas de suicídio e internamentos. Emma destaca a última tentativa de suicídio da mãe, que foi há um ano, em que está tomou vários comprimidos e foi E quem a encontrou deitada no sofá, quando chegou a casa.

A relação entre os pais de Emma é um pouco distante, sendo que o pai é mais reservado e egoísta em relação à mulher e a sua mãe tenta estar mais presente e apoiar o companheiro. Diz que sempre foi a sua mãe que lutou pelo relacionamento e educação das filhas e que o pai se dedicava apenas ao trabalho e ao jogo. Destaca as dívidas que o pai tem e que é a mãe que suporta as mesmas.

Após o último internamento da sua mãe, o pai acabou por se tornar mais amigo e companheiro, estar mais disponível e presente para a família.

Relativamente à irmã, tem 30 anos de idade, é divorciada e é licenciada, curso que fez no exterior quando emigrou. Atualmente trabalha a partir de casa num site de conta própria. A irmã de E tem dois filhos. Atualmente vive em união de facto há um ano e está grávida do terceiro filho.

Desenvolvimento e Ciclo de Vida

Emma sabe que foi uma bebé desejada, que a situação familiar na altura era saudável e que o pai era presente. Nasceu no estrangeiro, onde os pais e a irmã eram emigrados e residiam na altura. A gravidez foi bem vivenciada tanto pelos pais como pela irmã, mas Emma conta que a irmã queria ter tido um irmão.

Ao logo da gravidez houve acompanhamento médico regular e não existiram quaisquer tipos de problemas. Nasceu com 29 semanas, ou seja, prematura de 7 meses, numa cesariana de urgência, ao que esteve numa incubadora. Sabe que o pai esteve presente no parto e ficou feliz. Após o seu nascimento a mãe de Emma teve um AVC, ao que apenas viu a bebe após dois dias. A irmã esteve sempre em casa enquanto os pais estavam no hospital e Emma sabe que isso a deixou triste na altura.

Emma e a mãe só voltaram para casa após dois meses, mas a adaptação da bebé foi boa, bem como a adaptação com os pais e com a irmã. Aos 6 anos E. é diagnosticada com dislexia.

A entrevistada sempre esteve ao encargo da mãe nos primeiros anos de vida, até que aos seus 7 anos, decidem voltar para Portugal, entrando assim no primeiro ano de escolaridade. Conta que fazia sempre as necessidades na roupa por não ter a mãe ao pé dela e que à noite tinha de dormir com a luz acesa por ter medo do escuro.

Para Emma a escola sempre foi complicada, uma vez que não gostava de estudar e tinha dificuldades em acompanhar a matéria, bem como o seu relacionamento social com os colegas e amigos. Isto manteve-se até ao seu 8º ano de escolaridade, e é então a partir do 9º ano que começa a criar amizades e a interagir mais e de melhor forma com os seus colegas. No que toca a dificuldades escolares e aprendizagem, essas mantiveram-se, Emma diz que continuava a ter muita dificuldade em conseguir concentrar-se para estudar e a memorizar o que aprendia.

A relação com a mãe sempre foi de muita confiança e mais próxima, ao invés da relação que tinha com o pai que sempre foi mais distante e refere que na adolescência foi mais conflituosa e que Emma era desobediente.

Relativamente à irmã, revela ser uma relação de altos e baixos, Emma sempre teve uma relação de confiança e proximidade com a irmã e vê-a como um exemplo a seguir, no entanto diz que tem opiniões muito diferentes uma da outra e por isso entram em conflito muitas vezes.

Nas amizades diz que tem poucos amigos, mas que os que tem sabe que pode realmente contar com eles.

Emma conta que aos seus 14 anos se apaixonou pela primeira vez, por um rapaz que conheceu através de um amigo dela. Foi com esse rapaz que acabou por dar o seu primeiro beijo e namoraram alguns meses aos 15 anos, durante o verão conhece o rapaz com quem perdeu a virgindade, com quem namorou poucas semanas, mas que manteve os seus sentimentos por ele, durante 3 anos e que ainda hoje mantem um carinho por ele.

Após um ano, manteve um relacionamento estável de 2 anos e meio à distância com um rapaz do Alentejo, mas que esse relacionamento terminou porque o companheiro a enganou com outra mulher.

Aos seus 18 anos, conheceu aquele que refere ter sido o homem da sua vida, um homem mais velho, de 32 anos de idade, com quem teve num relacionamento durante um ano, mas Emma acabou por se envolver com outro homem, levando ao fim do seu relacionamento. Após isto, ficou cerca de um ano sem nenhum relacionamento amoroso estável, diz apenas que foi tendo envolvimento casuais com outros homens e que eram sempre cerca de 10 anos mais velhos que ela.

Aos 19/20 anos iniciou um relacionamento que durou cerca de 8 meses, com um homem mais velho, de 34 anos, divorciado e com uma filha. Revela que o companheiro tinha antecedentes de consumo de álcool e droga bem como de tráfico de droga. Desta relação resultou um histórico de violência no namoro, tanto física como verbal e psicológica, levando Emma a apresentar várias queixas nas autoridades, mas revela que acaba sempre por voltar para o companheiro. Salienta “muitas vezes estávamos a discutir no carro e ele arrancava com toda a velocidade, admito-me como é que nunca tivemos um acidente” ... “Nunca aceitou a minha opinião” ... “Na primeira agressão física atirou-me das escadas abaixo, estava mocado, foi para o sofá como se nada fosse e pós pornografia no portátil e disse para eu aprender a fazer como elas” ... “Trancou-me várias vezes em casa, que também era o estúdio de tatuagens dele” ... Dizia que eu era uma vaca e que a minha família não prestava, afastou-me de toda a gente” (sic).

