

UNIVERSIDADE
AUTÓNOMA
DE LISBOA



UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E SOCIOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA
ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE ACONSELHAMENTO

Relatório de Estágio
“Associação de Ajuda Psicossocial”

José Rosário de Freitas - Nº 20130844

SEMINÁRIO DE ESTÁGIO LECIONADO POR: Professora Doutora Mónica Pires
Universidade Autónoma de Lisboa

Professora Doutora Odete Nunes
Universidade Autónoma de Lisboa

ORIENTADOR: Professora Doutora Ana Gomes
Universidade Autónoma de Lisboa

Lisboa, Janeiro 2016

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho e especialmente do estágio foi uma etapa muito delicada, no entanto, todas as experiências e vivências foram importantes para a minha aprendizagem, não só enquanto pessoa mas particularmente enquanto futuro psicólogo.

Expresso um profundo e especial agradecimento à Professora Doutora Mónica Pires, pela sua disponibilidade, orientação nas aulas de supervisão de estágio e intervenção junto da instituição acolhedora do estágio. Não teria sido possível concluir o estágio sem a sua incansável ajuda e compreensão.

Agradeço à Professora Doutora Odete Nunes pela partilha do seu saber e dos conhecimentos transmitidos nas aulas de supervisão. Foram momentos de grande aprendizagem mas também de “relação de ajuda”.

A todos os Professores ao longo dos dois anos de formação, em especial à Professora Doutora Iolanda Galinha, à Professora Doutora Rute Brites e ao Professor Doutor Tito Laneiro.

O meu obrigado à Dra. Luísa Ferreirinho pela sua disponibilidade e profissionalismo.

A todos os colegas de turma pelo espírito de camaradagem.

Aos clientes e a todas as Técnicas da “Associação de Ajuda Psicossocial”, em especial à Dra. Fátima Xarepe pela disponibilidade que demonstrou desde o início em acolher o meu estágio.

À Professora Doutora Ana Gomes pela orientação do relatório de estágio e em especial pela sua disponibilidade.

A toda a minha família, em especial à minha mãe pelas palavras de incentivo.

“Nenhum dever é mais importante do que a gratidão.”

(Cícero)

RESUMO

Este relatório de estágio corresponde ao trabalho final para a obtenção do grau de Mestre, do curso de Psicologia, especialidade em Psicologia Clínica e de Aconselhamento, ministrado na Universidade Autónoma de Lisboa, entre os anos letivos 2013/2015.

O estágio foi realizado no serviço de Psicologia Clínica da “Associação de Ajuda Psicossocial”, ao longo de seis meses, num total de 541 horas.

O relatório está dividido em três partes. Na primeira apresentamos o enquadramento teórico da Psicologia Clínica enquanto trabalho de construção na relação com o paciente, relacionando-a com o trabalho desenvolvido no âmbito do estágio e faremos referência ao trabalho desempenhado pelo Psicólogo Clínico na Instituição. Ainda neste capítulo serão abordados os conceitos teóricos que fundamentam o trabalho desenvolvido durante o estágio.

A segunda parte do relatório tem como foco principal a descrição das atividades realizadas no âmbito do estágio, a apresentação do cronograma das atividades efectuadas e o trabalho prático de estágio desenvolvido em dois contextos diferentes: avaliação psicológica a uma criança sinalizada pela Equipa de Crianças e Jovens (ECJ), acompanhada na “Associação de Ajuda Psicossocial” a fim de trabalhar com a família na prevenção do risco de negligência; e um acompanhamento psicológico a um adulto, descrito e analisado neste relatório.

Na terceira e última parte, será feita uma reflexão final acerca de todo o estágio académico, assim como uma reflexão pessoal do estágio.

Palavras-chave: Psicologia Clínica, Abordagem Centrada na Pessoa, Infância, Intervenção.

ABSTRACT

This report corresponds to the final internship report which was produced in order to obtain the Master Degree in Clinical and Counseling Psychology, course of Psychology, ministered in *Universidade Autónoma de Lisboa* in the lecturing years of 2013/2015.

The internship was performed in the Clinical Psychology Service of an Institution named “Associação de Ajuda Psicossocial”, during six months and completing a total of five hundred and forty one hours.

This report consists of three parts. In the first part we present the background of clinical psychology as a method of building up the patient relationship. We will also refer to the work developed by the Psychologist in the Institution and explore the fundamental theoretic concepts that are on its basis.

The second part focuses on the description of the activities performed during the internship, specifically in two different contexts. First we describe a psychologic evaluation of a child in danger, referred by the Child Protection Team to the Institution, and then we describe a Psychological Guidance of an adult.

In the third part we present the conclusions and final personal reflections about the internship.

Keywords: Clinical Psychology, Client-Centered Therapy, Childhood, Intervention.

ÍNDICE

Agradecimentos.....	II
Resumo.....	III
Abstract.....	IV
Índice.....	V
Índice de Quadros.....	VII
Introdução.....	8
Parte I – Enquadramento Teórico.....	11
1. A Psicologia Clínica: Um trabalho de Construção	
1.1. Objeto de estudo e objetivo da psicologia enquanto ciência.....	12
1.2. Conceito de Psicologia Clínica.....	12
1.3. O objetivo da Psicologia Clínica.....	16
2. Fundamentação Teórica do Estágio	
2.1. Definição e tipos de maus tratos na infância.....	17
2.2. Tipos de Violência Infantil	
2.2.1. Violência Infantil: abusos.....	17
2.2.2. Violência Infantil: negligência.....	18
2.3. Teoria sobre a origem dos maus tratos.....	21
2.4. Consequências dos maus tratos	22
2.5. Papel da Família no desenvolvimento infantil	22
2.6. A importância do afecto na infância e na adolescência	25
2.7. Os direitos da criança	27
3. A Abordagem da Relação Terapêutica seguida na Intervenção	
3.1. Terapia Centrada na Pessoa	28
3.2. Processo Terapêutico segundo a Abordagem Centrada na Pessoa	30

Parte II – Trabalho de Estágio	34
1. O papel do Psicólogo Clínico na “Associação de Ajuda Psicossocial”	35
2. Objectivos gerais do estágio	35
3. Objectivos específicos do estágio	37
4. Actividades desenvolvidas durante o estágio	37
5. Trabalho prático de estágio – Apresentação e discussão dos casos clínicos	
5.1. Caso de Avaliação Psicológica	40
5.2. Caso de Acompanhamento Psicológico	48
Parte III – Discussão e Integração da Temática de Estágio	60
1. A violência familiar e a sua consequência nas crianças.....	61
2. Violência infantil em Portugal e noutros Países do Mundo.....	68
3. Discussão crítica sobre aspectos positivos e negativos do estágio	72
4. Avaliação crítica do projecto de estágio	76
Conclusão	77
Referências Bibliográficas	80

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Tipos de Negligência Infantil.....	18
Quadro 2 – Cronograma de atividades realizadas ao longo do estágio	36

INTRODUÇÃO

O presente relatório tem como objetivo refletir sobre as aprendizagens, a prática clínica e o trabalho desenvolvido por José Rosário de Freitas, ao longo do estágio de Psicologia, especialização de Psicologia Clínica e de Aconselhamento. O estágio realizou-se no serviço de Psicologia Clínica da “Associação de Ajuda Psicossocial”, que decorreu entre o dia 06 de Janeiro de 2015 e 15 de Julho do mesmo ano, com um total de 541 horas, distribuídas semanalmente.

Os procedimentos e o progresso deste estágio foram supervisionados nas aulas da Unidade Curricular de Seminário de Estágio I e II, lecionadas pela Professora Doutora Mónica Pires e pela Professora Doutora Odete Nunes, que em muito contribuíram para a realização do estágio com sucesso. O estágio foi autoproposto depois da instituição escolhida em sede de reunião de estágio da UAL não se ter mostrado disponível. O estágio foi composto por uma parte teórica de pesquisas e leituras, por um período de observação que se estendeu durante todo o período de estágio e por uma parte prática, de intervenção. O estágio teve como “orientadora” institucional, a Psicóloga do Serviço de Psicologia da Associação e por impossibilidade desta em continuar na instituição, os três últimos meses foram “orientados” pela Psicóloga da equipa do trabalho comunitário.

A “Associação de Ajuda Psicossocial” surgiu da necessidade e da preocupação por parte de um grupo de profissionais da área da saúde e da área da justiça que teve como principal objetivo prevenir a institucionalização de crianças, prestando às famílias que residem nos concelhos da Amadora e de Sintra e que se encontravam em risco psicossocial, apoio psicossocial através de uma equipa multidisciplinar. A instituição foi criada em 2001 e reconhecida como IPSS (Instituição Particular de Solidariedade Social), pelo Decreto- Lei nº118/2002 de 22 de maio. (CAFAP, 2001)

A “Associação de Ajuda Psicossocial” tem como missão prevenir o abandono efetivo, a ausência de figuras parentais, a fragilidade psicossocial e até mesmo a delinquência infanto-juvenil. Tem como objetivos principais: prevenir a institucionalização infantil; estabelecer de imediato uma relação criança/família nas situações consideradas de risco psicossocial; promover e defender a dignificação da maternidade e da paternidade; proteger a criança e o jovem com vista ao desenvolvimento integral; proteger a família tendo em vista a efetivação de todas as condições que permitam a realização pessoal de todos os seus membros; colaborar com os pais e as mães promovendo a realização da relação de vinculação; diminuir os efeitos de pobreza e da exclusão social; constituir uma referência de apoio psicossocial para as famílias; contribuir para a autonomia das famílias; assegurar a satisfação das necessidades físicas, cognitivas e emocionais das crianças e dos jovens; reforçar a aquisição de competências parentais; criar redes de suporte social para as famílias e respetivas crianças; prevenir a reincidência de situações de perigo para a criança e integrar toda a família através de informação prestada e do aconselhamento tendo como objetivo primordial o bem-estar da criança e ou do jovem. (CAFAP, 2001)

Através de um conjunto integrado de serviços, a associação ajuda a criar as condições psicossociais necessárias a um desenvolvimento da criança e, para isso, possui uma equipa multidisciplinar formada por Assistentes Sociais, Psicólogas, Educadora de Infância, Enfermeiros e Nutricionista. (CAFAP, 2004)

Os processos instaurados de regulação do poder parental e de promoção e proteção das famílias e das suas crianças são referenciadas e encaminhadas para a “Associação de Ajuda Psicossocial” por instituições com competência na área da infância e da juventude, nomeadamente pelas Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), pelas Equipas de Crianças e Jovens (ECJ) e pelo Ministério Público e Tribunal de

Família e Menores. Após o encaminhamento cabe à associação cumprir com o pedido feito pelo Ministério Público e ou pelo Tribunal. (CAFAP, 2014)

Em Portugal a família é vista como sendo um “grupo social no qual todos os membros coabitam ligados por uma complexidade muito larga de relações interpessoais, partilhando a mesma casa e dependendo da mesma economia familiar. (Dias, 2000)

Se, por algum motivo, a família se altera e existem mudanças na sua estrutura, com a separação conjugal ou com o divórcio, essa decisão vai ter um impacto em todos os elementos da família, sobretudo nos filhos. As separações na sua maioria são encaradas pelos filhos como um momento de dor e de perda, o que implica terem de viver uma nova realidade. Cabe aos pais mediar os conflitos para que esta mudança seja o menos dolorosa possível para os filhos. (Silva, 2012)

Este relatório decorreu do estágio no serviço de Psicologia Clínica da “Associação de Ajuda Psicossocial”, através de um contexto profissional da psicologia clínica na infância e da necessidade verificada de acompanhar os pais para um desempenho eficaz das suas competências parentais e conseqüentemente da sua saúde psíquica. Neste sentido, este trabalho não poderá dispensar um enquadramento teórico, permitindo desta forma uma análise sobre o tema e, de resto, todo o trabalho desenvolvido durante o processo de estágio.

De salientar que o modelo teórico de Carl Rogers – Terapia Centrada na Pessoa, foi o utilizado na prática de estágio e encontra-se desenvolvido e refletido ao longo do relatório.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. A Psicologia Clínica: um Trabalho de Construção

1.1. Objeto de estudo e objetivo da psicologia enquanto ciência

O objeto de estudo da psicologia é o funcionamento psíquico, origem e desenvolvimento, assim como a sua relação com os processos psíquicos e a realidade objetiva e o próprio comportamento dos indivíduos. O objetivo da psicologia é então desenvolver as questões da personalidade, dimensões físicas, psíquicas e sociais desde a criatividade à ética. (Diniz, 2008)

1.2. Conceito de Psicologia Clínica

O termo “clínico” tem origem no latim “clinicus”, que tem como significado “visitar o doente na cama”. Segundo Mucchielli (1969), não é apenas a visita ao doente acamado, mas também a atitude de atendimento personalizado e prático. “O método clínico tem o seu objetivo na colheita de dados precisos a respeito de todas as doenças que afetam os seres humanos, a saber, todas as afeições que limitam a vida em seus poderes, satisfação e duração (...). O método clínico prossegue sempre numa série de etapas lógicas. O estudante observador notará algumas semelhanças entre o método clínico e o método científico. Cada um deles começa com dados de observação que sugerem uma série de hipóteses. Estas são depois examinadas à luz de novas observações, algumas das quais são feitas na clínica e outras no laboratório. Finalmente, chega-se a uma conclusão que, em ciência, se denomina teoria e, em medicina, diagnóstico operacional”. (Isselbacher, 1980, p.4)

Thinés e Lempereur (1984) propõem uma definição de método clínico mais ligada à qualidade da interação estabelecida entre técnico e paciente, “o método clínico que implica essencialmente o enfrentamento do clínico com o indivíduo (paciente, doente, estudante, participante), supõe que haja, para além do material fornecido na anamnese e os diversos exames, a interpretação, pelo sentido clínico (síntese da observação,

conhecimentos, intuição e experiências anteriores), das condutas assumidas no decurso desse encontro e desses exames”. (cit. Leal, 2008) À psicologia clínica está então subjacente a utilização do método clínico (próximo da definição em medicina). Desta forma, para a recolha de dados o psicólogo tem de recorrer à relação direta com o sujeito em observação.

Segundo Leal (2008), a psicologia clínica até aos anos 70, tinha como objetivo promover a adaptação do sujeito, utilizando a análise, observação e medição dos seus comportamentos.

Freud numa carta a Fliess (1889), utiliza pela primeira vez o conceito de psicologia clínica: “... vejo as relações com o conflito, com a vida, tudo a que gostaria de chamar Psicologia Clínica.” (Ciccione, 2000)

De acordo com esta linha de pensamento, Bergeret (1998), descreve o objeto de estudo da psicologia clínica como: o funcionamento psíquico num duplo sistema de sujeições, dividido entre a procura de uma impossível perfeição (Princípio do Prazer) e o mundo circundante que contraria essa procura e lhe impõe as suas próprias vias (Princípio da Realidade). Desta forma, ultrapassou-se a oposição entre material e psíquico, através dos conceitos de realidade psíquica e de processos inconscientes.

Segundo Braconnier (2000), a psicologia clínica é o estudo subjetivo dos sentimentos, emoções e estados interiores do sujeito, mas também o estudo objetivo do conjunto dos fenómenos mentais e das estratégias e normas que o regem. É da função do terapeuta responder à complexa questão do que é considerado normal e o que é patológico. Esta questão é um continuum que tem como influência a própria cultura do indivíduo e do clínico. Desta forma, a psicologia clínica tem de ter em consideração toda a dinâmica da personalidade do sujeito, que só pode ser analisada através da história de vida deste, ou seja, o sujeito como um todo e como unidade dinâmica.

De acordo com Marques (2001), a psicologia clínica tem como objetivo aceder aos processos psicológicos de um determinado sujeito através de modelos e métodos de compreensão, interpretação, significação e simbolização, nestes modelos de métodos estão implícitos os elementos relacionais, de transformação e de crescimento do indivíduo. A psicologia clínica é uma disciplina científica que procura passar do acontecimento ao facto, através de ações repetidas, experimentais, procedendo depois a um conhecimento total.

Desta forma, a psicologia clínica utiliza dois métodos, o método dos testes, objetivo, com os pressupostos da psicologia experimental e um método mais compreensivo, ou seja, através dos métodos de recolha de dados realçar a análise individual que por sua vez nos leva à interpretação – intuição e compreensão.

O trabalho e objetivo da psicologia clínica é construir a realidade psicológica de um indivíduo ou grupo e não reduzi-lo a meros resultados normativos e comparativos que levam a uma observação mais neutra e experimental. Este trabalho de construção da psicologia clínica é então realizado num espaço e num tempo criados por dois indivíduos que estão implicados subjetivamente numa interação, onde também vai operar a intersubjetividade. Para que se construa a realidade psicológica de alguém, é necessário ter conhecimentos de procedimentos teóricos e metodológicos bem estabelecidos, coerentes e integrativos. Ou seja, é necessário para a avaliação da realidade psicológica de um indivíduo ter como referência constante e articulada, concepções de normalidade e de desvio, mas também ter em consideração os processos de transformação, integração, criação, crescimento e maturação do indivíduo.