Este relacionamento vivenciado por E, levou a diversos conflitos entre a sua família, nomeadamente os seus pais e irmã, que tentavam ajudar e “abrir os olhos” a Emma.

Na última agressão, E ligou ao seu pai para pedir ajuda e este acabou por agredir também o companheiro da filha, resultando numa queixa contra o pai da entrevistada. Este momento foi então o fim da relação. Emma diz que o processo ainda está a decorrer, mas que acredita não resultar em nada.

Conta que teve muitas dificuldades a ultrapassar esta relação e a experiência que viveu, bem como a esquecer o agressor.

A partir daí diz que não manteve mais nenhum relacionamento sério com nenhum homem, que apenas tem envolvimento casuais sexuais, sempre com homens mais velhos.

Atualmente foca-se na realização da sua carta de condução, passa o dia a trabalhar e noite está em casa com a família ou vai sair com os amigos. Quando tem tempo vai ao ginásio e ao solário.

História Médica

Dislexia, diagnosticada aos 6 anos, enquanto ainda residia no estrangeiro. Tem também um quisto no ovário, que causa esterilidade nesse mesmo ovário. Aos 6 anos de idade, Emma foi operada à garganta (amígdalas) e ao nariz, e aos 8 anos, aos ouvidos. Na adolescência foi internada uma vez devido ao quisto no ovário.

Doenças Familiares: Depressão (Avó materna, já falecida; Tia materna; Mãe; Irmã)

Alzheimer e Parkinson (Avô paterno)

AVC (Avô materno; Mãe)

Problemas de vista (Avó paterna)

Colesterol alto (Pai)

Medicamentos: A entrevistada toma apenas a pílula contraceptiva.

Sono: Em fases de ansiedade e nervosismo, E. tem dificuldades em manter um sono sossegado e corrido ao longo da noite.

Alimentação: Também em fases de stresse, a alimentação é mais fraca e pouco cuidada.

Hábitos

Consumos: No que toca ao consumo de tabaco, experimentou pela primeira vez aos 20 anos de idade, e atualmente apenas fuma de forma esporádica.

Relativamente ao consumo de álcool, foi aos seus 16 anos que experimentou pela primeira vez, desde aí que consome de forma esporádica quando sai à noite com os amigos.

Em relação ao consumo de drogas, apenas experimentou cannabis, aos 21 anos de idade, experimentou apenas uma vez e diz que não gostou.

Atividade Sexual: Emma iniciou a sua vida sexual aos 15 anos de idade, e sempre se manteve regular até a atualidade.

Atividade Física: Faz exercício físico de forma regular, uma vez que frequente o ginásio. Vai cerca de 2 a 3 vezes por semana.

Tempos Livres/Atividades, Amigos, Família: Os tempos livres da entrevistada passam por ir ao ginásio, estudar para a carta de condução, ir ao solário, sair com os amigos, ir ao cinema, jantar fora, e uma vez por semana, tem um jantar em família.

Análise do TAT

Com base nas respostas dadas por E. (ANEXO 3) na placa 1 a examinada contem o A1.1, sendo que a história é construída próxima do tema banal, A1.3, integrando referências sociais e do senso comum, A2.6, com hesitações e interpretações diferentes ou duvidas. É possível encontrar o C/N.3, caracterizado pela expressão do afeto e a C/N.4, sendo a postura significativa de afetos. Por fim a examinada contem o E.16, E.19 e o E.20, sendo estes a procurar arbitrária da intencionalidade da imagem e afetos, associações curtas e um discurso vago e indeterminado.

Passando para a placa 2, é visível a história com referência a partes da imagem (A2.1) e acento inscrito nos conflitos intrapessoais (A2.17).

Encontramos também o B1.1, em que a história é construída em torno de uma fantasia pessoal, o B2.9 em que existe erotização das relações, em que a história toma um curso de modo erotizado, mas não cru, surgindo depois a culpa. Existe uma temática de perda, sendo C/M.1, e o E.8, com expressões cruas ligadas a uma temática sexual.

Analisando a placa 3GF, temos o A1.1, com história construída próxima do tema banal, o A2.1, com referencia a expressões faciais, o A2.2, com justificação da descrição anterior e o A2.18, em que os afetos e emoções são expressos ao mínimo. É possível encontrar também o C/Fo.1, com tempo de latência longo, C/Fo.2, sendo a tendência geral à restrição, em que a história foi curta e inibida, o C/Fo.4, em que não indica os motivos do conflito e os relatos são banalizados a todo o custo, O C/N.4, com postura significativa de afetos, o C/Fa.1 e o C/Fa.3, com apego ao conteúdo manifesto e acento no fazer.

A placa 4 mostra uma história construída próxima do tema banal (A1.1), com referencias a partes da imagem, expressões faciais e posturas (A2.1), existindo perturbações verbais e ruminação mental (A2.3 e o A2.8). A examinada teve um tempo de latência longo e silencio intrarelato, com tendência geral à restrição, os motivos do

conflito não foram indicados, com evocação de elementos ansiogénicos, seguidos de interrupções (C/Fo.1, C/Fo.2, C/Fo.4 e C/Fo.6). Existe uma idealização negativa do objeto (C/M.2), apego ao conteúdo manifesto (C/Fa.1) e acento no fazer (C/Fa.3).

Na placa 5, é notório mais uma vez a história construída próxima do tema banal (A1.1), com referencia a partes da imagem e expressões faciais (A2.1), hesitações entre interpretações diferentes e duvida (A2.6), com introdução de personagens que não figuram na história (B1.2), uma tendência geral à restrição (C/Fo.2) e apelo a normas exteriores (C/Fa.4).

No que toca à placa 6GF, encontramos o A2.2, A2.8 e o A2.9, sendo estes a existência de precauções verbais, a ruminação mental e anulação, afirmando algo que posteriormente anula. A história é construída em torno de uma fantasia pessoal (B1.1), entrando diretamente no conflito, tendo uma maior identificação com a situação (B2.1) com erotização das relações (B2.9). É visível a temática de perda, uma idealização negativa do objeto, contendo piruetas e viravoltas (C/M.1, C/M.2 e C/M.3). Existe um acento no fazer (C/Fa.3), com expressão de afetos e representações maciças ligadas à perseguição (E.9) e perceção do mau objeto, com temas de perseguição e identificação projetiva (E.14).

A placa 7GF demonstra uma história construída próxima do tema banal (A1.1) com referencia a partes da imagem, expressões faciais e posturas (A2.1) e justificação da descrição anterior (A2.2). Encontra-se um acento na vivência subjetiva e não relacional (C/N.1) e representação de afetos (C/N.3). Existe uma temática de perda e idealização negativa do objeto (C/M.1 e C/M.2).

Analisando a placa 8 GF, a história é construída próxima do tema banal (A1.1), com tendência geral à restrição (C/Fo.2), tendo acento na vivência subjetiva, não relacional (C/N.1) e a expressão de afetos (C/N.2). Há uma idealização positiva do objeto (C/M.2), com apego ao conteúdo manifesto e acento no quotidiano concreto e factual (C/Fa.1 e C/Fa.2). Por último, existe uma associação curta e leveza no discurso, sendo E.19 e E.20.

A placa 9 GF, temos o A2.1, com referencia a parte de imagem, expressões faciais e posturas, com justificação da descrição anterior, sendo A2.2, e precauções verbais, sendo A2.3. Encontra-se o B1.2, com introdução de personagens que não figuram na história e o B2.12 e B2.13, com acento no agir, num contexto dramatizado e presença do tema de medo.

A examinada teve um tempo de latência longo (C/Fo.1), com representação de afetos (C/N.3), com temática de perda (C/M.1). Existe um acento no fazer, um apelo a normas exteriores, com expressão de afetos e representações maciças ligadas à problemática da perseguição e percepção do mau objeto e temas de perseguição (C/Fa.3, C/Fa.4, E.9 e E.14).

Passando à placa 10, a história é construída em torno do tema banal (A1.1), com referencia a partes da imagem, incluindo expressões faciais e de postura (A2.1) e existência de precauções verbais (A2.2). Há uma postura significativa de afetos (C/N.4) e um acento no fazer (C/Fa.3).

A placa 11, a examinada constrói a história próxima do tema banal (A1.1), com referencia a partes da imagem (A2.1), existindo precauções verbais (A2.3) e uma enfatização do fictício (A2.12). Existindo, ainda, uma entrada direta no conflito, sendo B2.1).

Falando da placa 12 F, a examinada faz referências a partes da imagem, sendo A2.1, com precauções verbais, sendo A2.3 e acento inscrito nos conflitos intrapessoais, sendo este o A2.17. A história é construída em torno de uma fantasia pessoal (B1.1), entrando diretamente no conflito, com maior projeção da sua história pessoal (B2.1). Da série C, estão representados o C/N.1, o C/N.6 e o C/N.7, ou seja, existe acento na vivência subjetiva, não relacional, uma insistência na demarcação de limites e contornos e relações espetaculares. Por fim, o E.9, com expressão de afetos e representação maciça ligadas à incapacidade.

Na placa 13 MF a história é construída próxima do tema banal (A1.1), com referencia a partes da imagem e expressões faciais e postura (A2.1), justificando a descrição anterior (A2.2), existindo precauções verbais (A2.3). Há um acento na vivência subjetiva não relacional (C/N.1), com postura significativa de afetos (C/N.4), existe a temática de perda, com uma idealização negativa do objeto (C/M.1 e C/M.2). O E.9, está também representado, sendo este a expressão de afetos e representações maciças ligadas ao medo, incapacidade e à morte.

Na placa 14, estão representados o B1.1, B2.1, B2.11 e B2.12, ou seja, a examinada constrói a história em torno de uma fantasia pessoal, com entrada direta no conflito, com instabilidade nas identificações e existe acento no agir, num contexto dramatizado. Tem uma tendência geral à restrição, não indicando os motivos do conflito (C/Fo.2 e C/Fo.4), há um acento no fazer (C/Fa.3) e percepção do mau objeto e tema de perseguição (E.14), com associações curtas (E.19).

Ao analisar a placa 15, nota-se que a examinada faz referência a partes da imagem e posturas (A2.1), enfatizando o fictício (A2.12), construindo a história em torno de uma fantasia pessoal (B1.1) com presença de temas como o medo, num contexto dramatizado (B2.13). Existe uma tendência geral à restrição, a história é curta e inibida (C/Fo.2), em que os motivos do conflito não são indicados, sendo C/Fo.4. Há um acento no fazer (C/Fa.2), representações maciças ligadas ao medo e perseguição (E.9), tendo a percepção do mau objeto e temas de perseguição (E.14).

A placa 17 GF está construída próxima do tema banal (A1.1), com referencia partes da imagem e posturas (A2.1), com tendência geral à restrição, existindo um anonimato de personagens (C/Fo.2 e C/Fo.3) e acento no quotidiano factual e concreto (C/Fa.2).

No que toca à placa 18 GF, a examinada faz referências a partes da imagem, com expressões faciais e de postura, sendo A2.1, justificando a descrição anterior, o A2.2. A história é construída em torno de uma fantasia pessoal, o B1.1 e a entrada é direta no conflito, com maior identificação com a situação e personagens, sendo B2.1.