O ser humano não pode ser visto como uma constante, mas como um ser em constante aprendizagem que tem liberdade de escolher, modificar, construir e transformar. Segundo Marques (2001), os processos mentais dos indivíduos como

objeto de estudo da psicologia clínica, devem ser considerados enquanto individualidade e singularidade, mas sobretudo enquanto seres que modelam e criam a sua própria história.

A psicologia clínica foi sofrendo várias transformações, essencialmente na passagem da conceção do indivíduo ser analisado como objeto, depois como um conjunto de sintomas e atualmente como um sujeito único com uma história individual e em relação com os outros. Um dos grandes contributos para esta passagem foi o da psicanálise e da fenomenologia, que deu relevo ao papel e à participação do observador (entrevistador) e do observado, ou seja, a importância da relação e do contexto ou situação em que ambos se inserem vai condicionar o processo de construção do conhecimento da realidade psíquica do indivíduo (Marques, 2001).

Desta forma, a Psicologia Clínica deve ser considerada, por um lado, como uma atividade prática e, por outro, como um conjunto de teorias e métodos; ou o ponto de vista sistematizado de Pedinielli (1999), segundo o qual a Psicologia Clínica é “a subdisciplina da psicologia que tem como objeto o estudo, a avaliação, o diagnóstico, a ajuda e o tratamento do sofrimento psíquico, seja qual for a sua origem (...) [baseando-se] em métodos clínicos, entre os quais o estudo de caso, a observação dos comportamentos e a análise dos discursos, sem recorrer à experimentação (...) O termo Psicologia Clínica designa pois, simultaneamente, um tipo de prática e um conjunto de conhecimentos validados resultantes dessa prática; uma parte destes conhecimentos, estabelecidos graças ao método clínico, não diz respeito apenas ao domínio do sofrimento ou das dificuldades, mas tem a ver com a psicologia geral” (p.21).

O saber da Psicologia Clínica assenta na evolução da reflexão teórica que, ao longo do tempo, tem em consideração as modificações sociais e culturais. Tal reflexão teórica

surge a partir de diferentes quadros de referência (psicanalítico, cognitivo-comportamental, sistémico e existencial-humanista, entre outros).

1.3. O objetivo da Psicologia Clínica

Leal (2008), afirma que o objeto de estudo da psicologia clínica é definido pelo paradigma teórico que o terapeuta tem por base de conhecimento e formação. Desta forma, os objetos de estudo, assim como a escolha das técnicas e objetos de intervenção terapêutica vão ser diferentes consoante a linha teórica utilizada.

A perspectiva fenomenológico-existencial (humanista) tem por objeto de intervenção o indivíduo como um todo, isto é, centra-se no indivíduo e na sua individualidade.

Nesta aceção, para exercer a prática clínica, o terapeuta deve ser fiel à sua orientação/formação teórica, conduzindo o plano terapêutico de acordo com esta. Contudo, isto não implica que o terapeuta esteja preso a uma única teoria, pode ter formação noutros modelos teóricos, para poder avaliar perante um determinado sujeito, qual o melhor quadro teórico que se adequa à sua forma de estar, personalidade ou sintoma, devendo desta forma reencaminhar a pessoa para outros técnicos, se necessário. A formação noutros modelos (tendo um modelo de base) pode facilitar algumas situações para se puder exercer um modelo teórico mais integrativo.

Diniz (2008) define o objetivo da psicologia clínica como recolha de dados que levem à elaboração de um diagnóstico e de um prognóstico, de uma orientação clínica e de apoio psicológico, tanto ao nível da cooperação multidisciplinar nos serviços de saúde, como da profilaxia e prevenção da doença, como do tratamento e controlo de um caso clínico, como programas de intervenção, prevenção, recuperação, reabilitação ou reintegração social. Ou seja, o objetivo último da psicologia clínica é trabalhar pelo bem-estar geral do ser humano, tanto físico como psíquico. Para a mesma autora, o

objeto de estudo da psicologia clínica continua a ser o estudo dos processos psíquicos, mas também a pesquisa de deficiências, perturbações de personalidade e comportamento de acordo com a etologia e evolução do ser humano e com a própria personalidade do sujeito em questão e a sua vivência relacional.

2. Fundamentação Teórica do Estágio

2.1 Definição e tipos de maus tratos na infância

O termo violência/ maus tratos infantis engloba os conceitos de abuso e negligência. Faura (2009) define-a como “Toda a ação, omissão ou tratamento negligente, não acidental, que priva a criança dos seus direitos e bem-estar, que ameaça ou interfere no seu desenvolvimento físico, psíquico ou social e cujos autores são pessoas do âmbito familiar” (Faura, p. 122).

2.2. Tipos de Violência Infantil

2.2.1. Violência infantil: abusos

Os abusos às crianças constituem uma forma de violência consciente ou inconsciente, podendo ser de cariz físico, psicológico ou sexual (Klosinski, 1993). O abuso físico é definido como qualquer lesão física não acidental infligida a uma criança por um dos pais ou cuidador (cit. Kaufman, M. 1983). O abuso sexual não tem uma definição única e simplificada, não existindo consensualidade em relação ao tipo de ato praticado, à idade máxima da criança e à diferença de idade entre a vítima e o agressor (Finkelhor, 1990). Para Arruabarrena & Paul (1994), o abuso sexual constitui qualquer contacto sexual com uma criança por parte de um adulto que exerça uma posição de poder ou autoridade sobre ela. O abuso psicológico abrange todos os aspetos afetivos e cognitivos de mau trato à criança, e inclui várias formas que são definidas por vários autores de forma diferente mas globalmente consensual. Segundo Burnett (1993), os abusos psicológicos incluem: isolamento forçado, humilhação em público, a síndrome

Cinderella (diferenças notáveis no tratamento entre crianças que vivem na mesma família), abuso verbal grave (rejeição explícita), encorajamento explícito à delinquência, ameaça com a morte ou lesão física, negação de terapia psicológica prescrita, exclusão do crescimento emocional e social e não proporcionar um ambiente de amor e suporte à criança.

2.2.2. Violência infantil: negligência

Os lapsos na supervisão parental designam-se genericamente por atos de negligência (Feldman, 1993). Contudo, existem muitas definições deste conceito. As definições mais abrangentes incluem qualquer situação que permita que a criança experiencie sofrimento evitável ou que falhe em proporcionar os cuidados essenciais para o adequado desenvolvimento físico, intelectual e emocional (Polanski, 1975). Em Portugal, um estudo demonstrou que a negligência é a forma mais prevalente de mau trato infantil (Amaro, 2006).

Depanfilis (2006), subdivide a negligência em seis tipos (formas distintas).

Quadro 1 – Tipos de Negligência Infantil (Depanfilis, 2006)

Tipo	Nível
Negligência física	<ul style="list-style-type: none"> - Abandono; - Rejeição; - Desresponsabilização na custódia da criança; - Carência nutricional; - Défice no vestuário; - Outras negligências físicas (higiene, segurança e bem estar em geral).

<p>Negligência médica</p>	<ul style="list-style-type: none">- Negação de cuidados de saúde de rotina;- Falta de satisfação de necessidades médicas específicas em caso de doença crónica;- Ausência de cuidados de prevenção de saúde ou risco para a saúde;- Rejeição dos cuidados no tratamento delineados pelo médico (inclui comportamentos religiosos dos pais na rejeição do tratamento);- Comportamentos tardios de tratamento médico (saúde oral por exemplo).
<p>Supervisão inadequada</p>	<ul style="list-style-type: none">- Falha na supervisão da criança (tendo em conta a idade, maturidade, situação/contexto e duração);- Exposição a situações de risco (objetos perigosos, fumar perto de uma criança, falta de condições de higiene, deixar a criança esquecida ao cuidado de outros);- Cuidadores irresponsáveis (deixar a criança ao cuidado de alguém sem capacidades para assegurar o seu bem

	estar e segurança).
Negligência ambiental/contexto	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de segurança do contexto habitacional; - Más condições habitacionais; - Funcionamento individual e familiar deficitário (exposição da criança a situações de risco no bairro onde habita que afetem o seu desenvolvimento); - Deixar a criança brincar na rua onde não existe segurança nem vigilância.
Negligência emocional	<ul style="list-style-type: none"> - Nutrição inadequada; - Ausência de afeto; - Exposição a situações de violência; - Encorajamento ou permissão para uso de drogas ou álcool; - Permissão para comportamentos desviantes; - Isolamento (Negação do contato da criança com o seu grupo de pares ou adultos dentro e fora de casa).

Negligência educacional	<ul style="list-style-type: none"> - Permissão de situações de absentismo escolar; - Falha no envolvimento da criança com a escola; -Desatenção face às necessidades escolares (acompanhamento, auxílio e supervisão).
--------------------------------	---

Barudy (1997), definiu uma forma de negligência onde apesar de existirem cuidados físicos adequados, não existe uma vinculação afetiva da criança aos pais. As principais fontes deste tipo de negligência são a depressão ou outras patologias psiquiátricas, a toxicod dependência e traumas psicológicos maternos (negligência na infância, separação paterna, gravidez indesejada ou precoce, etc.). O mesmo autor, baseando-se no modelo ecossistêmico, identificou um tipo de negligência contextual no qual atribui responsabilidade ao contexto social das famílias. Assim, considera existirem fatores sociais influenciadores da negligência no seio das famílias, tais como a insegurança e a pobreza.

2.3. Teorias sobre a origem dos maus tratos

Ao longo dos anos têm surgido várias teorias que se propõem a explicar os maus tratos infantis. A maioria dos investigadores aponta para a necessidade de não se poder adotar uma visão de causa única. Os modelos sociais internacionais enfatizam a importância de enquadrar os maus tratos infantis no contexto da família e comunidade, em vez de enfatizar apenas características ou fatores de stress individuais (Corby, 2000).

Segundo Kempe (1962), a base psicopatológica dos pais estaria na gênese dos maus tratos infantis. No entanto, na atualidade existe a noção de que este constitui apenas um facto de risco, podendo existir outros fatores preponderantes (Figueiredo, 1998).

Os modelos ecológicos explicam os maus tratos pela interação entre as características da criança, dos pais e do meio envolvente. Segundo Bronfenbrenner (1996), o abuso infantil ocorre quando há falência dos meios de suporte familiar. Garbarino (1992), segundo o mesmo modelo, demonstrou a importância de variáveis socioeconômicas e demográficas na prevalência dos maus tratos infantis em diferentes sociedades.

2.4. Consequências dos maus tratos

O impacto negativo dos maus tratos infantis exerce-se a vários níveis, conforme proposto por Perry, Colwell, & Schick (2002). Estes autores identificam como consequências um desenvolvimento psicológico e emocional desajustado, uma dificuldade em formar ou fortalecer ligações afetivas e propensão a comportamentos de agressão e indisciplina aumentando o risco a futuros comportamentos delinquentes. Não menos importante, destacam também as consequências ao nível da saúde e desenvolvimento físico, motor, cognitivo e intelectual.

Na atualidade, os maus tratos infantis constituem um grave problema na sociedade. Stavrianos (2009), enfatiza as consequências ao nível da saúde mental, delinquência, comportamentos aditivos e comportamentos sexuais de risco na idade adulta.

A violência infantil na família pode manifestar-se de diversas formas, sendo por vezes de difícil identificação, como são os casos da violência psicológica e a negligência emocional. No entanto, independentemente da forma do mau trato, são reconhecidas as suas consequências negativas no desenvolvimento da criança a todos os níveis.

2.5. Papel da família no desenvolvimento infantil

A família é o espaço psicossocial onde se desenrolam as primeiras relações da criança a serem estabelecidas com o mundo. É uma matriz de identidade pessoal e

social onde irá ser desenvolvido o sentimento de independência e autonomia (Macedo, 1994).

Segundo Macedo (1994), são várias as formas de organização da família e dependendo do contexto social e cultural, são diversas as suas atribuições. Durante as últimas décadas a estrutura familiar tem sofrido profundas alterações. “A crescente independência económica da mulher, a par do movimento para a igualdade dos direitos, tendem a modificar o equilíbrio das relações no seio da família nuclear, apontando para uma maior autonomia individual” (Cabral, 1994, p. 27). A baixa natalidade associada à igualdade de direitos entre homem e mulher traduziu-se num maior número de famílias nucleares e monoparentais. A interação mãe-criança é hoje encarada de outra forma, assumindo por vezes a interação pai-criança o papel preponderante (Malho, 2006).

Para além disso, o tempo de trabalho parental introduziu uma problemática na gestão do tempo da criança que fica durante longos períodos em atividades extrafamiliares (Neto, 1997).

O desenvolvimento físico e psicossocial da criança depende não apenas do seu património genético mas do meio que a envolve – a família. Para Malho (2006), uma família disfuncional está associada a sentimentos negativos na criança, tais como a angústia, a hostilidade e a violência. A família pode, portanto, ser simultaneamente um espaço de felicidade mas também de tensão.

Vários autores consideram a família o pilar da sociedade, na medida em que ao contribuir para o desenvolvimento harmonioso da criança, irá fazer com que esta seja um adulto com um património psicossocial equilibrado e capaz de constituir um núcleo familiar saudável. (Winnicott, 1997)

Existem vários modelos que visam explicar a dinâmica familiar em função de determinadas variáveis, sendo os modelos bioecológico e a abordagem sistêmica os mais utilizados na atualidade.

O modelo bioecológico proposto por Bronfenbrenner (1996), defende que o desenvolvimento se processa num conjunto de sistemas interdependentes, vistos “topologicamente como uma organização de encaixe de estruturas concêntricas, cada uma contida na seguinte” (p. 18). Essas estruturas são denominadas por micro, meso, exo e macrosistema. Nessa concepção de ambiente ecológico, em relação ao desenvolvimento infantil, pode-se considerar: o microsistema como a própria criança; o mesossistema como o contexto familiar (incluindo-se nele também a escola, a creche, os amigos); o exossistema como o local de trabalho dos pais, a rede social dos mesmos; e o macrosistema como os valores culturais ou subculturais e crenças que influenciam e englobam todos os outros sistemas (Gil, 1996).

O desenvolvimento da criança é afetado pela ação recíproca entre os ambientes mais importantes nos quais a criança se enquadra, o ambiente externo à criança no qual os pais circulam e as condicionantes gerais do meio que engloba todos os outros meios. Assim, segundo este modelo, medidas aplicadas unicamente ao contexto familiar podem ser fúteis se os restantes sistemas tiverem uma influência desfavorável (Szymanski, 2004).

Minuchin (1974), defende o modelo sistêmico baseado em duas premissas centrais. Em primeiro lugar, os sistemas familiares organizam-se a si próprios de forma a cumprir as tarefas e desafios do dia-a-dia, ajustando-se às necessidades do desenvolvimento dos seus membros (o conceito de *Homeostase*). Em segundo lugar, são estruturas dinâmicas que têm padrões de regras e de estratégias que orientam a forma como interagem.

Turnbull & Turnbull (2001), também propuseram um modelo sistêmico, segundo o qual a família é uma unidade constituída por vários elementos que estabelecem diferentes níveis de interação entre si – os subsistemas (pai-mãe, pais-filhos, irmãos-irmãos, filhos-avós, etc.). A qualidade das interações familiares depende da coesão dos membros de cada subsistema e da adaptabilidade da família perante situações de stress. Este modelo também enfatiza o papel do meio cultural na modulação das interações do sistema familiar.

2.6. A importância do afeto na infância e na adolescência

Enquadrando a temática da salvaguarda dos direitos das crianças no contexto familiar na literatura atual, consideramos importante neste ponto desenvolver alguns conceitos como a infância e adolescência e a importância dos afetos para o seu desenvolvimento.

Segundo Goulart (2005), Quinteiro (1989, 2002, 2005), Pinto, (1997) e Sarmiento (1997, 2004, citado por Castro s.d.), a infância é a fase da vida onde reina a fantasia e a liberdade, nesta fase a criança vai ser preparada para o futuro.

A afetividade é a raiz de todo o relacionamento humano e é a primeira forma de envolvimento que temos. (Enderle, 1990)

Assim, nos primeiros anos de vida a relação mãe/filho é muito importante para o seu desenvolvimento. O desenvolvimento futuro da criança depende da qualidade do crescimento dessa relação que naturalmente se irá refletir ao nível da sua personalidade, da autoestima, da confiança em si próprio e do relacionamento interpessoal. (Monteiro & Santos, 1999)

O termo adolescência que significa “crescer”, impulsiona um período de mudança do indivíduo, a passagem do estado infantil para o adulto. Nesta fase existem mudanças significativas sobretudo biológicas, como por exemplo: um crescimento físico

repentino, a alteração das dimensões corporais e a conquista da maturidade sexual. Com a chegada desta maturidade biológica, dão-se mudanças importantes sociais e económicas e naturalmente, a conquista do início de alguma da sua independência em relação à família. (Silva, 2004)

Uma vida emocional equilibrada é um suporte precioso para o desenvolvimento saudável do indivíduo. Para isso, o vínculo construído entre pais, mães e filhos é fundamental (Enderle, 1990). “A afetividade é o fundamento de todo o crescimento, relacionamento e aprendizagem humana”. (Dorin, 1978, p. 61)

A adolescência é a etapa de desenvolvimento de transição entre a infância e a idade adulta. Esta termina quando o indivíduo alcança a sua independência psicossocial. (Coleman, 1982; Lerner & Spanier, 1980 citados por Neuneshwander, 2002)

Existe evidência de que situações de sofrimento da infância podem ter repercussões negativas na adolescência, manifestando-se sob a forma de estados depressivos (Sampaio, 2006). Segundo Silva (2008), os desequilíbrios e vícios dos adolescentes não têm apenas relação com esta fase de vida mas também com questões inerentes à família, escola, política, etc., que algumas vezes são pouco coerentes nos afetos e na forma de educar.