Existiram silêncios intrarelato, sendo C/Fo.1, com tendência geral à restrição (C/Fo.2), tendo presente a temática de perda (C/M.1), apego ao conteúdo manifesto, acento no quotidiano factual e concreto e acento no fazer (C/Fa.1, C/Fa.2 e C/Fa.3). Por último o E.9, com expressão de afetos e representação maciça ligada à temática da morte.

Passando à placa 19, a história é construída próxima do tema banal (A1.1), com referencias a partes da imagem e precauções verbais (A2.2 e A2.3), sendo que há uma entrada direta no conflito (B2.1). A tendência geral à restrição está presente, bem como o apego ao conteúdo manifesto e crítica à situação (C/Fo.2, C/Fa.1 e C/C.3).

A placa 20 revela uma história construída próxima do tema banal, com integração de referências sociais e do senso comum (A1.1 e A.1.2), tendo referencias a partes da imagem e expressões corporais, com justificação da descrição anterior (A2.1 e A2.2). Existiu uma entrada direta no conflito, tendo uma maior impulsividade, com instabilidade nas identificações, mais especificamente na idade do personagem (B2.1 e B2.11). Encontra-se também o C/Fo.2 e o C/Fo.4, sendo a tendência geral à restrição, em que os motivos do conflito não são indicados.

Em último, temos a placa 16, em que a história é construída próxima do tema banal, com entrada direta no conflito, tendo um tempo de latência curto (A1.1 e B2.1).

Houve tendência geral à restrição e os motivos do conflito não são indicados, bem como a existência de apego ao conteúdo manifesto (C/Fo.2, C/Fo.4 e C/Fa.1).

A examinada revelou, ainda, expressões faciais, sendo C/C.1, e fez associações curtas, E.19).

Análise da Escala de Estima de Si S.E.R.T.H.UAL

Analisando a Escala S.E.R.T.H.U.A.L (ANEXO 4), de forma quantitativa, nas dimensões positivas, a examinada obteve um total de média das dimensões positivas de 18,98% que, comparativamente à tabela da faixa etária correspondente dos 21 aos 23 anos e ao grupo normativo relativo às Habilitações literárias correspondentes ao 12º Ano, revelando assim estar ligeiramente abaixo da média.

Nas dimensões negativas, o total da média foi 12,31%, que em comparação às tabelas da faixa etária correspondente dos 21 aos 23 anos e ao grupo normativo relativo às Habilitações literárias correspondentes ao 12º Ano, está dentro da média.

Fazendo uma análise qualitativa, nas dimensões positivas a examinada revela considerar-se uma pessoa responsável, otimista e fiel às suas decisões. Demonstra ser confiante e segura do seu corpo, sentindo-se atraente, bem como ambiciosa, tolerante, amável e racional. A nível social mostra alguma ambiguidade, no entanto é fiel às suas amizades, acredita que todos deveriam ter algum papel na sociedade e demonstra interesse em fazer parte de eventos de solidariedade.

Revela ainda que se sente positiva consigo mesma e confiante no seu futuro, sentindo-se inteligente, trabalhadora e madura.

Ainda assim, considera-se uma pessoa pouco assertiva, revela não se sentir contente com os seus resultados a nível escolar/profissional, e no que toca à inserção social não se sente bem em atividades em grupo, bem como sente que não é procurada pelos colegas na escola/trabalho.

Passando para as dimensões negativas, é possível ver que se considera uma pessoa impulsiva, que se aborrece com atitudes que toma, batalhando consigo mesma sentindo-se uma pessoa insegura e com medo de falhar nos seus objetivos.

A nível social a examinada considera que se isola quando em grupo, bem como acredita que faz coisas piores que os outros. Sente-se em baixo e desencorajada quando falha ou tem maus resultados e nesses momentos recorre a outros estímulos para se sentir melhor.

É de salientar que a examinada considera ser uma pessoa que se sabe controlar, sendo uma pessoa confiável, que se respeita a si própria, valorizando-se, é decisiva e enfrenta os seus problemas. Demonstra ter os seus valores clarificados e ser fiel aos mesmos e sentir-se contente por alcançar grandes coisas na sua vida.

Análise Clínica e Conclusão

Com base na análise do TAT de E, a mesma revela diversas vezes mecanismos de controlo de afetos, de forma defensiva e mecanismos de controlo intensos, de forma a proteger-se da angústia. De forma regular recorre a mecanismos de controlo e labilidade adaptados, contribuindo para a construção das histórias, bem como a mecanismos de labilidade intensos, fugindo do controlo.

Da mesma forma revela a existência de evitamento fóbico e factual e criar projeções maciças. Assim, compreendemos que E. se protegeu na maioria dos cartões, tentando não revelar a sua história pessoal ao construir as histórias.

Analisando a Escala de Estima de Si S.E.R.T.H.UAL, é possível dizer que o nível geral de estima de si está dentro da normalidade, sendo 6.67%, ainda que a dimensão positiva esteja abaixo da média e a negativa esteja dentro da média.

Com base na história de E, relativamente à experiência de violência no namoro vivida, não existem indícios de trauma ou de alterações na sua personalidade. É visível uma proteção e afastamento a nível social, sendo que E. tem tendência a isolar-se quando em grupo. Não revela baixa autoestima nem níveis altos de ansiedade.

Reflexão Pessoal

O estágio curricular realizado foi uma fase fundamental e imprescindível a realizar durante o meu percurso académico enquanto estudante de psicologia, bem como, revelou ser uma experiência única enquanto pessoa.

Ao longo da realização deste ano de estágio foi-me possível compreender muitos dos conceitos e teorias que aprendi no curso, e assim, aplicar o que adquiri.

Inicialmente, a realização do estágio deixou-me ansiosa e nervosa, no entanto, sentia-me motivada e preparada para o mesmo. O facto de estar pela primeira vez a fazer atendimentos foi algo assustador, mas que fui aprendendo a adaptar-me e a agir conforme as diversas situações.

No que toca ao local de estágio e ao seu funcionamento, senti que havia uma integração, um bom trabalho de equipa e uma boa disponibilidade para me ajudarem nas dúvidas que me iam surgindo.

No decorrer do estágio aprendi a lidar com frustrações, receios e a ultrapassar alguns desafios e obstáculos. As formações realizadas no local de estágio foram um ponto importante na minha aprendizagem pessoal, bem como, na forma como lidar com as problemáticas em causa na instituição, na partilha de conhecimentos no âmbito da psicologia e em ligação com outras áreas, numa perspetiva transversal e multidisciplinar.

Ainda assim, no decorrer da formação inicial, tive alguns módulos ligados à área de direito, que pessoalmente, se revelou ser mais complicado de conseguir acompanhar, no entanto, senti que conseguir ultrapassar essa barreira de forma positiva e compreender os conteúdos ensinados e importantes para manter um bom atendimento ao longo do estágio.

Ao longo do estágio senti que as minhas abordagens e respostas foram melhorando de forma significativa, embora esteja certa de que em algum momento terei tido mais dificuldade em fazê-lo.

Tive a oportunidade de fazer uma feira de voluntariado, onde pude comunicar com os alunos de outra universidade, conseguindo assim dar a conhecer a instituição, em que se baseia o seu trabalho e as suas intervenções.

Ao longo da realização deste relatório debati-me com diversas dificuldades e frustrações, nomeadamente os testes que deveria aplicar e, seguidamente, a forma como analisá-los.

Senti que foi uma experiência bastante positiva, na qual tive a possibilidade de ver uma outra realidade e compreender todos os seus lados, bem como a melhor forma de intervir nessas mesmas situações.

Finalizando, é importante destacar, todo o apoio prestado pela Universidade Autónoma de Lisboa (UAL) e pela instituição, que contribuíram para a minha formação, capacidade de compreensão empática e desenvolvimento pessoal.

Toda esta experiência, desde o início do estágio, até terminá-lo e a realização do presente relatório, serviu para melhorar as minhas competências académicas, profissionais e pessoais. Ajudou-me a crescer, a pensar de forma mais consciente como ser humano e a olhar para o mundo em redor de forma mais adulta.

Conclusão

A vitimologia é atualmente uma área complexa e dinâmica, fornecendo uma diversa reflexão teórica, investigação e intervenção (Florêncio, 2013).

O fenómeno da violência doméstica tem assumido, tanto no plano nacional, quer a nível internacional, uma importância verdadeiramente pública, uma vez que atenta contra direitos e contra a qualidade de vida geral de muitas pessoas e comunidades, assim tendo de começar a ser encarado como uma questão de foro privado. O problema da violência doméstica é uma questão de grandeza universal, que é considerado hoje em dia, como um problema de qualidade de vida, de saúde pública e de paz nacional que se traduz num maior empenho dos Estados membros da União Europeia, no sentido de ajudar a prevenir e representar, que Portugal já adotou na sua organização interna (Gonçalves & Machado, 2002).

É de salientar que, a violência não tem género, no entanto, é um facto atual que a maioria das vítimas reconhecidas são mulheres e que a maioria dos agressores são homens, facto este que, no atual contexto social, cultural, político e económico, se atribua com o diferente estatuto entre o homem e a mulher, que ainda subsiste na comunidade de hoje em dia (Dias, 2018).

A violência, seja ela a nível conjugal ou parental, pode sempre englobar a violência a nível psicológico como a nível físico, deixando, seja em que caso for, repercussões.

Neste relatório foram apresentados dois casos, sendo que o caso 1 submete para os maus tratos físicos e psicológicos de pais para filhos e o caso 2 submete para uma situação de violência no namoro.

Sejam quais foram os fatores, procedimentos e motivações particulares e internacionais que suportam as desiguais configurações de conduta violenta, este advém de uma situação de desigualdade de poder entre duas ou mais partes envolvidas na situação/relação, o que se torna inseparável do papel de que cada grupo social preenche na sociedade, dos seus direitos e a maneira como essa realidade se altera ao longo de gerações (Gonçalves & Machado, 2002).

O papel do psicólogo nestas situações, revela-se importante e indispensável na observância de atitudes, julgamentos, mas tendo atenção a disponibilidade e a particularidade de cada individuo presente. Com base nesta relação e aprendizagem, é possível adquirir diversos outros conhecimentos e experiências (Hipólito, 2011).