Estudos mostram também que numa sociedade em que as crianças recebem pouco afeto, na idade adulta são indivíduos menos seguros e afetuosos (Biddulph, 2002). “Os problemas emocionais normalmente têm raízes no início da vida e os hábitos de comportamento adquiridos naquela época são extremamente difíceis de serem modificados na vida adulta”. (Salk, 1995, p.8)

Em conclusão, a falta de afeto na infância irá comprometer o desenvolvimento da adolescência e a relação de comunicação e de confiança inter-parental, que se irá repercutir mais tarde na fase adulta. Existe, portanto, uma continuidade entre as

vivências da criança na idade adulta, pelo que é fundamental assegurar o desenvolvimento harmonioso dos afetos na infância.

2.7. Os direitos da criança

Em meados do século XIX surgiu o primeiro estudo sobre a problemática da criança maltratada (Tardieu, 1860), mas foi só no século XX que esta foi mais amplamente abordada. Kempe publicou em 1962, o artigo ainda atual “O síndrome da criança batida”, no qual descreve os fatores de risco, a fisiopatologia, as manifestações mais frequentes, bem como as medidas de prevenção.

Esta preocupação com o abuso infantil esteve na base do reconhecimento de que as crianças também são vítimas com direitos e que devem ter acesso a estratégias e possibilidades de libertação de contextos e pessoas que as vitimizam.

No início do século XX, a adoção da Declaração de Genebra pela ONU (1ª Declaração dos Direitos da Criança), foi um importante passo no reconhecimento de que as crianças são sujeitos com direitos. Para além disso, esta mesma instituição reconheceu posteriormente na Declaração Universal dos Direitos Humanos que a criança tem direito a cuidados e assistência especiais. A criança, por motivo da sua falta de maturidade física e intelectual, é mais vulnerável a situações de maus tratos, violência e negligência física ou psicológica. (United Nations Human Rights – Office of the high commissioner, 2008)

O conceito de Direito Infantil atual reconhece que o desenvolvimento adequado da criança só é possível no seio da família e, portanto, devem-lhe ser fornecidas a proteção e assistência necessária para desenvolver o seu papel na comunidade. Contudo, isto não significa que a criança seja privada da sua identidade própria, tendo o direito à liberdade de consciência, pensamento e religião. (United Nations Human Rights – Office of the high commissioner, 2008)

Vários governos e organizações governamentais adotaram estratégias de proteção das crianças contra a violência. O Conselho Europeu recomendou aos seus estados membros em 2009 várias medidas que visam criar uma cultura de respeito à criança, por exemplo através da adoção de legislação específica com carácter sancionatório e da criação de instituições de apoio social a crianças e famílias em risco. (Special Representative of the Secretary-General on Violence against Children, 2009)

Em Portugal, a Comissão Nacional de Proteção de Crianças e Jovens em Risco e as Associações de apoio na comunidade que trabalham no mesmo âmbito, têm como objetivo último a proteção dos direitos da criança. As medidas adotadas têm um carácter participativo, tentando acautelar a perspectiva das crianças nas decisões que as afetam. (Sottomayor, 2003)

Em suma, a criança pela sua fragilidade, necessita de apoio e proteção dos adultos para o seu crescimento e desenvolvimento harmonioso, no entanto, deve ser sempre respeitada a sua autonomia e autodeterminação, não devendo ser educada como submissa ao adulto. As crianças e os adolescentes são pessoas de direitos e nas decisões a tomar sobre a sua vida deve ter-se em conta as suas próprias perspectiva.

3. A Abordagem da Relação Terapêutica Seguida na Intervenção

3.1. Terapia Centrada na Pessoa

De entre os quadros teóricos existentes, escolhemos a Terapia Centrada na Pessoa para aprofundar, visto ter sido a abordagem terapêutica que aplicámos durante a intervenção no Serviço de Psicologia Clínica da “Associação de Ajuda Psicossocial” e também por ser o quadro teórico com o qual nos identificamos.

Esta abordagem foi desenvolvida por Carl Rogers, no início do século XX e tem uma matriz fenomenológica e existencial. (Rogers, 1975)

A Terapia Centrada no Cliente tem a sua abordagem muito relacionada com as atitudes e forma de estar do indivíduo, torna-se vital a assimilação dessa mesma forma de estar, e o compreender das atitudes por este tomadas, desenvolvendo um processo de reestruturação própria. (Santos, 2004)

A Terapia Centrada no Cliente, reveste uma aparente simplicidade de abordagem, no sentido em que, tal como exemplifica Brissos Lino, a natureza da abordagem centrada no cliente, é como se num grupo de indivíduos autónomos, onde todos conferenciam relativamente a marcas de automóveis, alguém (que figura o terapeuta, para o exemplo), trouxesse inesperadamente para a conversa um modelo de barco de recreio, como que dissecando sobre a mesma ordem de substâncias, mas para o efeito, de matérias completamente diferentes. (Paulino e Brites, 2001)

Estamos, no nosso entender, a tratar de duas situações dissemelhantes, embora conexas na mesma terapia. É inegavelmente simples a forma como a abordagem surge, no exemplo que muito oportunamente nos oferece, contudo, a 'simplicidade aparente', dissipa-se quando por sua vez estamos em sede da mente humana, onde até mesmo uma criança, que se demonstra simples no que respeita às suas atitudes e pedagogia, reveste uma tremenda complexidade no que se refere com a sua mente. Assim consideramos, analogicamente aplicável, a (aparente) simplicidade da Terapia Centrada na Pessoa. (Paulino e Brites, 2001)

A relação terapêutica, na Terapia Centrada na Pessoa, tende a ser uma intervenção "não diretiva", empregando técnicas de reformulação e esclarecimento dos sentimentos, baseadas num comportamento de maior empatia dos sentimentos do cliente por parte do terapeuta. (Hipólito, 1999)

Rogers afirmou que "o alvo da nova terapia não é resolver um problema particular, mas ajudar o indivíduo a crescer, de maneira que ele possa fazer face ao problema atual

e aos problemas que mais tarde apareçam de uma maneira mais bem integrada. Ela baseia-se muito mais na tendência individual para o crescimento, saúde e adaptação” (Hipólito, 1999).

O alicerce da abordagem, incide na importância empregue nas técnicas utilizadas, para progressivamente, destacar as atitudes, ou seja, a forma de reformular as atitudes de compreensão empática [entenda-se aceitação dos sentimentos do cliente pelo terapeuta], de uma postura de constante harmonia, de segurança nas capacidades do cliente para que este seja capaz de atualizar as suas potencialidades, assim como reorganizar-se. Não esquecendo porém, que o caminho se traça, no sentido da necessária valoração das potencialidades da relação terapêutica. (Paulino e Brites, 2001)

3.2. Processo terapêutico segundo a Abordagem Centrada na Pessoa

O Processo Terapêutico segundo a Abordagem Centrada na Pessoa é explicado por Carl Rogers (1951/2004), a redução de disparidade entre o self real e o self ideal, e igualmente entre experiência e self, pode ser conseguida através de um trabalho de reestruturação interna, inserido num setting de terapia. Esse processo de dilatação e flexibilização do self só é então possível ao serem dadas, à pessoa em crise, as condições necessárias à simplificação do seu mecanismo natural de auto-regulação e crescimento, ou seja, a Tendência Atualizante. (Mora, 2012)

Deste modo, a Abordagem Centrada na Pessoa é determinada em três pilares fundamentais: a Tendência Atualizante, as Seis Condições Necessárias e Suficientes à sua promoção e a não-diretividade, cabendo ao terapeuta o papel de simplificador do processo autónomo de autorregulação do cliente, auxiliando-o a controlar-se a si mesmo. Segundo Rogers (1951/2004), este auxílio pode ser sintetizado num conjunto de ações: o olhar incondicional positivo, a Congruência e a Compreensão Empática.

Rogers, (1957/2007), explicitou o que entende por mudança psicoterapêutica ou reconstituição da personalidade: maior integração, menor conflito interior e mudança no comportamento no sentido de maior maturidade. (Mora, 2012)

Segundo Rogers, para existir efetivamente uma alteração terapêutica de personalidade, é necessário que estejam reunidos determinados requisitos, necessários e suficientes. Estas variáveis, ao estarem presentes em determinada situação ou situações, correspondem à suscetibilidade de certas modificações de personalidade. São então necessárias para que ocorra o sucesso no processo terapêutico que: duas pessoas estejam em contacto (psicológico); que a primeira pessoa, que designo cliente, se encontre numa estado de ‘incongruência, de vulnerabilidade ou de ansiedade; que o terapeuta, se encontre num estado de congruência, no que se relaciona com a sua relação com o cliente; que o terapeuta experimente sentimentos de consideração positiva incondicional, no que diz respeito ao cliente; que o terapeuta experimente uma compreensão empática do ponto de referência interno do cliente e que o cliente entenda, a presença da consideração positiva incondicional e da compreensão empática que o terapeuta lhe testemunha. (Rogers, 1956)

Os seis requisitos necessários para existir efetivamente uma alteração terapêutica de personalidade, não se esgotam nos supra mencionados seis pontos. Não obstante, é também de extrema importância a Tendência Atualizante, tendo esta um pilar fundamental da Terapia Familiar Centrada no Cliente. (Rogers, 1956)

No suporte da Terapia Centrada no Cliente, está que o terapeuta deverá acreditar na tendência do cliente para o seu desenvolvimento. Desse modo, precisará caminhar então o terapeuta, no sentido que se crie um ambiente interpessoal, com a capacidade de difundir a Tendência Atualizante do cliente. Subjacente a este pressuposto está, que para Rogers o terapeuta deverá oferecer condições necessárias, para que incrementem ao

cliente a capacidade de recuperação e crescimento, incidindo especialmente na condição da confiança. Em suma, é importante reter que a Tendência Atualizante significa “*tout cour*”, que a cada indivíduo devem ser facultadas as condições para que este consiga desenvolver o seu próprio processo terapêutico, sendo este a motivação básica e única, onde o cliente consegue acolher e realizar as suas potencialidades. Isto é, a busca ininterrupta do cliente na procura do seu conforto, como que um ímpeto que incita no organismo para a independência, abdicando da heteronomia ou do controlo por forças exteriores. (Freire, 2006)

A par da psicoterapia da Tendência Atualizante, também a não-diretividade é alicerçada no impulso individual para o desenvolvimento e saúde do cliente, contudo assenta esta em grande parte, na confiança transmitida por parte do terapeuta.

A não-diretividade, dá uma maior importância aos aspetos sentimentais do cliente, do que rigorosamente aos intelectuais, em simultâneo com a elevação do registo temporal presente, e focalizando-se com relevância no indivíduo e menos no problema. (Rogers, 1983)

A não-diretividade assenta num comportamento de confiança por parte do terapeuta, no seio de um contexto terapêutico, procurando salientar a credibilidade do cliente, relativamente às suas capacidades (Kinget, 1977, citado por Laneiro, s.d)

Entende-se nestas palavras, que a atitude não diretiva, tem a sua base na confiança que o terapeuta transmite, não permitindo por sua vez, que essa assunção por parte do cliente, seja obstruída pelas avaliações ou interpretações do terapeuta.

Nas palavras de Nunes, no ambiente terapêutico, a não-diretividade, ou melhor, o comportamento não diretivo por parte do terapeuta, traduz-se pelo respeito e confiança que o terapeuta consegue gerar segundo o olhar do cliente. Essa confiança e credibilidade, é por sua vez construída, oferecendo ao cliente a liberdade suficiente para

que este seja suscetível de tomar decisões, orientando escolhas, de acordo com o seu projeto individual. (Nunes, 2001)

Rogers (2001 citado por Pereira, 2009) declara que a psicoterapia, nas formas por ele sugeridas, provoca nos sujeitos um processo de mudança contínuo, percorrendo da imobilidade para a deslocação; de um estado de solidez para uma realidade processual.

PARTE II – TRABALHO DE ESTÁGIO

1. O Papel do Psicólogo Clínico na “Associação de Ajuda Psicossocial”

O Serviço de Psicologia Clínica da “Associação de Ajuda Psicossocial” é responsável pelo acompanhamento psicológico e ou avaliação psicológica a crianças, pais e a outros elementos da família, sempre que exista um pedido formal/ sinalização por parte das Equipas de Crianças e Jovens (ECJ), do Ministério Público, do Tribunal de Família e Menores e da Equipa de Profissionais da Associação.

A unidade de Psicologia Clínica da “Associação” integra três áreas de intervenção: a reunificação familiar, que nos casos de acolhimento institucional é responsável por trabalhar com as famílias de modo a se assegurar que estão criadas as condições necessárias para que as crianças e ou os jovens regressem ao seu meio natural; o ponto de encontro familiar, que regula, impulsiona e restabelece os vínculos familiares nos casos em que existe interrupção e ou a perturbação de forma grave e que implique a falta de uma convivência saudável em situações como os conflitos parentais e as separações conjugais e por último, a preservação familiar, tem como objetivo, prevenir a saída das crianças e ou dos jovens da sua família. (Cafap, 2013).

Foi na área da preservação familiar, concretamente na salvaguarda e proteção dos direitos das crianças, expostas a negligência familiar que desenvolvemos o nosso trabalho de estágio e que será apresentada ao longo do relatório.

2. Objetivos Gerais do Estágio

O projeto de estágio teve como população alvo as crianças vítimas de negligência familiar e os pais maltratantes, referenciados e acompanhados na consulta de psicologia da Associação, desenvolvendo para isso ao longo do estágio várias atividades.

Quadro 2 – Cronograma de atividades realizadas ao longo do estágio

Atividades realizadas no estágio “Associação de Ajuda Psicossocial”

ACTIVIDADES	TOTAL DE HORAS
Observação dos serviços da Instituição	130 Horas
Leitura de relatórios do Serviço Social; Documentos da Instituição e pesquisa bibliográfica	263 Horas
Visitas domiciliárias – observação/ interação com bebês ou crianças enquanto a Técnica de Serviço Social se reunia com a utente noutra divisão. Após a visita e a pedido da Assistente Social registávamos a informação social no processo.	65 Horas
Ação de formação	9 Horas
Apoio a atividades da Instituição (arrumação e limpeza).	21 Horas
Reuniões de Supervisão da Equipa Técnica	28 Horas
Acompanhamento Psicológico (observação)	4 Horas
Avaliação psicológica (observação)	2 Horas
Acompanhamento Psicológico	11 Horas
Avaliação Psicológica	8 Horas
Total de horas de estágio	541 Horas

Propusemo-nos no início do estágio compreender a dinâmica da instituição de modo a nos integrarmos nas diferentes valências e concretamente na problemática da negligência infantil e características das famílias maltratantes. Pretendemos adquirir conhecimentos sobre a área das crianças em risco, de modo a realizar uma intervenção

organizada; medrar aptidões interpessoais e profissionais para a integração numa equipa multidisciplinar; desenvolver competências inerentes à prática profissional na área da Psicologia Clínica e por fim por em prática os conhecimentos apreendidos durante a Licenciatura de Psicologia e do mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento.

3. Objetivos Específicos do Estágio

Prestar apoio psicológico a um utente selecionado de entre os vários casos com necessidade de acompanhamento e realizar uma avaliação psicológica a fim de diagnosticar e compreender os sintomas e/ou as queixas do utente, considerando os diferentes ambientes onde este se move, a sua dinâmica familiar e relacional e as características de seu desenvolvimento emocional e cognitivo.

4. Atividades Desenvolvidas durante o Estágio na “Associação de Ajuda Psicossocial”

Iniciamos o estágio a 06 de Janeiro de 2015, tendo obrigatoriamente de cumprir com um total de 500 horas de estágio, tal como determinado no regulamento de estágios (via profissionalizante), da Universidade Autónoma de Lisboa (UAL). As horas de estágio foram divididas em 6 meses, de Janeiro ao início de Julho de 2015, num total de 541 horas efetivas de estágio. No dia 05 de Janeiro, numa reunião marcada na instituição de estágio, foi acordado entre as partes que o estágio ia decorrer todas as terças e quintas-feiras das 10:00 às 18:00 horas e todas as quartas e sextas-feiras das 10:00 às 13:00 horas. Às segundas-feiras não foi possível efetuar estágio porque já fazíamos voluntariado numa outra instituição e às quartas e sextas-feiras à tarde porque frequentávamos o Seminário de Estágio I e II ministrado na UAL pela, Professora Doutora Odete Nunes e pela Professora Doutora Mónica Pires.