Por fim, é possível dizer que a psicologia neste âmbito revela uma possibilidade de realizar e cumprir várias tarefas, conhecer e lidar com diversas problemáticas, bem como proporciona a relação e interação com outros profissionais e instituições.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, A. N., André, I. M., & Almeida, H. N. (1999). *Famílias e maus tratos às crianças em Portugal*. Relatório Final. Instituto de Ciências Sociais: Universidade de Lisboa.
- Alcipe (2010) *Manual Alcipe - Para o Atendimento de Mulheres Vítimas de Violência* (2ª Ed. Revista e Atualizada) APAV - Associação Portuguesa de Apoio à Vítima.
- Alves, C. (2005). *Violência doméstica*. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Andrade, C. (1980). *A Vítima e o Problema criminal*. Coimbra
- Antunes, M. A. (2002). *Violência e vítimas de crimes, I: Adultos*. In *Violência e vítimas em contexto doméstico*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Alvim, F. (s/d). *Relatório da Campanha Acabar com a Violência Sobre as Mulheres – Mulheres (in)visíveis*. Amnistia Internacional: Portugal.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM - IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores
- APA (2000) *American Psychiatry Association. Diagnostic and statistical of mental manual disorders*. Fourth edition. Text revision. Washington-DC: American Psychiatric Association.
- APA (2003). *American Psychological Association. DSM IV R – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre, Artes Médicas.
- APAV. (2005). *Manual de procedimentos dos serviços de apoio à vítima de crime na APAV*. Lisboa: APAV.
- APAV (2010). *Manual Títono. Para o Atendimento de Pessoas Idosas Vítimas de Crime e de Violência*, Lisboa.
- APAV (2016). *Estatísticas APAV – Relatório Anual 2016*. Retrieved from https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_Relatorio_Anual_2016.pdf

- APAV (2017). Estatísticas APAV – Relatório Anual 2017. Retrieved from https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_Relatorio_Anual_2017.pdf
- APAV (2018). Estatísticas APAV – Relatório Anual 2018. Retrieved from http://www.apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_Relatorio_Anual_2018.pdf
- Barber, C.F. (2008). *Domestic violence against men*. Nursing Standard.
- Barroso, Z. (2007). *Violência nas relações amorosas*. Lisboa: Edições Colibri e Socinova.
- Bellak, L. (1971). *The T.A.T. and the C.A.T in Clinical use*. Oxford, England: Grune & Stratton.
- Bennett, P. (2000). *Introdução clínica à Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores, Manuais Universitários.
- Bernstein, J. (1964). *Test de Apercepción Temática*. Manual para la aplicacion. (4º Ed). Buenos Aires: Paidós.
- Berkowitz, L. (1993). *Aggression: its causes, consequences and control*. New York: McGraw.
- Borin, T. (2007). *Violência doméstica contra a mulher: percepções sobre violência em mulheres agredidas* (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo).
- Bourdieu P. (2007). *Dominação Masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Brites, R., Pires, M., Nunes, O. & Hipólito, J. (s.d). *Escala de Estima de Si – S.E.R.T.H.U.A.L – Versão Reduzida: Estudos de Validação*. Retrieved from http://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/1901/1/artigo%20valida%C3%A7%C3%A3o%20serthual%20reduzida_v1%20submetida.pdf
- Brown, S. L. (2007). *Counseling victims of violence: a handbook for helping professionals*. Editora: Hunter House. United States. Retrieved from <http://books.google.pt/books?id=C2mn3GIezJoC&printsec=frontcover&dq=Counseling+victims+of+violence:+a+handbook+for+helping+professionals.&hl=pt->

PT&ei=dgDtTZOxIczrOeG58ZkB&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false

Cardoso, C. (2012). *A violência doméstica e as penas acessórias*. Dissertação de Mestrado em Direito Criminal, Porto, Universidade Católica Pólo do Porto

Cardoso, C. C. (2012). *Violência Doméstica: Da participação da ocorrência à investigação criminal*. Lisboa: Cadernos da Administração Interna.

Cabral, L. I. M. (2018). *A Psicologia Clínica nos Cuidados de Saude Primarios*. Retrieved from

<http://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/3942/1/RELATORIO%20%20de%20Marta%200Cabral.pdf>

Casimiro, C. (2008). *Da violência conjugal às violências na conjugalidade. Representações e práticas masculinas e femininas*. Dissertação de Doutoramento, Instituto de Ciências Sociais - Universidade de Lisboa, Portugal.

Caridade, S. (2011). *Vivências Íntimas Violentas - Uma Abordagem Científica*. Lisboa: Almedina

Camargo, M. et al. (2001). *Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço*. Brasília: Ministério da Saúde.

Casiquê, L. e Furegato, A. (2006). *Violence against women: theoretical reflections*. Revista Latino-Americana de Enfermagem.

Cera, N. S. S. (2016). *Violência Doméstica – Percursos de Vida de Mulheres Vítimas de Violência no Contexto Familiar*. Retrieved from

<https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/9990/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20Final.pdf>

Cidreira, M. C. C. B. (2017). *Cicatrizes da Dor: As Consequencias da Violência Doméstica na Saude Fisica da Mulher*. Retrieved from

<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo6/cicatrizesdaorasconsequenciasdaviolenciadomesticanaasaudefisicadamulher.pdf>

- Conselho da Europa (2011). *Convenção para a Prevenção e o Combate à Violência Contra as Mulheres e a Violência Doméstica*.
- Costa, M. E., & Duarte, C. (2000). *Violência familiar*. Porto: Âmbar.
- Couto, S. M. A. (2005). *Violência doméstica: uma nova intervenção terapêutica*. Editora: Universidade FUMEC/FCH. Brasil.
- Danziger, C. (2002). *Violência das Famílias*. Lisboa: Climepsi.
- Davis, R. (2008). *Domestic Violence : Intervention, Pervention, Policies and Solutions*. New York : CRC Press.
- Dias, I. (2004). *Violência na Família. Uma abordagem Sociológica*. Porto: Afrontamento.
- Dias, I. (2018). *Violência Doméstica e de Género. Uma Abordagem Multidisciplinar*. Pactor.
- Duarte, C. (1998). *Violência conjugal*. Tese de Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto: Porto.
- Dutton, D.G. (2007). *The complexities of domestic violence*. American Psychologist.
- Fernandes, F. C. P. (2002). *A mulher vítima de violência conjugal*. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Florêncio, M. P. P. (2013). *Relatório de Estágio Realizado na Direção de Investigação da GNR*. Retrieved from <http://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/426/1/M%C3%B3nica%20Flor%C3%A7o%20-%20Relat%C3%B3rio%20Final.pdf>
- Flury, M., Nyberg, E. & Riecher-Rössler, A. (2010). *Domestic violence against women: definitions, epidemiology, risk factors, and consequences*. Swiss Med.
- Francisco, C. P. S. (2012). *APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima*. Retrieved from <http://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/180/3/180.pdf>

- Freeman, F. S. (1962). *Teoria e Prática dos Testes Psicológicos*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. 3ª Edição.
- Garland, C. (2011). *Understanding Trauma: A psychoanalytical approach*. London: Karnac.
- Gary R. VandenBos, P. D. (2010). *Dicionário de Psicologia APA*. Lisboa: artemed.
- Gaspas, S. P. G. (2016). *Vítimas silenciosas: crianças expostas à violência interparental*. Retrieved from <http://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/2591/1/Susana%20Gaspar%2020130648%20Relat%C3%B3rio%20de%20Est%C3%A1gio.pdf>
- Gonçalves, R. A., & Machado, C. (coords.) (2002). *Violência e Vítimas de crime*, (vol.1): Adultos. Editora: Quarteto. Coimbra.
- Hipólito, J. (2011). *Auto-organização e complexidade: evolução e desenvolvimento do Pensamento Rogeriano*. Lisboa: EDIUALL.
- Instituto Superior de Psicologia Aplicada (s.d). *Testes Projectivos. TAT*. Retrieved from <https://pt.scribd.com/document/264488956/Sebenta-Do-TAT>
- Karl, P. (2008). *As raízes da violência. Reflexão de um neurobiologista*. Coleção Epigénese – Desenvolvimento e Psicologia. Instituto Piaget, Edições Odile Jacob.
- Lachapelle, H., Forest, L. (2000). *La violence conjugale: développer l'expertise infirmière*. Édition: PUQ. Canada. Retrieved from http://books.google.pt/books?id=QZFczZwZ-20C&printsec=frontcover&dq=La+violence+conjugale:+d%C3%A9velopper+l%60expertise+infirmi%C3%A9re&hl=pt-PT&ei=JQztTZ6lFoeUOtnPuI8B&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false
- Leal, I., Pimenta, F. & Marques, M. (2012). *Intervenção em Psicologia Clínica e da Saúde: Modelos e Práticas*. Placebo Editora: Lisboa.
- Leal, I. (2008). *A Entrevista Psicológica: técnica, teoria e clínica*. Fim de Século: Lisboa

- Lisboa, M., Barroso, Z., Patrício, J., & Leandro, A. (2009). *Violência e Género - Inquérito Nacional sobre a Violência Exercida contra Mulheres e Homens*. Lisboa: Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género.
- Lisboa, M. et al. (2006). *Prevenir ou remediar: os custos sociais e económicos da violência contra as mulheres*. Lisboa: Colibri.
- Lourenço, N., & Lisboa, M. (1992). *Representações da violência*. Lisboa: Centro de Estudos Judiciários.
- Lourenço, N., Lisboa, M. & Pais, E. (1997). *Violência contra as Mulheres*. Lisboa: Comissão Para a Igualdade e Para os Direitos das Mulheres.
- Machado, C., Gonçalves, Rui, A. (2003). *Violência e Vítimas de Crimes*. Coimbra: Quarteto.
- Machado, C., Matos, M. & Moreira, A. I. (2003). *Violência nas relações amorosas: Comportamentos e atitudes na população universitária*. Psychologica.
- Magalhães, T. (2010). *Violência e abuso*. Imprensa da Universidade de Coimbra/Coimbra University Press.
- Magalhães, T. (2010). *Violência e Abuso. Respostas simples para questões complexas*. Editora: Imprensa Universidade de Coimbra.
- Manita, C. (2008). *Programas de intervenção em agressores de violência conjugal: Intervenção Psicológica e prevenção da violência doméstica*. Ousar integrar: Revista de Reinserção Social e Prova.
- 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
- Martinho, B. D. P. (2016). *A Violencia Doméstica e a Regulação das Responsabilidades Parentais*. Retrieved from <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/21896/1/tese.pdf>

Marchiori, H., Bido, M. J., Fortete, C. (s.d.). *Victimología. La víctima desde una perspectiva criminológica*. Brujas. Argentina. Retrieved from

http://books.google.com/books?id=nbsV0FaTo-UC&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbg_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Matos, M. (2006). *Violência nas Relações de Intimidade: estudo sobre a mudança psicoterapêutica na mulher*. Universidade do Minho: Instituto de Educação e Psicologia.

Marques, T. (2005). *Violência conjugal: Estudo sobre a permanência da mulher em relacionamentos abusivos*. Dissertação Mestrado, Universidade Federal da Uberlândia.

Mendonça, V., M., P. (2000). *Violência doméstica*. Editora: Comissão para a igualdade e para os direitos das mulheres. Lisboa.

Milner, J. & Myers, S. (s.d). *Working with Violence. Policies and Practices in risk assessment and management*. Palgrave

Minayo, M. C. S. (2006). *Violência e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Ministério da Saúde (2002). *Violência Intrafamiliar. Orientações para a Prática em Serviço*. Retrieved from

http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf

Modena, M. R. (2016). *Conceitos e Formas de Violência*. Retrieved from

https://www.ucs.br/site/midia/arquivos/ebook-conceitos-formas_2.pdf

Murray, H.A. (1967). *Teste de percepção temática*. São Paulo: Mestre Jou.