Para conhecermos a instituição, as actividades desenvolvidas e as problemáticas/temáticas inerentes a cada intervenção o nosso período de integração/ observação decorreu nos meses de Janeiro e Fevereiro. No entanto, e por decisão da orientadora,

apesar do período de observação se ter alargado até ao fim do estágio, no dia 14 de Janeiro foi-nos comunicado que íamos começar a assistir às sessões de avaliação Psicológica com menino José (nome fictício), a partir do dia 27 do mesmo mês, com o objectivo de continuarmos a Avaliação Psicológica com a sua orientação/ supervisão. Assim, começámos a assistir às sessões da avaliação psicológica já na terceira sessão, depois da psicóloga já ter iniciado a avaliação. Como já referimos anteriormente e por questões institucionais o período de observação prolongou-se durante todo o período de estágio, sem qualquer planeamento e organização. Após termos solicitado por diversas vezes um espaço para retirar dúvidas e a importância da organização das actividades do estágio, nunca foi acolhido. Foram várias as sugestões de intervenção que demos ao longo de estágio e não tivemos qualquer resposta. A maior parte do tempo foi passado a ler documentos sobre a problemática de estágio e quando pedíamos para fazer pesquisas usando o computador não nos era permitido. Só nos foi dada autonomia, no final do estágio, quando iniciámos as sessões de acompanhamento psicológico com a senhora Luísa (nome fictício), a 28 de Maio 2015 e quando mudamos de orientadora.

Desde o dia 23 de Janeiro começámos a fazer visitas domiciliárias, acompanhando as técnicas de Serviço Social da instituição, quando a psicóloga/ orientadora do estágio ficava em consultas no gabinete de psicologia. As visitas domiciliárias decorreram até ao final do estágio e foram participadas por nós apenas na interação com os/as filhos/as das utentes a pedido das Assistentes Sociais, argumentando que as senhoras não se sentiam à vontade em falarem da sua vida pessoal na presença de um homem.

No dia 09 de Janeiro participámos nas jornadas da instituição, onde cada equipa técnica apresentou os projetos em que estavam inseridas. Estas jornadas, foram benéficas na medida em que nos ajudaram na integração das problemáticas/temáticas da instituição.

Durante todo o período em que decorreu o nosso estágio, participamos em reuniões de supervisão de casos sociais que se realizaram todas as quartas-feiras com a técnica gestora dos casos. Nestas reuniões eram apresentados pela equipa técnica, sobretudo os processos de casos sociais e de seguida eram discutidas a melhor forma de intervenção. Cada Assistente Social exponha as suas dúvidas e dificuldades, apresentavam o seu ponto de vista e eram orientadas no sentido de uma intervenção social mais adequada. Este momento foi uma ocasião de grande aprendizagem ao longo do estágio e muito enriquecedor contribuindo assim para o aumento do conhecimento enquanto futuro psicólogo. A discussão dos casos sociais, a delineação da intervenção a seguir fez-nos pensar os casos apresentados na vertente da psicologia clínica, visto que o trabalho desenvolvido pela psicóloga (acompanhamentos e avaliações psicológicas), raramente era apresentado/discutido em supervisão. Estas reuniões de supervisão serviram ainda para considerar outras perspetivas do paciente e analisar os processos contratransferências.

Segundo Leal (2008), a supervisão é um trabalho constante, nunca acabado e paralelo aos casos que seguem, esta consiste especialmente na discussão de casos, projetos terapêuticos, estratégias de intervenção e também na análise dos processos contratransferências.

Durante o tempo em que decorreu o nosso estágio e sempre que estávamos na instituição, tivemos disponíveis para ajudar em várias áreas/ tarefas. Preparámos os cabazes do banco alimentar para as famílias beneficiárias, ajudamos o administrativo na arrumação dos produtos alimentares e limpámos e organizamos o espaço sempre que necessário, etc..

5. Trabalho Prático de Estágio - Apresentação e Discussão dos Casos Clínicos

5.1. Caso de Avaliação Psicológica

A pertinência da Avaliação Psicológica, ao José (nome fictício), tem por objetivo obter informações precisas por meio de provas de desempenho intelectual e de funcionamento da personalidade que permitam uma melhor compreensão do funcionamento psicológico global do paciente. Este percurso conduzir-nos-á a uma interpretação mais clara e consciente da problemática subjacente, tendo sempre em conta os movimentos do utente na relação terapêutica.

Historia Clinica - Identificação prévia do paciente

O José é uma criança que se apresentou sempre investida, bem disposta e afável, embora no primeiro contacto tenha manifestado alguma timidez. Apesar de ser uma criança envergonhada e com alguma irrequietude, facilmente se tornou sociável, estabelecendo-se desta forma uma eficaz relação terapêutica.

Identificação do Paciente

O José nasceu a 19/11/2004, tem 10 anos de idade e vive com a mãe (na casa de uma amiga), no Concelho de Sintra e frequenta atualmente o 5.º ano de escolaridade numa das escolas do concelho. A mãe está desempregada, com dificuldades psicossociais e o pai está detido a cumprir pena de prisão.

Motivo do pedido da Avaliação Psicológica

Apesar da mãe da criança ter um processo a decorrer na Comissão de Proteção de Crianças e Jovens, por ser uma família socialmente carenciada/ pobre e por isto poder vir a ser negligente com o filho, o pedido da *Avaliação Psicológica* não foi feito pela CPCJ (o que normalmente é procedimento), mas pela mãe do José. A mãe referiu que o menino apresentava problemas de comportamento com os colegas, dificuldades de

aprendizagem e concentração na escola e não se sentia capaz de o ajudar, nem percebia os motivos do seu comportamento.

Segundo a mãe, “O José está na pior turma da escola e frequentemente está no meio da confusão. Na escola é “uma cabeça no ar” e é desinteressado em tudo. No final do período recuperou as duas negativas que tinha tido, em Ciências e a Português, mas teve negativa a Matemática, Inglês, História e Geografia de Portugal e Educação Tecnológica. O José manifestou comportamentos agressivos numa das saídas precárias do pai que se encontra detido no estabelecimento prisional da sua área de residência e é agressivo com os colegas na escola. O José já frequentou algumas consultas de Psicologia no centro de saúde, na sequência de ter deixado de ver o pai durante um determinado período de tempo e eu senti que ele na altura não estava bem, tal como não está bem neste momento e eu não o consigo ajudar.”

Discrição da história clínica

O José é um menino de 10 anos que vive com a mãe no concelho de Sintra, frequentando atualmente o 5.º ano de escolaridade. Dos dados recolhidos em entrevista com a mãe do José, verifica-se que o menino nasceu de quarenta e uma semanas de gestação, de parto distócico com forceps e ventosa.

A mãe refere que o desenvolvimento psicomotor do filho decorreu dentro da normalidade. Durante o seu desenvolvimento há a destacar, aos 7 meses, um episódio de internamento, tendo sofrido uma meningite e uma sépsis com um período de coma durante 72 horas.

A mãe refere que este episódio a marcou de forma significativa, por achar que na altura o José ia morrer e porque tinha sido um filho muito desejado e fruto de um grande amor. Posteriormente teve uma convulsão ficando internado durante um mês. Refere

ainda que antes do episódio de internamento o menino era um bebé ativo, calmo e que nem chorava muito, dormia e comia de forma normal.

O José tem dois irmãos, o *A* e a *M*. O *A* vive com o pai e a *M* vive com os avós paternos, são filhos do segundo casamento da Luísa., pois neste momento a Luísa diz não possuir condições socioeconómicas para ter a seu cargo os outros filhos.

O pai do José está detido, a cumprir pena de prisão por tráfico de droga.

Comportamento e exame psicológico

No que diz respeito ao estado físico geral, a criança apresentou-se sempre de forma cuidada e investida. Desde o início das sessões de avaliação, demonstrou alguma ansiedade e nervosismo, abanando constantemente as pernas e os braços e esfregando a cara e os olhos. Quanto ao discurso verbal, era adequado, não apresentando dificuldades a esse nível.

No que concerne a consciência, não se conferiu nenhuma dificuldade na orientação temporal, assim como na espacial. Observou-se no entanto uma necessidade apelante de chamar a atenção e de aprovação, aliado a um sentimento de carência e falta de afeto. Revelou alguma ansiedade o que o poderá comprometer a nível da capacidade de atenção e concentração na aplicação dos testes psicológicos. Relativamente aos conteúdos de linguagem, perceção e pensamento, verificou-se sempre um discurso fluente e organizado.

Em suma, e na continuidade das sessões de avaliação, demonstrou sempre ser uma criança afetuosa e de fácil relacionamento. Foi fácil estabelecer uma relação com o José que, desde o início da avaliação, aceitou com facilidade as tarefas propostas, apesar de por diversas vezes se mostrar pouco interessado e pouco motivado. Ao longo das sessões foi notório que perante situações de maior tensão e ansiedade, ou nas tarefas percecionadas como mais difíceis, a criança bloqueava perante a tarefa que estava a

executar e ficava tenso, permanecendo muito irrequieto, gesticulando com os braços e com as pernas e por vezes chegava mesmo a deitar a cabeça em cima dos braços, esfregando a cara e os olhos porque possivelmente sentia dificuldades em lidar com a situação e precisava de alguma motivação perante a sua dificuldade. Porém, esta dificuldade era ultrapassada com o desbloqueio por parte do estagiário de psicologia, incentivando-o e elogiando a sua participação.

Instrumentos de avaliação utilizados e análise dos resultados

O processo de Avaliação do José decorreu durante várias sessões, durante um período compreendido de três meses, isto porque a criança não compareceu a todas as sessões marcadas e houve por isso a necessidade de várias remarcações (14-01-2015; 26-01-2015; 27-01-2015; 02-02-2015; 18-02-2015; 04-03-2015; 11-03-2015; 31-03-2015; 09-04-2015). (Anexo A – Relatório de Avaliação Psicológica). De salientar que apenas apresentamos em anexo o relatório de avaliação psicológica e a folha de respostas da prova Matrizes Progressivas de Raven. Os resultados dos outros instrumentos de avaliação não nos foram cedidos pela “Associação”.

A Psicóloga responsável pela orientação do nosso estágio decidiu que a avaliação psicológica ao José englobaria a aplicação de provas formais e informais das quais: Entrevista Psicológica; Desenho livre; Desenho da figura humana de *Machover*; Desenho da família de *Croman*; Questionário CDI (Children`s Depression Inventory de Kovacs & Beck); Figura Complexa de Rey de André Rey; Matrizes Progressivas Coloridas de Raven e o Teste CAT (Children Appreception Test).

Depois da Psicóloga já se ter reunido com a mãe da criança para a recolha da anamnese e de ter sido iniciada a avaliação psicológica com a criança, sem a nossa presença, a Psicóloga para melhor compreender o mundo interno da criança decidiu aplicar o desenho livre, como sendo um teste projetivo cujo objetivo é conceder

liberdade ao sujeito para a expressão das emoções subscientes e inconscientes.

Ainda na mesma sessão, foi pedido à criança que desenhasse uma família imaginária (desenho da família) e que identificasse as figuras desenhadas e por fim que desenhasse a figura humana (Corman, s.d, citado por Boekholt, 2000). Relativamente ao material projectivo dos desenhos, de forma geral mostram que o menino revela algum desinvestimento na sua imagem, havendo nitidamente um maior investimento nos outros. No entanto, o José consegue representar graficamente a sua família mas não se consegue inserir na representação simbólica da família, vivência esta que é vivida com alguma desorganização. O desenho livre é muito investido pelo menino, sendo organizado ao nível das cores e dos traços.

Na terceira sessão e já com a minha integração no processo de avaliação ao José a orientadora pediu-nos para continuarmos a avaliação pela Figura Complexa de Rey. No que concerne aos testes cognitivos e iniciando a avaliação pela Figura Complexa de Rey, que avalia a capacidade perceptiva e a memória visual, verificou-se que a criança não manifesta dificuldades no processo de cópia, pois é precisa e rica executando a tarefa em 15 minutos. Considera-se que o José é uma criança aplicada e precisa, que estrutura racionalmente os dados viso-espaciais. No processo de cópia obteve uma pontuação direta de 31 valores e um percentil de 55%.

Quanto ao processo da reprodução de memória, apesar do processo de cópia ter sido normal a reprodução não foi nitidamente inferior, o que quer dizer que mesmo existindo algum problema na percepção e organização dos dados, não existe pobreza considerável na reprodução manifesta nem nas alterações da memória visual. O processo de reprodução de memória demorou 10 minutos e obteve uma pontuação de 27 valores e um percentil de 100%.

Tanto no processo de cópia, como no processo de memória, o José é considerado um menino racional pois começou o desenho e a cópia pela construção da figura sobre armação – “*Tipo I: Desenho que começa pelo retângulo central que serve de estrutura a todo o desenho*”.

Quanto à avaliação não-verbal das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (CPM), prova isenta de influências culturais ou linguísticas que avalia a capacidade intelectual geral principal e a capacidade dedutiva, os resultados obtidos apontam para competências intelectuais superiores com um percentil de 95 (P95), esperadas para a sua idade ao nível do pensamento lógico-abstrato e capacidade de integrar as partes no todo. Salientamos que o José aderiu muito bem a esta prova realizando-a com motivação e interesse. (Anexo B – Folha de respostas das Matrizes Progressivas de Raven)

Relativamente à prova diagnóstica CAT – Children Appreception Test, observou-se que o menino José foi organizado em termos de conteúdo, forma e discurso. O menino não teve dificuldade em tratar as imagens do CAT, relacionando as figuras com a relação de cuidado e carrinho entre mãe e filho. Contou as histórias de forma muito criativa relacionando-a com as suas vivências do dia-a-dia, evidenciando o amor e a admiração que tem pela mãe, nunca falando da figura paterna. Verificou-se ao longo das histórias contadas pelo menino, que é uma criança cuidadora e preocupada com os outros, no entanto, foram várias as vezes que recorreu ao silêncio e ao comportamento corporal, gesticulando com pernas e braços o que nos leva a pensar que revela falta de confiança e segurança, estando presente um receio em não ser aceite pelos outros e em não ser bem sucedido nas tarefas propostas, evidenciando uma baixa autoestima. Foi possível verificar que a criança demonstrou interesse na tarefa porque estava motivada com a interação estabelecida com o estagiário. Julgamos que a falta de aproveitamento

escolar e o seu desinteresse, pode estar relacionado com pouco investimento em contexto familiar.

No que diz respeito ao questionário CDI – Children`s Depression Inventory, que avalia a gravidade dos sintomas depressivos, observa-se nos itens que avaliam o limite superior de gravidade da depressão, um total de 14 valores e nos itens que avaliam a gravidade mínima, um total de 11 valores. Assim para os dois conjuntos de itens avaliados apuramos um total de 25 valores, o que quer dizer que o menino José não possui sintomatologia depressiva (Notas Médias – entre 10.38 e 33.74), não apresentando sinais de depressão nos itens que avaliam o afeto e o comportamento.

Análise clínica

A análise e interpretação da informação recolhida a partir dos vários instrumentos utilizados no processo de avaliação, indicam que o José apresenta um funcionamento cognitivo adequado ao esperado para a sua faixa etária, isto é, a criança não apresenta nenhuma problemática cognitiva que possa afetar o seu desempenho escolar. Manifesta maiores dificuldades em adaptar-se a novas situações, na manutenção da atenção/concentração, bem como ao nível da capacidade de planeamento.

Do ponto de vista emocional, verifica-se que estamos perante uma criança que revela uma baixa autoestima, verbalizando frequentemente sentimentos de insegurança, bem como, uma grande necessidade em agradar e ser aceite pelos outros com os quais interage, o que pode comprometer a sua aprendizagem.

Sentimos com a nossa observação clínica que o José é uma criança cuja motivação está dependente do estado emocional e afetivo e do investimento no contexto familiar. Julgamos que no seu ambiente familiar é importante que o José seja acompanhado por um adulto nas tarefas escolares a fim de o ajudar nas dificuldades apresentadas e estimular o seu raciocínio. É importante o reforço positivo/ elogio, sempre que o José

realize uma atividade com sucesso de forma a desenvolver na criança a confiança, pois este acredita pouco nas suas competências e desiste com facilidade quando confrontado com dificuldades.

Tendo em conta o descrito anteriormente, pensamos que esta criança por estar exposta e vivenciar situações de instabilidade emocional por parte da sua mãe e se confrontar com questões de carência social, poderá gerar comportamentos desajustados e um afeto mais limitado, repercutindo-se no ambiente escolar, como por exemplo: revolta, indisciplina, baixo rendimento escolar, etc., comprometendo desta forma as relações saudáveis no seu grupo e na aprendizagem.

Segundo Granham- Bermann (1998, cit. por Sani, 2006, p.39), “As crianças expostas a violência parental têm mais problemas comportamentais, exibem afeto significativamente mais negativo, respondem menos apropriadamente às situações, mostrando-se mais agressivas com os pares e relacionamentos mais ambivalentes com as pessoas que delas cuidam” podendo demonstrar na escola (...) “ indisciplina, revolta, dificuldade na aprendizagem e a construção de atitudes sociáveis e saudáveis”.

Pensamos que os testes aplicados não foram os mais adequados na medida em que não responderam exatamente ao pedido, cujas queixas eram problemas de comportamento com os colegas, deficit de atenção e concentração e baixo rendimento escolar. Julgamos que durante o processo de avaliação seria benéfico a utilização da escala de inteligência WISC – III e do teste Toulouse-Piérron. Com a WISC – III, tínhamos a possibilidade de avaliar a inteligência geral da criança com 10 anos de idade. A aplicação deste instrumento, sendo uma escala de inteligência, permitiria avaliar o funcionamento intelectual e cognitivo nos seus distintos aspetos. Com a utilização desta escala e com a apresentação dos respetivos sub-testes a criança teria tido a possibilidade de demonstrar de forma concreta as suas capacidades. Por outro lado e como existiam

queixas a nível do comportamento e deficit de atenção e concentração, achamos que o teste Toulouse-Piérton era o mais indicado por nos permitir calcular a capacidade perceptiva e de atenção da criança a nível da concentração nas tarefas e pela sua principal característica ser a monotonia, medindo o índice de dispersão e o rendimento de trabalho.

5.2. Caso de Acompanhamento Psicológico

Ao longo deste capítulo garantimos o anonimato de toda a informação que diga respeito à cliente, como o nome e toda a informação que a identifique.

Ao longo do nosso estágio tivemos como referencial teórico a *Abordagem Centrada na Pessoa*, incidindo a nossa intervenção na relação de ajuda e que iremos mostrar no caso de acompanhamento psicológico à cliente Luísa (nome fictício).

Rogers defende que para um bom acompanhamento psicoterapêutico é fundamental uma relação de ajuda centrada no outro e quanto melhor se esta estiver integrada num processo de desenvolvimento pessoal e social. Para Rogers (1977), a relação de ajuda é uma “relação na qual pelo menos uma das partes procura promover na outra o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar a vida”. Nunes (1999) considera que “prestar ajuda ou estabelecer uma relação de ajuda não significa dar soluções ou indicar estratégias”, mas sim, “criar condições relacionais que permitam ao outro (ao que pede) descobrir o caminho que, em sintonia, com a sua subjetividade, lhe permita ser criativo e coerente nas soluções que descobre para ultrapassar as dificuldades ou os problemas”.

Foi comunicado à cliente que o Acompanhamento Psicológico seria dado por um estagiário da Licenciatura de Psicologia, a iniciar no mês de Junho e a terminar na primeira quinzena de Julho. As sessões foram combinadas com a cliente e realizaram-se num espaço da associação. O Setting não era o mais adequado, pois as interrupções

eram constantes e os ruídos vindos da rua incomodativos o que prejudicava o desenvolvimento da sessão e a relação de ajuda. Cada sessão teve a duração de 50 minutos e uma periodicidade semanal (com início no último mês do estágio), num total de 7 sessões.

Apresentação do caso

Identificação

Luísa tem 33 anos de idade, é separada e possui nacionalidade Portuguesa. É a única filha de pais separados mas tem mais duas irmãs maternas com quem não tem relacionamento.

Motivo do pedido

O pedido explícito por parte da cliente prende-se com o facto de andar há muito tempo desmotivada com a sua vida em geral, está desempregada, possui estados ansiosos, falta de autoestima, pelo que se sente vulnerável, desconfortável, incapaz de tomar decisões e em lidar com os problemas pessoais que enfrenta no momento, como é o caso de assegurar a educação e salvaguarda do direitos do filho de 10 anos de idade e envolver-se na construção de um projeto de vida (o menino a quem fizemos a avaliação psicológica que apresentamos neste trabalho é filho da cliente Luísa). Referiu já ter recorrido a uma consulta de psicologia mas que desistiu porque não haver empatia com a psicóloga. Na primeira sessão, momento de recolha da anamnese a cliente afirmou que considera esta oportunidade muito importante para o seu equilíbrio emocional e para se sentir melhor consigo - “preciso de um espaço onde possa desabafar o que me vai na alma porque não falo com ninguém e tenho medo que me julguem. Esperei muito tempo pois como sabe eu já tinha feito o pedido na altura em que o meu filho iniciou a avaliação a meu pedido”.

Julgamos que a aprendizagem mais importante neste caso é conseguir estabelecer uma relação empática de confiança com a cliente que permita que esta se sinta ajudada, compreendida e acompanhada nos seus problemas.

Observação

A Luísa apresentou-se sempre investida, com muita disponibilidade e muita simpatia. O discurso apresentou-se sempre muito fluido, com expressividade, no entanto ansioso, atropelando-se por vezes no seu pensamento e raciocínio.

Não demonstrou dificuldade em abordar qualquer especto da sua história biográfica e era muito descritiva, indo ao pormenor de cada assunto que abordava. Manteve sempre um bom nível de consciência. Notou-se que não apresentava dificuldades na orientação espaço-temporal, distinguindo clara e objetivamente o passado, presente e futuro. Não apresentou falhas graves ao nível da memória. Demonstrou frequentemente humor triste e recurso ao choro. Ao nível da atenção e memória, consciência e motricidade não se observaram alterações. Percebeu-se que é uma pessoa vaidosa e que sente prazer em se apresentar bem vestida, maquilhada e com o cabelo cuidado.

História dos consumos

Diz ter fumado haxixe desde o 2º ciclo e começou a consumir cocaína aos 23 anos de idade “foi o pior que me aconteceu porque nessa altura o meu companheiro foi preso por tráfico de droga e o meu relacionamento terminou, foi a pior coisa que me aconteceu, eu estava apaixonada”. Diz não estar adita e que desde essa altura nunca teve nenhum consumo, apenas fuma.

Doenças prévias e antecedentes familiares

Luísa não refere nenhuma doença na infância, diz apenas ser uma criança muito rebelde “sempre fui maria rapaz, gostava muito de estar com os rapazes mais do que

com as raparigas” Refere ter nascido às 40 semanas de gestação de parto normal, sem nenhum problema de saúde.

História pessoal

Luísa quando questionada dos acontecimentos importantes da sua primeira infância, diz não ter grandes memórias, recorda-se que por vezes os seus pais falavam da sua infância mas que nunca recebeu muito carinho a não ser do seu pai com quem até hoje mantém uma boa relação. Recorda-se da idade pré-escolar com saudade, pois sempre foi muito sociável e gostava muito da educadora de infância “ainda me recordo do seu nome, educadora Piedade”. Diz sorrindo que gostava muito de participar nas colónias de férias organizadas pela empresa onde trabalhava do seu pai, a fábrica da Sumol. “Ia com os meus amigos, na altura divertia-me muito”.

Relativamente aos acontecimentos importantes no 1º ciclo, diz que adorava a escola, gostava de ler e de escrever e que recebeu um diploma de dança por uma coreografia que ensaiou e apresentou aos colegas, “na altura a dança era tudo para mim”. Explica que hoje se sente frustrada por não ter ser bailarina e culpa a sua mãe com quem não se relaciona. Sente-se revoltada e frustrada com a situação, “nessa altura eu era também muito rebelde, achava-me a melhor e tinha prazer em arranjar conflitos. Era maria rapaz, estava sempre com rapazes e gostava de jogar á bola”.

Na fase do segundo ciclo diz só ter feito asneiras, sentia raiva pela sua mãe não a apoiar, nem lhe dar atenção, “comecei a fumar haxixe e faltava muito á escola e não me lembro de nada importante nesta fase da minha vida”.

Luísa recorda a sua adolescência com alegria, diz que essa altura foi uma das melhores fases da sua vida porque ganhou independência, começou a namorar, sentia-se amada e estava apaixonada, “namorei durante 5 anos com a mesma pessoa e fiz coisas

muito boas que hoje em dia me recordo”. Recorda esta fase da sua vida e um sentimento de autorrealização.

Sente-se triste a falar da sua vida na fase adulta e do seu penúltimo relacionamento “Foi a pior coisa que me aconteceu...ter começado a namorar com o pai do meu filho José e ter terminado porque ele foi preso por tráfico de droga...eu estava apaixonada”.

Fala apenas da sua família paterna e das saudades que tem dos Natais passados em casa da avó paterna, dos elogios que lhe faziam. Hoje em dia diz sentir-se sozinha, não tem amigos com quem possa contar pois diz que não se sente compreendida, nem apoiada e por isso não desabafa com ninguém porque tem medo de ser julgada. Refere que a única rede de apoio familiar que tem é o pai e com quem faz questão de estar semanalmente. Diz sentir-se desmotivada e que frequentemente não lhe apetece sair de casa “as únicas atividades de lazer que faço são ouvir música e ir com o meu filho ao parque e quando estou triste coloco música e começo a chorar”.

Depois de Luísa começar o acompanhamento psicológico, começou a definir compromissos na sua vida e sentiu-se mais motivada. Arranjou um trabalho, mesmo que por pouco tempo, tendo sido importante para se auto-motivar. Passado algum tempo refere ter dificuldades em não ter correspondido às expectativas do patrão e foi dispensada no período experimental. No entanto, decidiu continuar a apostar no seu crescimento interior e na sua recuperação emocional e mais tarde começou um curso de assistente de geriatria ministrado pelo IEFP e com direito a uma bolsa de estudo. Referiu numa das sessões “vir aqui tem-me ajudado muito”.

Síntese das Sessões

Apresentamos de seguida uma síntese das cinco sessões, sendo que a primeira sessão foi a entrevista clínica para a construção da anamnese. (Anexo C - Transcrição integral das sessões de Acompanhamento Psicológico)

2ª Sessão- Luísa chegou antes da hora marcada. Começou por dizer “estou preocupada”. Foi-lhe dito pela técnica de Serviço Social da Segurança Social que devido à falta de condições económicas e o facto de não ter casa que o filho, podia-lhe ser retirado e ser institucionalizado. Assustada com a situação voltou para casa do seu ex-marido porque tinha melhores condições. Apesar de achar que a reconciliação não ia resultar, o que lhe importava era proteger o filho mas também dar uma segunda oportunidade à relação “sou desconfiada e insegura e o problema pode ser meu”. Considera que a sua vida sempre foi instável e admite que por isso procura o apoio dos amigos quando precisa, “é muito feio mas parece que me aproveito das pessoas”. Não se sente confortável com o seu comportamento mas conta “não faço por mal mas também não tenho apoio familiar e o que me resta é ele ou os amigos”. Admite que gostava que fosse diferente e espera que o acompanhamento psicológico a ajude a sentir-se mais motivada “acho que vir aqui me vai ajudar a sentir-me melhor comigo própria e ter mais vontade de fazer coisas”. Reconhece que para a sua autonomia gostava de encontrar um trabalho e poder ganhar o seu dinheiro para não depender de terceiros.

3ª Sessão- Luísa chegou 30 minutos atrasada. Ligou a informar que estava atrasada porque teve de ir deixar o filho à escola mas que precisava mesmo de ir à consulta. Chegou sorridente e bem-disposta. Diz que depois da última sessão sentiu-se aliviada e motivada e que por isso foi procurar emprego. Abriu o jornal e encontrou uma oferta de emprego para empregada de limpeza numa pastelaria. Ligou, foi à entrevista e foi admitida. “Há mais de um ano que estava desempregada e depois de ter ido a várias entrevistas de emprego e de não ter sido admitida em nenhuma, parece que agora gostaram e acreditaram em mim”. Pensa que chegou a hora de investir em si. Nesta altura o estagiário reforçou a iniciativa mostrada e a motivação encontrada para se empenhar na organização da sua vida. No seguimento da sessão falou sobre outro

assunto, “eu vou-lhe confessar uma coisa, eu gosto muito de limpar. Em casa tenho sempre tudo arrumado mas acho que sou um bocado exagerada, os meus filhos não podem mexer em nada que eu fico muito ansiosa”. A Luísa sente-se feliz porque conseguir um trabalho pois para ela é sinónimo de independência, de valorização pessoal e de organização da sua vida, no entanto, sente-se insegura e tem medo que aconteça alguma coisa negativa “em vez do meu marido e da minha sogra me motivarem, dizem que não vou conseguir e depois sinto-me insegura”. Tem medo de não conseguir ser capaz”.

4^a. Sessão- Chegou antes da hora marcada e disponível para a sessão, no entanto, sentia que a Luísa estava triste, de cabisbaixo, pouco expressiva e menos comunicativa que na sessão anterior. Dizia sentir-se mal porque o patrão a mandou embora “viu como eu estava na semana passada, hoje não pareço a mesma pessoa”. O patrão tinha mandado a Luísa embora porque esta tinha limpo os utensílios dos bolos com esfregão de aço. Relata “os utensílios dos bolos estavam muito sujos e achei que com o esfregão de aço ficava melhor, apesar do Sr. me ter pedido para os lavar com o esfregão verde”. Estava empenhada e motivada por ter conseguido encontrar um trabalho e que apesar do senhor ter razão, não lhe deu uma segunda oportunidade. Diz por um lado perceber a situação mas por outro, acha injusto não lhe ter dado uma outra oportunidade e não ter ouvido os seus argumentos. A Luísa diz não perceber o porquê do Sr. a ter despedido e acha que merecia continuar a trabalhar pois não tem consciência do erro cometido. Mudou de assunto e refere sentir-se triste porque o filho reprovou o ano e mentiu-lhe, disse que tinha transitado para o 6^o ano, contudo diz estar triste por ter reprovado mas está mais triste por lhe ter mentido. Diz não gostar de mentiras. Admite sentir-se culpada pelo filho ter reprovado “às vezes não tenho paciência, estou tão cansada e chateada com a minha vida que respondo mal ao meu filho e não me importo com os

trabalhos da escola e a minha instabilidade prejudica-o ”. No fim da sessão a Luísa disse que mesmo com as dificuldades, sentia que estava mais organizada e conseguia organizar melhor os seus compromissos “depois de ter começado as sessões arranjei uma agenda onde escrevo o que tenho para fazer”. No final da sessão agradeceu a disponibilidade de escuta do estagiário e nesta altura sentimos que a Luísa estava mais tranquila e sorridente.

5ª Sessão- Referiu que a semana tinha corrido melhor que a anterior e que tinha sido chamada para fazer um curso de geriatria com direito a uma bolsa. Tinha ido á apresentação do curso e estava muito contente porque tinha sido muito elogiada “estou muito motivada com o curso e acho que me vai ajudar muito. Para além de que depois tenho estágio de 6 meses numa instituição e se gostarem de mim posso lá ficar”. Percebi que a Luísa estava motivada e feliz, já conseguia pensar no seu futuro e até já tinha planos. Relata um pouco da convivência que tem em casa e o sentimento que nutre pelo marido ser diferente do dela “eu voltei para casa dele porque tava aflita e sinto-me grata porque ele sempre me ajudou mas eu não o amo como ele me ama, gosto dele e ele trata bem o meu filho. Quando casei com ele não o amava, a minha preocupação foi dar estabilidade ao meu filho, visto que o pai da criança tinha sido preso mas mesmo assim eu nunca tive estabilidade porque talvez eu sou instável”. A Luísa parece ter consciência do seu comportamento mas tem fracas capacidades de insight. No fim da sessão agendamos a última sessão e senti nessa altura que a Luísa ficou triste perguntando de seguida “é mesmo a última sessão? Gostava tanto de cá vir e sentia-me muito bem”.

6ª Sessão- A Luísa chegou atempadamente à sessão, estava sorridente, bem-disposta e demonstrou pouca ansiedade comparada com as sessões anteriores. Trazia umas notas na sua agenda referentes ao seu processo de desenvolvimento e às suas conquistas ao longo do processo de acompanhamento psicológico e leu-as “estas sessões ajudaram-

me a autocontrolar-me, sinto-me mais segura. Sinto que levantei a minha autoestima. Sinto-me mais confiante nas minhas atitudes. Sinto-me livre de alguns pensamentos que estavam guardados só para mim e que pude partilha-los consigo. Desde já agradeço o trabalho que fez por mim”. Falou ainda das suas decisões ao longo da vida, dos seus defeitos e das suas qualidades e referiu que antes não conseguia falar sobre estes assuntos. Foi feita uma conclusão das sessões e a Luísa neste momento evidenciou humor lábil e manifestou interesse em continuar o apoio psicológico. Dissemos à cliente que íamos devolver o seu pedido à direção da instituição e que logo que possível dir-lhe-iam se seria possível manter o acompanhamento. Disse que se ia aplicar no curso porque era muito importante para si. Incentivamos a Luísa a se dedicar ao curso, enaltecemos as suas capacidades e a sua força de vontade, transmitindo-lhe que a sua realização pessoal e a sua felicidade eram atingíveis e que dependiam do seu investimento e da sua dedicação.

Discussão e Análise Clínica

Apesar do acompanhamento apresentado ser de curta duração (demonstramos disponibilidade desde o início do estágio para trabalhar com a cliente sem autorização da Instituição), julgamos ter sido benéfico para a estabilidade emocional da cliente, pois ao longo do processo a cliente sentia-se compreendida, expondo de forma livre as suas tristezas, preocupações e frustrações. Pensamos que as problemáticas associadas à cliente Luísa eram estados ansiosos, sentia-se deprimida e desmotivada, no entanto, com vontade de desenvolver capacidades para conseguir a sua estabilidade.