Nerys, I. B. (2016). *Atitudes e Percepções sobre a Violência Doméstica: Uma Análise comparativa entre Mulheres e Homens Portugueses e Brasileiros a viver em Portugal*. Retrieved from

https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/13345/1/2016_ECSH_DPSO_Dissertacao_Isabela%20Borges%20Nerys.pdf

- Neves, S. (2008). *Amor, Poder e Violências na Intimidade*. Coimbra: Quarteto Ed.
- Neves, S. (2012). *Intervenção Psicológica e Social com Vítimas Volume II – Adultos*. Lisboa: Almedina.
- Oliveira, E. R. (2012). *Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher: Um Cenário de Subjugação do Género Feminino*. Revista do Laboratório de Estudos da Violência da UNESP/Marília. Edição 9.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011). Código deontológico. Lisboa: OPP.
- Pacheco, L. R. & Medeiros, M. (s.d). *Compreendendo a Violência Doméstica: Significados Segundo Mulheres Vítimas de Agressão*. Retrieved from <http://www.sbpnet.org.br/livro/63ra/conpeex/mestrado/trabalhos-mestrado/mestrado-leonora-rezende.pdf>
- Pais, E. (1998). *Homicídio Conjugal em Portugal: Rupturas Violentas da Conjugalidade*. Lisboa: Hugin.
- Parada, A. P., & Barbieri, V. (2011). *Reflexões sobre o uso Clínico do TAT na Contemporaneidade*. Doi: 401036084013
- Peinado, A., Moura, C., Almeida, I. A., Santos, M., Gaspar, T. (2010). *Violência Doméstica – Uma Abordagem Teórica Sob a Perspetiva das Ciências Sociais*. Retrieved from <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0206.pdf>
- Pedinielli, J. (1999). *Introdução à psicologia clínica*. Climepsi Editores: Lisboa
- Pereira, A., Matos, M., & Machado, C. (2006). *Violência sexual na conjugalidade: um estudo exploratório sobre as narrativas da vítima*. Psychological.
- Pereira, M. G. & Ferreira, J. M. (2003). *Stress Traumático. Aspectos Teóricos e Intervenção*. Climepsi Editores.
- Pinheiro, I. M. M (2016). *Vítimas de Violência no Namoro: dos fatores inerentes aos pedidos de ajuda*. Retrieved from https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/5567/1/PG_In%C3%AAs%20Pinheiro.pdf

Ribeiro, J. P. & Leal, I. P. (1996). *Psicologia Clínica da Saúde*. Retrieved from http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/3834/1/AP_1996_4_589.pdf

Samson, A. (2010). *A Violência Doméstica: aprenda a identificar situações de abuso e a ser feliz*. Lisboa: Plátano Editora, S.A.

Sani, A. (2002). *As Crianças e a Violência – Narrativas de Crianças Vítimas e Testemunhas de Crimes*. Coimbra: Quarteto Editora.

Sani, A. I. (2011). *Crianças vítimas de violência: Representações e impacto do fenómeno*. Porto: Edições UFP.

Schraiber, L. B., D'Oliveira, A. F., Falcão, M. T., & Figueiredo, W. d. (2005). *Violência dói, e não é direito: A violência contra mulher a saúde e os direitos humanos*. Editora: UNESP. Brasil.

http://books.google.pt/books?id=E4WZbqDAP5sC&pg=PA92&dq=Viol%C3%A2ncia+d%C3%B3i,+e+n%C3%A3o+%C3%A9+direito:+A+viol%C3%A2ncia+contra+mulher+a+sa%C3%BAde+e+os+direitos+humanos.&hl=pt-PT&ei=ORHfTbPmB8qbOuCQwacB&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q=Viol%C3%A2ncia%20d%C3%B3i%20e%20n%C3%A3o%20%C3%A9%20direito%3A%20A%20viol%C3%A2ncia%20contra%20mulher%20a%20sa%C3%BAde%20e%20os%20direitos%20humanos.&f=false

Sousa, A. I. (2002). *As mulheres e a violência doméstica*. União de Mulheres Alternativa e Resposta.

Souza, F. A. (2017). *A Atuação do Psicólogo no Atendimento às Mulheres Vítimas de Violência Doméstica*. Retrieved from

<https://repositorio.pgsskroton.com.br/bitstream/123456789/15769/1/F%C3%81BIO%20LEXANDRE%20DE%20SOUZA.pdf>

Sousa, T. S. (2013). *Os Filhos do Silêncio: Crianças e Jovens expostos à Violência Conjugal - Um estudo de casos*. Retrieved from

http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/5018/T%C3%A2nia_Sousa_Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf?sequence=1

Strey, M. N., Neto, J. A. S., Horta, R. L. (2007). *Família e género*. Editora: Edipucrs. Brasil. Retrieved from

http://books.google.pt/books?id=W6iUrzxwywC&printsec=frontcover&dq=Fam%C3%ADlia+e+g%C3%A9nero.&hl=pt-PT&ei=fhLtTe7qLcjoOaLd0ZEB&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q=Fam%C3%ADlia%20e%20g%C3%A9nero.&f=false

Valério, A. M. O. (2010). *Homens Vítimas de Violência Doméstica – Estudo Exploratório*. Retrieved from

<http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/4420/1/13089.pdf>

Vaz Serra, A. (2003). *O Distúrbio de Stress Pós-Traumático*. Coimbra: Vale & Vale Editores, Lda

Wemmers, J., M. (2003). *Introduction à la victimologie*. Edition: L'université de Montréal. Canada. Retrieved from http://books.google.pt/books?id=kxhb5VLcTg4C&printsec=frontcover&dq=Introduction+%C3%A0+la+victimologie&hl=pt-PT&ei=FBTtTef9DcfsOfaXlaoB&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false