Neste acompanhamento psicológico foram utilizadas as técnicas de entrevista segundo a Abordagem Centrada na Pessoa que apesar da nossa inexperiência pareceu-nos ser a mais adequada. Tentamos empregar as seis condições necessárias e suficientes, especialmente a compreensão positiva e incondicional. A compreensão por parte do

cliente desta condição permitiu-lhe falar de si sem receio, ajudando a tendência atualizante. “Está implicada neste processo de se tornar no que se é uma profunda experiência de opção pessoal. O paciente compreende que pode optar por continuar a esconder-se atrás de uma fachada ou que pode assumir os riscos que envolve o facto de ser ele mesmo, senhor igualmente do poder de elevar o outro e de se elevar a si próprio. Confrontado com a realidade de uma decisão, escolhe tomar a direção de ser ele mesmo”. (Rogers, 2009. pp. 238, 239)

O facto de não ser diretiva a cliente pôde expressar-se de forma livre, usando o seu tempo da forma que lhe parecia mais conveniente e partilhando as suas fragilidades sem reservas. Tendo em conta a cliente e o seu estado no momento, mantivemos uma postura que lhe permitisse a liberdade de dar início a um processo, no sentido de um desenvolvimento e de adaptação da sua realidade e para isso procuramos mantermo-nos autênticos e aceitantes com respeito pela partilha da sua realidade.

Pretendeu-se com as sessões de acompanhamento psicológico a diminuição do estado de ansiedade, aumento da sua motivação e a aceitação da sua história de vida, caminhando no sentido da estabilidade emocional e realização pessoal.

Com a continuidade das sessões e da relação de ajuda apercebemo-nos que Luísa vivenciava um processo de alteração do *self*, mesmo com as dificuldades demonstrava um estado em que se percebia a reorganização do *self*, a vontade que tem de mudar e a importância da sua automatização. No decorrer do processo começou a tomar decisões e aparentemente, apesar de algum sofrimento, sentia-se congruente com elas e começou a sentir-se mais confiante ao ponto de ter motivação para procurar emprego.

O processo terapêutico desenvolveu-se de uma forma calma e serena, baseado no respeito pela pessoa que tínhamos à nossa frente, na relação e no tempo do aqui e agora, sem pressas e ao seu ritmo com o apreço e aceitação do que queria partilhar em cada

sessão. Era nosso objetivo que a sua tendência atualizante a guiasse e que ao seu ritmo, fosse pouco a pouco aceitando as suas vivências e as suas experiências, dando um novo significado à sua vida, sem interferir com a sua liberdade e responsabilidade no seu próprio processo.

Apesar de no nosso entender ter havido uma progressão na tomada de consciência dos seus recursos internos permitindo o acesso aos processos de simbolização e conseqüentemente ao seu desenvolvimento, pensamos que se tivesse o apoio e aprovação familiar seria também benéfico no sentido de ajudar no processo de descoberta de si mesma, como modo de influenciar significativamente o seu comportamento e assim favorecer o seu estado de consciência.

Pensámos que as situações vivenciadas na infância e na idade adulta, a falta de apoio familiar e o acompanhamento psicológico que tinha iniciado e não prosseguiu, não lhe permitiram ter um desenvolvimento mais saudável, desenvolvendo-se uma personalidade ansiosa, cuja frustração, a insatisfação e o sentimento de inadequação se verificam na idade adulta e no seu papel enquanto esposa, amiga ou até de mãe.

Tentou-se ao longo das sessões através de uma atitude de compreensão empática evidenciar os recursos que a Luísa possuía desenvolvendo a sua autonomia, a sua autoconfiança e a criação de *insight* fundamentais ao seu desenvolvimento pessoal e à organização do seu projeto de vida. Apesar de alguns retrocedimentos durante o percurso, chegamos ao fim com a convicção do seu desenvolvimento e da sua auto-organização, no entanto, seria importante que o acompanhamento psicológico prosseguisse.

O acompanhamento psicológico que fizemos foi para nós um momento de grande aprendizagem mas também de preocupação pela falta de experiência e receio de não conseguir estabelecer uma relação de ajuda e de comprometer o seu desenvolvimento,

no entanto, e porque não tivemos qualquer tipo de supervisão no local de estágio, as aulas de supervisão de estágio foram o nosso valioso suporte de discussão e orientação.

Apesar destas limitações, pensamos ter conseguido ajudar o cliente.

PARTE III – DISCUSSÃO E INTEGRAÇÃO DA TEMÁTICA DE ESTÁGIO

1. A Violência Familiar e a sua Consequência nas Crianças

Achamos importante abordar a estrutura da família, a problemática da violência no seio familiar, os problemas sociais com que as famílias se confrontam no cuidar e educar os filhos e as consequências que a violência tem na infância e para o seu desenvolvimento futuro, por serem as problemáticas com que nos confrontamos no nosso trabalho de estágio – avaliação psicológica e acompanhamento psicológico e visitas domiciliárias.

A família pode adotar diversas estruturas, como a nuclear ou conjugal, constituídas por um homem, uma mulher e os seus filhos (biológicos ou adotados), residindo num ambiente familiar comum. Por outro lado existem estruturas em que apenas um dos pais reside com os seus filhos devido a fenómenos sociais como o divórcio, óbito, abandono de residência, ilegalidade ou adoção de crianças por uma só pessoa. Estas são as famílias monoparentais (Krause, 2006). Foi neste tipo de família que desenvolvemos o nosso trabalho de estágio.

A família com a qual trabalhamos estava sinalizada pela Equipa de Crianças e Jovens (ECJ) pelo facto de existirem indícios de que a mãe, pela sua condição de desempregada apenas usufruindo do rendimento social de inserção (caraterizada como família carenciada) e habitando num quarto alugado, pudesse vir a ser negligente com o filho nos cuidados e na educação que lhe prestava. Por outro lado, segundo informação da cliente, o filho estava numa fase em que era agressivo com os colegas na escola, desatento nas aulas e com fraco rendimento escolar. Segundo a Luísa esta alteração de comportamento notou-se após alteração na organização e estrutura da família, correspondente à separação do seu cônjuge.

A forma como se organizam e se desenvolvem as relações em cada subsistema denomina-se estrutura de família, que “é o conjunto invisível de exigências funcionais

que organiza as maneiras pelas quais os membros da família interagem” (Minuchin, 1990).

A organização estrutural única de cada família expressa a forma como se organizam os vários elementos e as respectivas funções e papéis (por exemplo, quem faz o quê, com quem, para quê, como, onde e quando). Através desta organização é possível identificar um determinado padrão de interação e comunicação entre os diversos elementos e, deste modo, reconhecer a tipologia familiar (Relvas, 1996). Quando acontecem mudanças na estrutura familiar, a organização familiar sofrerá alterações podendo refletir-se no comportamento dos seus membros. Durante o processo de avaliação psicológica da criança observamos que a criança quando confrontado com tarefas de maior dificuldade evidenciou alguma ansiedade comprometendo desta forma a sua concentração. Por outro lado, do ponto de vista emocional, verbalizava frequentemente sentimentos de insegurança e medo de falhar, o que poderá refletir que estamos perante uma criança com baixa autoestima e com uma grande necessidade de ser aceite a agradar os que com ela interagem.

Pensamos que a família é o lugar mais adequado para a expressão dos afetos e onde as crianças mais se sentem protegidas, no entanto, o mito da “família idealizada”, não é se não apenas uma alegoria. Este é o motivo pelo qual, em parte, a sociedade tende a ignorar a violência infantil no seio familiar, considerando-a como uma parte necessária à educação dos filhos, relacionamento conjugal e a determinadas interações familiares (Gelles, 1997).

Tendo em conta a realidade familiar em que vive o menino e segundo a nossa interação e observação no contexto da avaliação psicológica, fomos nos apercebendo de uma forma paradoxal que esta criança tinha uma imagem bastante positiva da sua família. Realçava a existência de laços de afeto que potenciavam os momentos e o

sentimento de carinho e amor que tinha pela sua mãe “a minha mãe é a mais linda e dá-me tudo o que eu preciso”. Esta criança atribuía um valor máximo ao sentimento de amor mútuo pela sua mãe, desvalorizando as más condições socioeconómicas em que se encontravam. Apesar da carência económica e isolamento social em que vive serem desvalorizados ou inconscientes nesta fase da infância, é possível que condicionem na idade adulta limitações e desigualdades no acesso a oportunidades.

As crianças necessitam que o ambiente familiar lhes propicie condições saudáveis para um desenvolvimento equilibrado e adequado, que inclua estímulos positivos, equilíbrio, boa relação familiar, vínculo afetivo, entre outros. A Convenção da ONU sobre os Direitos da Criança reconhece “que a criança, para um desenvolvimento completo e harmonioso da sua personalidade necessita de crescer no seio de uma família, cujo ambiente familiar seja de felicidade, amor e compreensão” (Sousa, 2012).

Espera-se que a família seja o local propício para o desenvolvimento infantil, caracterizado por um contexto de amor, segurança e proteção. No entanto, isto nem sempre se verifica, constituindo um espaço de vitimação infantil direta e indireta (Costa e Duarte, 2000).

Com a proclamação da Convenção dos Direitos das Crianças, estas viram garantidos os direitos que lhes assistem. Contudo, a mudança não foi em plenitude, uma vez que a realidade social não se transforma simplesmente pela introdução de normas jurídicas, existe por detrás alguns pressupostos que influenciam toda aplicação, como os princípios políticos dos Estados-Membros, as políticas sociais, as metodologias implementadas para a promoção dos direitos, entre outros. O sistema político de um país e a forma como as crianças são percecionadas afetam a concretização dos direitos.

De facto, ao longo de toda a história da humanidade, as crianças têm sido alvo de atos de violência contra a sua integridade física e psicológica. A vitimação criminal

direta, que compreende os maus-tratos, o abuso sexual, a violação e a negligência, constitui uma experiência traumática inigualável no desenvolvimento infantil. Contudo, a vitimação infantil indireta através da violência doméstica entre os pais tem também repercussões significativas, podendo dar origem a atitudes e comportamentos desajustados (Sani, 2011 & Alarcão, 2002).

Importa definir os conceitos de “criança em risco” e “família em risco”. Segundo Penha (1996), criança em risco é “aquela que pelas suas características biológicas ou enquadramento sociofamiliar, apresenta maior probabilidade de ser alvo de dificuldades que comprometem a satisfação das suas necessidades e o seu processo de desenvolvimento”. Os estudos mostram que as crianças em risco geralmente pertencem a famílias carenciadas ou desestruturadas, ou seja, aquelas que não têm recursos económicos básicos, ou então naquelas em que se evidencia a existência de maus-tratos físicos, abandono, negligência, alcoolismo, situações de violência doméstica, deficiências mentais, etc. Do mesmo modo, a definição de “família risco” implica a existência de determinadas características pessoais e/ou sociais de instabilidade, desestruturação e falta de segurança que originam maiores probabilidades das crianças a seu cargo não receberem atenção e cuidados básicos adequados (Delgado, 2006).

Perante o exposto, parece-nos, portanto, que o menino é considerado uma criança em risco, mesmo que de forma involuntária.

A educação e desenvolvimento das crianças em risco está sujeita a dificuldades de diversas índoles, limitando-lhe a possibilidade de alcançar a plenitude das suas capacidades físicas, afetivas e psíquicas. O conceito de risco representa o défice na satisfação das necessidades da criança e ausência de oportunidades, condicionando o desenvolvimento da mesma, e dificuldade na sua inserção na sociedade de maneira integrada e saudável. O percurso de vida da criança em risco, pela limitação nas

experiências positivas, impossibilita-a de adquirir um desenvolvimento psicológico, uma aprendizagem de comportamentos e uma aquisição de competências. Afirmamos tratar-se de uma criança sujeita a maus-tratos quando as condições deficitárias de vida são de tal modo graves que colocam em risco o seu desenvolvimento global e harmonioso (Delgado, 2006).

São considerados maus-tratos “toda a ação ou omissão não acidental que implica ou põe em perigo a segurança dos menores de 18 anos e a satisfação das suas necessidades físicas e psicológicas básicas” (Palacios et al., 1998 cit. por Delgado, 2006).

Os maus-tratos infantis englobam várias atitudes violentas, não exclusivamente de índole física. O autor Plougmand (1988), refere oito tipos de violência, nomeadamente, violência física ativa, violência física passiva ou abandono (negligência de cuidados), violência mental ativa (verbal, sequestro, ameaça, rejeição), violência mental passiva (negligência afetiva, desamparo), sevícias sexuais, violência médica (drogas, medicação não prescrita, álcool), tortura (queimaduras nos órgãos genitais, palmas das mãos e pés), e violência da sociedade (mediocridade dos alojamentos, transportes).

A criança à qual realizámos a avaliação psicológica deste trabalho encontrava-se suspeita de ser alvo de negligência nos cuidados por estar confrontada pelas dificuldades socioeconómicas da família. No entanto, esta negligência suspeita é negada de uma forma inconsciente pela mãe Luísa, a qual considera proporcionar as condições adequadas ao bem-estar do filho. Como diz, “eu faço tudo pelo meu filho e não lhe falta nada”. Por outro lado, verificou-se existir uma ambivalência no que respeita ao sentimento de culpa, afirmando que a sua instabilidade de vida poderá eventualmente conduzir à institucionalização do seu filho.

Como destacam os autores (Fuster, Garcia e Musitu Ochoa, 1988 cit. por Alberto, 2010) “as crianças maltratadas apresentam problemas em cinco áreas do

desenvolvimento emocional: baixa autoestima, condutas agressivas, desconfiança, dificuldades de integração no grupo de pares e problemas de identidade”, para além de dificuldades escolares, problemas de comportamentos, entre outros. Estes aspetos reportam-nos para a importância da definição de criança em situação de perigo que se encontra redigida no art.º 3º, ponto 2, da *Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo – Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro*. Foi ao abrigo desta Lei que a criança avaliada estava referenciada pela Equipa de Crianças e Jovens num processo de Promoção e Proteção acompanhado pela “Associação de Ajuda Psicossocial”.

Nos últimos anos temos vindo a assistir a uma rutura da instituição familiar, ou de outro modo, uma reestruturação da família “tradicional”, que contrariamente ao esperado, não corresponde mais a instância de proteção, de suporte, como consequência dos efeitos da globalização. Não existe um modelo ideal de família.

Pelo exposto, as situações de risco englobam aquelas que impedem a concretização dos direitos da criança nos domínios da segurança, saúde, formação, educação e desenvolvimento. Compreende-se que a evolução dos fatores de risco condicionam, na maior parte dos casos, o surgimento das situações de perigo (Direção Geral da Saúde, 2008). Deste modo, as situações de risco a que a criança estava exposta estabelecem os diversos níveis de responsabilidade da parte da Instituição que zela pelo seu bem-estar e por isso legitimou a intervenção com a Avaliação Psicológica.

A intervenção nas situações de risco tem como objetivo evitar a eclosão do perigo através de políticas, estratégias e ações integradas dirigidas à população em geral, ou especificamente para as crianças em situações de risco, isto é, em situações familiares, habitacionais, ambientais, escolares, sociais, culturais e económicas que, pela sua instabilidade, precariedade, origem condições de especial vulnerabilidade (Direção Geral da Saúde, 2008).

Deste modo, torna-se claro que para a diminuição das situações de risco e desenvolvimento integral das crianças é fundamental que os pais assegurem as suas necessidades nos mais diversos níveis, conceito que define as competências parentais.

Estas podem ser divididas em cuidados básicos, segurança, afetividade, estímulos, estabelecimento de regras e limites de estabilidade. As competências parentais impróprias ou pouco eficazes estabelecem o fator de risco mais relevante no desenvolvimento das crianças. Neste contexto, as famílias desestruturadas onde os pais apresentam dificuldades em responder positivamente às múltiplas necessidades da criança criam situações de risco que põem em causa o seu bem-estar e desenvolvimento físico, cognitivo e psicológico harmonioso. Para além disso, a existência de segurança e padrões afetivos estáveis no seio familiar permite à criança estabelecer relações de maior investimento e qualidade com os outros. Assim, justifica-se que uma criança que viva no seio de uma família desestruturada, com situações de padrões afetivos extremos muito repetitivos, possa desenvolver-se futuramente como um adulto problemático e conflituoso (Delgado, 2006).

Contudo, verifica-se um crescimento potencial das famílias monoparentais maternas, como é o caso da criança deste trabalho. Há indicadores que mostram que as famílias monoparentais maternas são as de estrato social mais baixo, ou seja, menor rendimento per-capita. Assim, a preocupação por parte da mãe do José em garantir o bem-estar físico e a satisfação dos direitos básicos de provisão, faz com que o afeto e a supervisão fiquem esquecidos, como sendo algo de menos prioritário. Neste caso, a vulnerabilidade da criança ficará retratada ao longo de todo o seu desenvolvimento. Podemos então concluir que, apesar de inconsciente a mãe é negligente com o seu filho na medida em que devido aos seus problemas socioeconómicos o priva do seu afeto. Por outro lado, a criança não associa as suas vivências familiares a um contexto de risco.

Então, parece-nos que a criança não considera que a sua integridade e o seu desenvolvimento pessoal se encontram comprometidos pelo seu contexto familiar, contexto este que é reconhecidamente potenciador de risco/perigo.

2. Violência Infantil em Portugal e noutros Países no Mundo

Consideramos fundamental enquadrar a problemática em análise num contexto epidemiológico global e nacional, por forma a definir o seu impacto na Sociedade.

A violência infantil assume diversas formas e é influenciada por uma ampla gama de fatores, que envolvem desde as características pessoais da vítima e do agressor até ao seu ambiente cultural e físico. Diversas organizações de carácter governamental e não-governamental têm apresentado relatórios que expõem a elevada prevalência da violência infantil a nível mundial.

Torna-se preocupante observar que grande parte da violência infantil permanece camuflada por diversos fatores sociais, tais como a ausência de meios confiáveis para efetuar a denúncia, o medo de que esta possa afetar a “honra” da família ou a aceitação da violência como algo “normal” (Assembleia Geral das Nações Unidas, 2006).

O relatório da Iniciativa Global para Acabar com todo Castigo Corporal contra Crianças, publicado em 2006, revelou que, naquela data, existiam pelo menos 106 países que não proibiam o uso de castigos corporais nas escolas, 147 países que não os proibiam em instituições e apenas 16 países que os proibiam no seio da família (Assembleia Geral das Nações Unidas, 2006).

Análises de inquéritos a nível mundial confirmam uma prevalência global de maus tratos físicos de 22,9%, maus tratos psicológicos de 29,1% e abuso sexual de 9,6%. Existem poucos estudos no que respeita à negligência, mas os dados apontam para uma prevalência de 16,3% de negligência física e 18,4% de negligência emocional. No que respeita à realidade particular da União Europeia, estima-se que cerca de 44 milhões de

crianças sofram de maus tratos físicos, 55 milhões de maus tratos psicológicos e 18 milhões de abusos sexuais (Organização Mundial de Saúde, 2013).

Estudos realizados na União Europeia revelam que o problema afeta de forma desigual os países membros e que existem também diferenças dentro dos vários países. As taxas de maus tratos fatais são mais do que o dobro em países de médio e baixo rendimento (Organização Mundial de Saúde, 2013).

Os maus tratos infantis estão ligados às variações entre os meios socioeconómicos. A violência infantil pode perpetuar as desigualdades sociais por afetar as capacidades cognitivas das crianças e, desta forma, limitar o seu futuro emprego e rendimento. Os custos sociais secundários para uma sociedade por si só já debilitada tornam-se ainda mais elevados limitando o seu potencial de desenvolvimento (Gilbert, 2009). Deste modo, a distribuição desigual dos maus tratos infantis que se verifica na União Europeia ameaça aumentar o fosso social entre as várias regiões. O Relatório Europeu para a Prevenção dos Maus Tratos Infantis, publicado em 2013 pela OMS – secção regional da Europa, reconhece a importância da prevenção do mau trato infantil para reduzir estas desigualdades e recomenda a implementação de medidas ao nível das políticas sociais, de saúde, educação e justiça (Organização Mundial de Saúde, 2013).

Em Portugal, as Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) são instituições oficiais não judiciárias com autonomia funcional que visam promover os direitos da criança e do jovem e prevenir ou pôr termo a situações suscetíveis de afetar a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento integral. No ano de 2014, esta instituição instaurou 29594 processos a crianças em risco. O escalão etário dos 15 aos 18 anos foi o mais representativo (29,8%) seguido pelo escalão etário dos 0 aos 5 anos (24,9%). A exposição a comportamentos desviantes foi a situação de perigo mais representativa (26,2%), seguindo-se a negligência (19,4%). O mau trato físico e o

mau trato psicológicos / abuso emocional representaram apenas, respetivamente, 6,4% e 3,0% das situações comunicadas (Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco, 2015).

A Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) é uma organização não-governamental que tem como missão apoiar as vítimas de crime, seus familiares e amigos, prestando-lhes serviços gratuitos e confidenciais. Esta associação recebeu, no ano de 2014, o pedido de apoio a 992 crianças e jovens vítimas de qualquer tipo de crime, correspondendo a 11% do total das vítimas. Um estudo publicado por esta instituição, com base em inquéritos à população, revelou que 36% dos inquiridos tinham conhecimento pessoal de situações em que crianças ou jovens foram vítimas de violência, no entanto apenas 38% reportaram a situação a uma estrutura de apoio (escola, polícia e/ou família). A negligência e maus tratos em meio familiar representaram, respetivamente, 15% e 14% destes casos. Destas situações, os entrevistados declaram que apenas 56% das vítimas terão recebido apoio – que foi dado sobretudo nas escolas (42%) e na família (37%). Houve ainda casos que receberam apoio das autoridades policiais (17%) e das comissões de proteção de crianças e jovens (16%) (APAV, 2014 & Barómetro APAV Intercampus, 2015).

No Reino Unido, no ano de 2015, foram identificadas 391,000 crianças com possível necessidade de proteção pelos Serviços Sociais, correspondendo a uma taxa de 334,7 por cada 10,000 crianças (idade inferior a 18 anos). Destes casos, foram instaurados um total de 49,700 planos de proteção infantil, 44,7% dos quais por negligência, 33,5% por abuso emocional e 8,8% por mau trato físico. É de salientar, contudo, que estes dados apenas refletem os casos denunciados às autoridades (Department for education – United Kingdom, 2015).

De facto, um estudo realizado na Suécia através de inquérito direto a crianças em idade escolar revelou que 15,2% das inquiridas tinham sido alvo de violência física pelo menos uma vez e 6,2% repetidamente, sendo o agressor, na maioria dos casos, o pai/mãe biológico. Este estudo reconhece a mais baixa prevalência face a outros países da União Europeia ocidental, tais como a Dinamarca e o Reino Unido, estimada em cerca de 24% e 25%, respectivamente (Annerbäck, Wingren, Svedin & Gustafsson, 2010).

Um trabalho semelhante realizado na Alemanha revelou uma prevalência de mau trato físico de cerca de 12%, semelhante à reportada na Suécia (Häuser, Schmutzer, Brähler & Glaesmer, 2011). Contudo, neste país a negligência infantil tem uma expressão mais significativa, tendo sido responsável por cerca de 2/3 dos casos de crianças recolhidas pelos serviços sociais. Foi reportado como segundo motivo mais frequente o abuso psicológico (Münder, Mutke & Schone, 2000).

No que respeita à realidade doutros continentes, salientam-se os dados dos Estados Unidos da América. No ano de 2013, foi estimado um número de 9,1 por cada 1000 crianças vítimas de pelo menos um tipo de violência. Verificou-se uma distribuição assimétrica nos vários estados entre 3,1/1000 no estado da Virgínia até 19,7/1000 no estado do Kentucky. Contudo, à semelhança dos dados do Reino Unido, estes números dizem respeito apenas aos casos denunciados e investigados pelas autoridades. A negligência foi o tipo de violência mais reportado, sendo responsável por cerca de 4/5 dos casos. Os fatores de risco mais relevantes identificados foram a pobreza e o estatuto socioeconómico. As crianças com idade inferior a 1 ano foram o alvo mais frequente da violência, sendo portanto o grupo mais vulnerável (U.S. Department of Health & Human Services, 2013).

Os dados oficiais apresentados pelo Sistema Único de Saúde do Brasil relativamente ao número de atendimentos hospitalares por violência infantil no ano de 2012 são de 118,9/100.000 crianças na faixa etária de menos de 1 ano (faixa etária onde a incidência foi a mais elevada), número que é significativamente inferior ao reportado pelos Estados Unidos da América e União Europeia. A forma de violência infantil predominante foi o mau trato físico, seguida pelo abuso sexual. De facto, o Brasil é o 4º país a nível mundial com a maior taxa de homicídio infantil e adolescente (0 aos 19 anos), o que permite especular que estes dados de violência infantil estejam claramente subvalorizados, refletindo apenas os casos mais graves que ocorrem aos serviços de saúde (Waiselsz, 2012).

No seu conjunto, estes dados permitem-nos concluir que em Portugal grande parte da violência infantil permanece ainda oculta. Comparando a realidade com outros países ocidentais, verifica-se uma menor incidência na faixa etária dos 0-5 anos e dos maus tratos físico e psicológico, o que pode significar uma falha na identificação destes casos. Como é reconhecido por todas as instituições nacionais e internacionais, torna-se fundamental publicitar o impacto negativo da violência no desenvolvimento infantil e no desenvolvimento da própria sociedade. Para tal é necessário promover as estruturas de denúncia e apoio que, em grande parte dos países, ainda são insuficientes para abranger todas as crianças em risco.

3. Discussão Crítica Sobre Aspetos Positivos e Negativos do Estágio

Relativamente ao funcionamento da instituição onde estagiamos, deparámo-nos com alguns obstáculos aos quais se impõe uma reflexão. As nossas expectativas mesmo que contidas, não corresponderam ao vivenciado. Desde o início do estágio nunca nos sentimos integrados na equipa e desde logo constatámos a indisponibilidade evidente da orientadora de estágio na orientação do mesmo, já na reunião de apresentação

demonstrou indisponibilidade e falta de empatia na relação, argumentando “não pense que vai ficar com os meus casos” SIC. Ao longo do estágio foram raros ou até inexistentes os momentos de orientação, partilha, apoio e de orientação e ajuda na compreensão dos casos apresentados neste relatório – caso de Avaliação e caso de Acompanhamento Psicológico.

Por ser uma instituição particular de solidariedade social, desde logo e como é compreensível, os recursos eram escassos, começando pela falta de condições físicas de trabalho. Havia apenas uma sala de trabalho, que era também gabinete de atendimento social, sala de reuniões, refeitório, armazém, etc., e onde trabalhavam cerca de dez pessoas, entre técnicos e estagiários.

O espaço dedicado às avaliações psicológicas e aos acompanhamentos, eram também sala de convívio entre pais e filhos com a mediação das técnicas da instituição (Assistente social e/ou Psicóloga). Neste segundo espaço, o *setting* era mais adequado, mas não o ideal, pois como eram um espaço partilhado, eram várias as interrupções quer por telefone, quer presencialmente. Sentimos que a falta de gabinetes adequados, era um fator desestabilizador que fomentava cortes contínuos nas sessões, comprometendo o funcionamento das sessões e dos atendimentos em geral e o desenvolvimento de um pleno processo terapêutico.

A falta de organização e orientação do estágio, a falta de condições por ser um espaço partilhado e as interrupções atalhavam tanto o pensamento do utente como o nosso próprio pensamento e atenção sobre a pessoa. Sentimos também que estas interrupções ativavam os mecanismos de defesa dos utentes e por vezes elevavam as dificuldades da expressão das emoções, no entanto, até desta limitação sentimos que retiramos proveito para a nossa evolução pessoal e profissional, como a capacidade de não desistência e resiliência, comum a alguns elementos da equipa da instituição que

foram um exemplo para a minha formação mas por uma questão compreensiva não se renunciavam.

Quando iniciámos a avaliação psicológica, além da questão do *setting*, surgiram também vários receios na medida em que quando nos foi pedido para iniciar as sessões de avaliação psicológica, apenas tínhamos assistido a uma sessão na presença da orientadora e por isso, não nos sentíamos completamente preparados para conduzir uma avaliação psicológica, questionando as nossas competências e preocupando-nos com a enorme responsabilidade que seria fazer-lo mas que aos poucos fomos conseguindo lidar com os nossos medos e inseguranças graças às aulas de supervisão de estágio na UAL. O mesmo aconteceu com o acompanhamento psicológico, apenas assistimos a duas sessões de acompanhamento, o que nos deixou inseguros aquando do início do acompanhamento psicológico obrigatório para a conclusão do estágio. Apesar de percebermos e compreendermos que existem sessões de acompanhamento psicológico e ou avaliação que por já estarem a decorrer ou por não ser aconselhável aos estagiários assistirem sobe pena de comprometer o processo terapêutico ou de não haver casos suficientes disponíveis à medida das necessidades de aprendizagem dos estagiários, sentimos que o nosso estágio não foi organizado, nem orientado e que se tivesse havido disponibilidade por parte da nossa orientadora o processo tinha sido muito mais gratificante para as várias partes envolvidas. Contudo aceito que a ansiedade faz parte do processo e pode ser essencial para a aprendizagem, na medida em que nos superamos a cada dia. Foi, com efeito, uma enorme gratificação gerir os nossos próprios sentimentos, tendo sempre em conta os dos utentes, de modo a providenciar uma conduta coesa e integrativa.

Relativamente ao modo de orientação individual, não foi de todo benéfico, pois foi quase inexistente em contexto individual. Quando existiu, nunca foi programado e foi

sempre feito na sala comum, na presença de todos os técnicos e de forma muito pouco ética, no intuito do confronto e da desvalorização pela experiência dos estagiários ou até dos seus saberes e contributos e da desvalorização e comentários depreciativos da Instituição de Ensino de onde o estagiário vinha.

Contudo, as reuniões de supervisão, sob a responsabilidade da gestora dos casos Sociais, as visitas domiciliárias mesmo que não concordando com o modelo em que decorreram, as sessões de avaliação psicológica e o acompanhamento psicológico individual, feito por nós, foram momentos de real aprendizagem e enriquecimento pessoal e profissional, no sentido em que contribuiu para a delineação de projetos individuais com respostas concretas e ajustadas a cada caso. De acordo com Neto (1999), as reuniões de supervisão para além de tratar e/ou organizar um meio contendor para utentes de instituições sociais é necessário ter-se sentido necessidade de efetuar uma análise com tudo o que subentende esta decisão. No entanto, é evidente a sua utilidade, visto que assegura a valência formativa da equipa, a sua multidisciplinaridade e a abordagem psicoterapêutica e farmacológica.

Os dois últimos meses de estágio foram para nós muito mais positivos e gratificantes porque se estabeleceu uma relação de partilha, de diálogo, de confiança e de ajuda com a segunda orientadora que nos foi atribuída e por isso uma aprendizagem mais profunda e uma orientação mais produtiva para o nosso desenvolvimento enquanto futuros psicólogos.

Ao longo da nossa aprendizagem e evolução na prática da Psicologia Clínica, o acompanhamento psicológico tornou-se numa importante experiência, o que nos permitiu integrar a teoria à prática, ou seja, tudo aquilo que fomos aprendendo ao longo de todo o percurso académico, durante as aulas de supervisão de estágio e que começou a ser posto em prática, de forma a integrar e compreender a Psicologia Clínica.

4. Avaliação Crítica do Projeto de Estágio

O Estágio Académico é uma das etapas fundamentais, e de preparação, para o exercício profissional. Subentende-se como uma fase de integração das aprendizagens teóricas à prática clínica, ou seja, da passagem dos saberes da Psicologia Clínica ao saber fazer em Psicologia Clínica e não um período de aperfeiçoamento teórico. O estágio possibilita uma formação prática e técnica na área profissional eleita e deseja-se que facilite a futura entrada no mercado de trabalho.

Os objetivos a que nos propusemos para este estágio foram colocados ao nível da observação, da avaliação psicológica, do acompanhamento de caso e da intervenção em Psicologia Clínica, com a finalidade de adquirirmos conhecimentos e desenvolvermos competências, mais especificamente nas nossas áreas de interesse como acompanhamento de adultos, multifamiliar e individual. A nossa motivação para trabalhar com crianças em contexto terapêutico era no início do estágio diminuta mas com a experiência foram superadas as dificuldades e tornou-se uma experiência positiva, gratificante e enriquecedora enquanto pessoas e futuros psicólogos, no sentido em que contribuiu para a felicidade e o desenvolvimento afetivo da criança e do adulto.

Dentro desta ótica, consideramos que o nosso estágio apesar das muitas dificuldades e constrangimentos tornou-se numa experiência positiva e num momento de aprendizagem e de enorme reflexão.

Conclusão

O trabalho de intervenção no âmbito do estágio profissionalizante teve como principal objetivo a relação de ajuda em contexto de intervenção psicológica, tendo sido feita uma avaliação e um acompanhamento psicológico. Na nossa intervenção foram adotados os princípios da Abordagem Centrada na Pessoa. Deste modo, para que os clientes pudessem estar na relação e serem tal como são, tentamos estabelecer uma relação empática de confiança que transmitisse conhecimentos e favorecesse o seu funcionamento. No caso do Acompanhamento Psicológico, tentamos preparar a cliente no sentido de desenvolver a sua reflexão e a busca de recursos que a ajudassem a encontrar soluções para os seus problemas. Como a Terapia Centrada na Pessoa considera o ser humano um ser incondicionalmente válido, independentemente do seu comportamento, condição ou sentimentos, o nosso objetivo na relação de ajuda com a cliente foi a atualização do seu Ego através das descobertas que fazia em cada sessão, no sentido de um crescimento pessoal. Pensamos conseguir alcançar os objetivos pretendidos na relação de ajuda com a Luísa, na medida em que fomos autênticos, entregamo-nos por completo na relação profissional, possibilitando à cliente explorar toda a sua forma e maneira de ser e sentir-se incondicionalmente aceite.

Consideramos que as técnicas utilizadas e a nossa forma de estar na relação ajudou a que a cliente se aceitasse, se compreendesse e escolhesse as direções da sua vida que sentia mais adequadas, pois viver de forma satisfatória pode levar a uma qualidade existencial.

Ao longo do estágio deparámo-nos com a problemática das crianças em risco e adquirimos mais conhecimentos específicos e experiência profissional ao nível da prática da psicologia clínica com crianças e com os seus pais, no sentido de os ajudar na compreensão dos seus problemas. Foi uma experiência interessante na medida em que

nos confrontámos diretamente com crianças e famílias e vivenciamos a realidade de diversas problemáticas inerentes às várias formas de violência infantil.

Podemos dizer que tanto a violência infantil intrafamiliar como as condições de vida desfavoráveis, como a pobreza, influenciam sob a forma de dano físico, emocional e social a vida diária de inúmeras crianças. Isto poderá traduzir-se em comportamentos desajustados e violentos na interação com os outros, no insucesso escolar e em dificuldades de aprendizagem. Estes acontecimentos vivenciados ou experienciados na infância podem refletir-se na adolescência e/ ou na idade adulta em comportamentos desviantes e desajustados proporcionados por um ambiente familiar pouco contentor, pouco seguro e até instável emocionalmente.

Verificou-se após avaliação psicológica feita á criança que as dificuldades escolares relatadas pela mãe, como o insucesso escolar, a falta de concentração e os comportamentos agressivos com os colegas se prendiam por um lado com a inexistência de um lar acolhedor e contentor mas também pelo sentimento de debilidade emocional da sua mãe. Através deste caso podemos concluir que a exposição das crianças a vários tipos de negligência, mesmo que involuntária, tem elevada probabilidade de contribuir para o aparecimento de problemas comportamentais e afeto significativamente mais negativo. Este facto encontra-se em linha com a pesquisa bibliográfica realizada.

Para concluir, é importante refletirmos um pouco sobre as instituições que trabalham para a salvaguarda dos direitos das crianças, nomeadamente sobre a intervenção dos técnicos cujas decisões nem sempre são adequadas e protegem as crianças. Entre os vários desafios na avaliação das situações de risco ou perigo feita pelos técnicos encontra-se a necessidade de melhorarem a capacidade de prever o impacto futuro das suas decisões na vida da criança. Estas têm de ser feitas de forma consistente e precisa uma vez que podem ter importantes consequências para as crianças

e suas famílias. Julgamos ser fundamental uma avaliação individual de cada caso tendo em conta a realidade familiar e social. Esta intervenção deve respeitar a privacidade e as dinâmicas de cada família sem comprometer, contudo, a salvaguarda dos direitos das crianças. Por vezes este equilíbrio é impossível e dificulta a correta avaliação/intervenção das várias situações de risco.

Em suma, é necessário trabalhar em prol dos direitos de milhares de crianças que estão entregues a si próprias sem esquecer o longo caminho que ainda há a percorrer na justiça social, tendo como horizonte a igualdade de direitos para todos. As desigualdades na nossa sociedade têm-se agravado com o passar dos anos, pelo que é fundamental adoptar medidas de combate à pobreza e à injustiça e exclusão social que tenham um impacto direto na salvaguarda dos direitos da criança e suas famílias.

Referências Bibliográficas

- Alarcão, M. (2002). *(des) Equilíbrios familiares*. Lisboa: Quarteto
- Alberto, I. (2010). *Maltrato e Trauma na Infância*. Coimbra: Almedina
- Amaro, F. (2006). *Introdução à Sociologia da Família*. Lisboa: ISCSP
- Annerbäck, E., Wingren, G., Svedin, C. & Gustafsson, P. (2010). Prevalence and characteristics of child physical abuse in Sweden – findings from a population-based youth survey published. *The Author(s)/Journal Compilation*. 99, 1229–1236
- APAV (2015). *Relatório Anual 2014*. Acedido a 16 Out 2015. Disponível em http://www.apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_Relatorio_Anual_2014.pdf
- Arruabarrena, M., & De Paul, J. (1994). *Maltrato a los niños en la familia. Evaluation y tratamiento*. Madrid: Ediciones Pirâmide, S. A.
- Assembleia Geral das Nações Unidas (2006). *Relatório do especialista independente para o Estudo das Nações Unidas sobre a Violência Contra Crianças*. Acedido a 10 Out 2015. Disponível em http://www.unicef.org/brazil/pt/Estudo_PSP_Portugues.pdf
- Barómetro APAV INTERCAMPUS (2015). Perceção da População Portuguesa sobre a Violência contra Crianças e Jovens. Acedido a 1 Nov 2015. Disponível em http://www.apav.pt/apav_v3/images/pdf/Barometro_APAV_Intercampus_7_Criancas_2015.pdf
- Barudy, J. (1997). *La douleur invisible de l'enfant: Approche éco-systémique de la maltraitance*. Ramonville Saint-Agne: Éres.
- Bergeret, J. (1998). *Psicologia Patológica: Teórica e Clínica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Biddulph, S. (2002). *Criando meninos*. São Paulo: Editora Fundamentos Educacional Ltda

- Boekholt, M. (2000). *Provas Temáticas na Clínica Infantil*. Lisboa: Climepsi
- Braconnier, A. (2000). *Psicologia dinâmica e psicanálise*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: Experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Burnett, B. (1993). The psychological abuse of latency age children: A survey. *Child Abuse & Neglect, 11*, 441-454
- Cabral, A. (1994). *A Família e a Criança numa sociedade em transformação: Actas/ I Jornadas da família no Algarve*. Lisboa: Org. Direcção-Geral da Família.
- CAFAP (2013) – Portaria nº 139/2013 de 2 de Abril – Centro de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental. Acedido a 10 Set 2015. Disponível em http://www.seg-social.pt/documents/10152/1197978/Port_139_2013
- Castro, M. (s.d.). *Noção de Criança e Infância: Diálogos, Reflexões, Interloquções*. Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense.
- Ciccione, A. (2000). *Observação Clínica*. Lisboa: Climepsi Editores
- Comissão Nacional de Protecção das Crianças e Jovens em Risco (2015). *Relatório Anual 2014*. Acedido a 15 Out 2015. Disponível em http://www.cnpcjr.pt/preview_documentos.asp?r=5603&m=PDF
- Corby, B. (2000). *Child abuse: towards a knowledge base*. New York: Open University Press.
- Costa, M. & Duarte, C. (2000). *Violência familiar*. Porto: Âmbar
- Delgado, P. (2006). *Os Direitos das Crianças da Participação à Responsabilidade – o sistema de Protecção e Educação das Crianças e Jovens, 1ª Edição*. Porto: Profedições

DePanfilis, D. (2006). *Child Neglect: a guide for prevention, Assessment and Intervention*. Washington DC: U.S. Department of Health and Human Services Administration for Children and Families

Department for Education – United Kingdom (2015). *SFR 41/2015: Characteristics of children in need: 2014 to 2015*. Acedido a 20 Out 2015. Disponível em

https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/469737/SFR41-2015_Text.pdf

Dias, M. (2000). A família numa sociedade em mudança – problemas e influências recíprocas. *Gestão e Desenvolvimento*, 9, 81-102

Diniz, M. (2008). *No princípio não foi o verbo e outros textos de psicologia*. Lisboa: Edições Colibri.

Direcção Geral da Saúde (2008). *Maus-tratos em Crianças e Jovens: Intervenção da Saúde*, Documento Técnico

Dorin, L. (1978). *Psicologia da criança*. São Paulo: Editora do Brasil

Enderle, C. (1990). *Psicologia do desenvolvimento - o processo evolutivo da criança*. Porto Alegre: Artes Médicas

Faura, S. (2009). Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la Atención Primaria. *Rev Pediatr Aten Primaria*, 11, 121-44

Feldman, K. (1993). When is Childhood drowning Neglect. *Child Abuse and Neglect*, 17, 329-336

Figueiredo, B. (1998). Maus-tratos da criança e do adolescente: Situação e enquadramento da problemática. *Psicologia: Teoria Investigação e Prática*, 3, 5-20

Finkelhor, D. (1990). Sexual abuse in a national survey of adult men and women: Prevalence, characteristics, and risk factors. *Child Abuse & Neglect*, 14, 19-28

Freire, E. (2006). *Desenvolvimento de um instrumento de avaliação de resultados em psicoterapia baseado na teoria da mudança terapêutica de Carl Rogers*. Instituto de Psicologia. Disponível em <http://www.lume.ufrgs.br/>

Garbarino, J. (1992). Child maltreatment as a community problem. *Child Abuse & Neglect*, 16, 455-464

Gelles, R. (1997). *Intimate violence in families*. Thousand Oakes, California: Sage Publications

Gil, E. (1996). *Systemic treatment of families who abuse*. São Francisco: Jossey-Bass Publishers

Gilbert, R. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*, 373, 68–81

Häuser, W., Schmutzer, G., Brähler, E. & Glaesmer, H. (2011). Misshandlungen in Kindheit und Jugend. Ergebnisse einer Umfrage in einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Bevölkerung. *Deutsches Ärzteblatt*, 17, 287-294

Hipólito, J. (1999). *A pessoa como centro*, 3. Revista de Estudos Rogerianos

Isselbacher, K. (1980). Capítulo I. *Harrison's principals of internal medicine* (p. 4). New York: McGraw-Hill, Inc

Kaufman, M. (1983). *Physical Abuse, Neglect, and Sexual Abuse: Dimensions And Frameworks*. In *Child Abuse & Neglect: A Guide with case studies for treating the child and Family*. Great Road, Littleton, Massachusetts 01460, U.S.A

Kempe, H. (1962). The Battered-Child Syndrome. *JAMA*, 181(1), 17-24

Klosinski, G. (1993). Psychological maltreatment in the context of separation and divorce. *Child Abuse & Neglect*, 11, 557-559

Krause, I. (2006). *Culture and system in family therapy (systemic thinking and practice series)*. Londres: Karnac Books

Laneiro, T. (s.d.). *O impacto dos grupos de encontro nos alunos da licenciatura em psicologia da Universidade Autónoma de Lisboa*. Lisboa: Universidade Autónoma de Lisboa.

Leal, I. (2008). *A Entrevista Psicológica. Técnica, Teoria e Clínica*. Fim de Século.

Macedo, R. (1994). A Família do ponto de vista psicológico: Lugar seguro para crescer? *Caderno pesquisa, 91*, 62-68.

Malho, M. (2006). *Criança, Família, Escola, Que Relação?* Lisboa: Boletim do IAC.

Marques, M. (2001). *A psicologia Clínica e o Rorschach*. Lisboa: Climepsi Editores

Minuchin, P. (1999). *Trabalhando com famílias pobres*. Porto Alegre: Artes Médicas

Minuchin, S. (1990). *Famílias: funcionamento & tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas

Monteiro, M. & Ribeiro dos Santos, M. (1999). *Psicologia*. Porto: Porto Editora

Mora, R,M,P. (2012). *Relatório de estágio académico na Liga dos Combatentes e Escola Profissional – ASAS*. Universidade Autónoma de Lisboa: Repositório Institucional Camões. Retriew from: <http://repositorio.ual.pt/handle/11144/178>

Mucchielli, A. (1969). *Lexique de la psychologie*. Paris: Editions Sociales Françaises.

Münder, J., Mutke, B. & Schone, R. (2000). *Kindeswohl zwischen Jugendhilfe und Justiz. Professionelles Handeln in Kindeswohlverfahren*. Munique: Votum

Neto, C. (1997). Tempo & espaço de jogo para a criança: rotinas e mudanças sociais. In C. Neto (Ed.). *O Jogo e o Desenvolvimento da Criança* (pp. 10-22). Lisboa: Edições FMH

Neto, I. (1999). *Intervenciones psicoterapêuticas y psicosociales en la esquizofrenia*. Comunicação apresentada no V Curso Anual sobre a Esquizofrenia do Hospital General Universitario Gregorio Marañon, Madrid.

Neuenschwander, M. (2002). *Desenvolvimento e Identidade na Adolescência*. Coimbra: Edições Almedina

Nunes, O. (1999). Uma Abordagem sobre a Relação de Ajuda. A Pessoa como centro. *Revista de estudos Rogerianos*, 3, 59-64.

Nunes, O. (2001). *Drogues, Valores et Communautés*. Tese de Doutoramento apresentada na Universidade de Toulouse- Le Mirail. Toulouse.

Organização Mundial de Saúde (2013). *European Report on Preventing Child Maltreatment*. Acedido a 15 Out 2015. Disponível em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/217018/European-Report-on-Preventing-Child-Maltreatment.pdf

Paulino, L., & Brites, R. (2001). O paradigma rogeriano da pessoa como centro: na perspectiva da liberdade pessoal, 7. *Revista: A pessoa como centro*.

Pedinielli, J. (1999). *Introdução à psicologia clínica*. Lisboa: Climepsi.

Penha, M. (1996). *Crianças em Risco*. Edição: Direcção Geral da Acção Social, Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação

Pereira, L. (2009). *Psicoterapia Centrada na Pessoa: Evidências empíricas do processo de reintegração da personalidade, observadas em estudo de caso*. UNICEUB: Faculdade de Ciências da Educação e Saúde. Disponível em:

http://www.aslegis.org.br/aslegisoriginal/images/stories/artigospeessoais/monografias/psicoterapia_centrada_pessoa_processo_reintegracao_personalidade.pdf

Perry, B., Colwell, K. & Schick, S. (2002). Neglect in Childhood - Child Neglect. In David Levinson (Ed.), *Encyclopedia of Crime and Punishment Vol 1* (pp. 192-196). Thousand Oaks: Sage Publications.

Plougmand, O. (1988). Aspectos psico-pedagógicos da violência contra as crianças. *Revista Infância e Juventude*, 3, 7-20

Polansky, N. (1975). *Profiles of neglect. A survey of the state of knowledge of child neglect*. Washington, DC: Social and Rehabilitative services, Community Services Administration, HEW.

Relvas, A. (1996). *O ciclo vital da família: Perspectiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento

Rogers, C. (1956). *The necessary and suficiente conditions of therapeutic personality change*, 21. University of Chicago: Journal of Consulting Psychology

Rogers, C. (1975). *Psicoterapia e Relações Humanas*. (Vol. 1). (M.L., trad.). Belo Horizonte: Interlivros.

Rogers, C. (1983). *Um jeito de ser*. (4ªed). S.Paulo.EDU. (Obra original publicada em 1980)

Rogers, C. (2009). *Tornar-se pessoa*. (Entre letras, trad.). Lisboa: Padrões Culturais Editora. (Obra original publicada em 1961).

Rogers, C. (2011). *O Poder Pessoal*. (Alberto Cardoso trad.). Lisboa: Padrões Culturais Editora. (Obra original publicada em 1977, On Personal Power – Inner and its Revolutionary impact).

Salk, L. (1995). *O que toda criança gostaria que seus pais soubessem*. Rio de Janeiro: Record

Sampaio, D. (2006). *Lavrar o Mar: Um novo olhar sobre o relacionamento entre pais e filhos*. Lisboa: Editorial Caminho

Sani, A. (2011). *Temas de Vitimologia – realidades emergentes na vitimação e respostas sociais*. Coimbra: Almedina

Sani, I. (2006). Análise Social. *Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa*, 180, 884-864

Santos, C. (2004). Abordagem Centrada na Pessoa: Relação Terapêutica e Processo de Mudança. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando da Fonseca*. 18-23.

Silva, A. (2004). *Desenvolvimento de Competências Sociais nos Adolescentes: Perspectiva de Prevenção em Saúde Mental na Adolescência. (1ª Edição)*. Lisboa: Climepsi Editores

Silva, L. (2012). *Intervenção Psico-Social*. Lisboa: Universidade Aberta.

Silva, V. (2008). Adolescência: Bicho de sete Cabeças? *Artigo de Psicologia*, 1-12

Sottomayor, M. (2003). *Cuidar da Justiça de Crianças e Jovens: A Função dos Juízes Sociais*. Coimbra: Edição Almedina.

Sousa, A. (2012). *Problemas da Família e da Criança*, Lisboa: Edições Almedina

Special Representative of the Secretary-General on Violence against Children (2009). *Council of Europe Policy Guidelines on integrated national strategies for the protection of children from violence*. Acedido a 1 Set 2015. Disponível em http://srsg.violenceagainstchildren.org/document/_169

Stavrianos, C. (2009). Child Neglect: a review. *Int. J. Forensic Sci.*, 4(1), 1-13

Szymanski, H. (2004). Práticas educacionais familiares: a família como foco de atenção psicoeducacional. *Estudos de Psicologia*, 21, 5-16

Tardieu, A. (1860). Étude médico-légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur des enfants. *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*, 13, 361–398

Turnbull, A. P. & Turnbull, H. R. (2001). *Families, professionals and exceptionality: Collaboration for empowerment*. Columbus: Merrill Publishing Company (4^a ed.).

U.S. Department of Health & Human Services - Administration on Children, Youth and Families (2013). *Child Maltreatment 2013*. Acedido a 10 Out 2015. Disponível em <http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/resource/child-maltreatment-2013>

United Nations Human Rights – Office of the high commissioner (2008). *Convention on the Rights of the Child*. Acedido a 10 Ago 2015. Disponível em <http://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx>

Waiselsz, J. (2012). *Mapa da Violência 2012 – Crianças e Adolescentes do Brasil*. Rio de Janeiro: FLACSO Brasil

Winnicott, D. (1997). *A Família e o Desenvolvimento Individual*. (2.^a Ed). (Trad.) São Paulo: Martins Fontes.