



UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E SOCIOLOGIA

**MESTRADO EM PSICOLOGIA ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E
DE ACONSELHAMENTO**

**Relatório de estágio realizado na
Direção de Investigação Criminal da GNR**

Mónica Patrícia Pereira Florêncio – N.º 20101096

ORIENTADOR: Doutora Iolanda Galinha

Universidade Autónoma de Lisboa

SEMINÁRIO DE ESTÁGIO: Doutora Odete Nunes – Seminário de Estágio

Universidade Autónoma de Lisboa

Doutora Mónica Pires – Seminário de Estágio

Universidade Autónoma de Lisboa

Lisboa, Dezembro de 2013

Agradecimentos

Gostaria primeiramente de agradecer à GNR e, mais concretamente à Direção de Investigação Criminal pela sua disponibilidade em me receber enquanto estagiária. Um agradecimento em especial ao Coronel Albano e ao Coronel Rocha e ao Sargento-Chefe Vieira, pela simpatia e apoio, compreensão e conhecimentos, que me transmitiram ao longo deste período.

À Doutora Iolanda Galinha pela atenção, empenho, ajuda e disponibilidade durante estes meses, especialmente nas alturas mais sensíveis da minha vida. Foi capaz de me transmitir força e coragem, acreditando sempre no meu trabalho, mesmo quando eu estava mais desanimada.

À Mestre Luísa Mascoli pela constante monitorização, correção e discussão de todo o meu trabalho, procurando garantir-me atividades de estágio diversas e partilhando sempre o seu saber comigo.

Aos meus pais, Ângela e Manuel, e há minha irmã Sara, porque sem eles não tinha conseguido realizar os meus sonhos e prosseguir os meus estudos. Agradeço também pelo apoio que me deram nos momentos difíceis, pelas lágrimas que me afagaram, quando eu pensava que não conseguia.

À Tânia, por me ter apoiado e ajudado, dando-me motivação e ajudando-me na fase mais difícil, a rever texto e a terminar tudo.

À Eugénia, à Fernanda e ao Franco, que me ajudaram com os seus ensinamentos e sabedoria, mostrando-me que eu tinha capacidades e fazendo com que acreditasse em mim.

Dedicatória

Às Estrelas
da minha vida

Resumo

O presente relatório descreve as atividades realizadas no âmbito do estágio curricular do Mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento. O estágio foi realizado na Direção de Investigação Criminal da GNR, em Alcabideche. As atividades mais relevantes do trabalho de estágio foram: a participação em formações e as avaliações de satisfação das mesmas; a avaliação psicológica de condutores; a elaboração de um seminário; de um relatório de avaliação de um projeto; pesquisa para o seminário Caronte; finalização do guião de sessões pedagógicas; participação num simpósio sobre agressores sexuais; análise de dados sobre VD; observação de inquéritos e avaliação de risco. Paralelamente realizaram-se acompanhamentos e avaliações psicológicas, dos quais discutimos e analisámos dois casos. No final refletimos sobre as atividades desenvolvidas.

Palavras – Chave: Acompanhamento psicológico, avaliação psicológica, estágio curricular, formação, violência doméstica.

Abstract

This report describes the activities carried out under the traineeship on the Master's degree in Clinical Psychology and Counseling. The traineeship was held in the Directorate of Criminal Investigation in GNRs of Alcabideche. The most relevant activities of the traineeship work were: the participation in formation and ratings of satisfaction on the formations; psychological evaluation of drivers, the elaboration of a seminar, an evaluation report of a project; research for Caronte seminar; finalizing the script of educational sessions, participation in a symposium on sex offenders, analysis of data about VD; analyzing surveys and risk assessment. Alongside were held counseling and psychological assessments, which were discussed and analyzed two cases. In the end we reflected on the developed activities.

Keywords: Psychological counseling, psychological assessment, traineeship, formation, domestic violence:

Índice

Agradecimentos.....	II
Dedicatória.....	III
Resumo.....	IV
<i>Abstract</i>	V
Índice.....	VI
1. Contextualização do Local de Estágio	9
2. Revisão Bibliográfica.....	11
2.1. Vitimologia	11
2.2. Violência e Género.....	13
2.3. Violência Doméstica	16
2.4. Prevalência da Violência Doméstica em Portugal.....	16
2.5. Tipos de Violência	17
2.7. Consequências da violência doméstica	21
2.8. Barreiras à Denúncia da Violência Doméstica.....	22
2.9. Enquadramento legal e Planos de Intervenção.....	23
2.10. O instrumento da Avaliação de Risco	25
2.11. Intervenção Psicológica em Vítimas de Violência Doméstica.....	26
2.12. Boas práticas na Intervenção do Psicólogo em Vítimas de Violência Doméstica ..	29
2.13. A Intervenção Psicológica no Agressor	31
3. Actividades realizadas no âmbito do Estágio ou Trabalho de Estágio.....	34
3.1. Actividades de Formação e Avaliação de Formação	34
3.1.1. Preparação, Animação e Elaboração do Relatório de avaliação de formação 4º Curso de Investigação e Apoio a Vítimas de Violência Específicas	34
3.1.2. Envio, receção e elaboração de relatórios de todas as aulas do 4º Curso de Investigação e Apoio a Vítimas de Violência Específica	36
3.1.3. Finalização Guião de Sessões Pedagógicas.....	37
3.1.4. Elaboração e Animação da palestra para os Programas Especiais de Polícia e Responsabilidade Social.....	38
3.1.5. Preparação, animação e elaboração do relatório de avaliação de formação do 5º Curso de Investigação e Apoio a Vítimas de Violência Específicas	39
3.1.6. Preparação, animação e elaboração de relatórios de avaliação da formação das aulas do Curso de Promoção a Sargento-Ajudante	41
3.2. Actividades Realizadas no âmbito do Estágio	42
3.2.1. Avaliação Psicológica de Condutores	42

3.2.2. Elaboração de um programa para um Seminário	43
3.2.3. Relatório de Avaliação do Projecto IAVE	44
3.2.4. Seminário Caronte – Pesquisa de informação	45
3.2.5. “Simpósio sobre Agressores Sexuais”	46
3.2.6. Análise de dados para conferência sobre Violência Doméstica	47
3.2.7. Observação de Inquéritos e avaliação de risco sobre violência doméstica	47
3.3. Intervenção Psicológica.....	49
Referências Bibliográficas	109

Introdução

O presente relatório de estágio, uma das ferramentas necessárias para a conclusão do segundo ciclo de estudos de acordo com o Processo de Bolonha, surge no âmbito do Mestrado de Psicologia Clínica e de Aconselhamento realizado na Universidade Autónoma de Lisboa.

Este estágio decorreu na Direção de Investigação Criminal da Guarda Nacional Republicana (DIC), entre o dia 12 de Dezembro de 2011 e o dia 15 de Outubro de 2012. A sua orientação ficou a cargo da Doutora Iolanda Galinha, docente na Universidade Autónoma de Lisboa, em Seminário de estágio pela Doutora Odete Nunes e Doutora Mónica Pires e da Mestre Luísa Mascoli, por parte da DIC.

Os principais objetivos deste relatório passam por dar a conhecer o trabalho desenvolvido no estágio na Direção de Investigação Criminal da GNR. Apresenta-se dividido em quatro partes. Especificaremos, seguidamente, o que cada uma delas aborda.

Na primeira parte será feita uma pequena caracterização do local de estágio referindo, o porquê da criação deste serviço, a sua missão e objetivos, bem como o seu trabalho diário, incorporando também o papel do psicólogo nesta área e a contextualização de todo o trabalho de estágio de forma sucinta.

Na segunda parte apresentaremos um enquadramento teórico baseado nas problemáticas observadas nos acompanhamentos psicológicos realizados ao longo do estágio, bem como na maior parte do trabalho desenvolvido pela DIC. O enquadramento teórico focalizar-se-á em temas como a vitimologia, a violência e o género, a violência doméstica e a intervenção do psicólogo na violência doméstica.

Na terceira parte deste relatório exporemos, inicialmente, todo o trabalho realizado no decorrer do estágio, passando pelas reuniões, preparação de material para formação,

conferências assistidas e formações ministradas. Posteriormente, abordaremos as atividades de acompanhamento psicológico. Apresentaremos dois casos clínicos com recurso à história clínica, às avaliações psicológicas realizadas, à síntese das sessões de acompanhamentos, à análise e discussão clínica dos casos, finalizando com uma reflexão pessoal sobre cada um dos casos.

Na quarta, e última parte, faremos o conjunto das considerações finais sobre toda esta experiência de estágio, refletindo sobre as principais aprendizagens adquiridas, salientando também as dificuldades sentidas ao longo de todo o percurso, bem como os pontos fortes e as lacunas deste estágio.

1. Contextualização do Local de Estágio

O presente estágio decorreu na Direção de Investigação Criminal (DIC) da Guarda Nacional Republicana (GNR). A GNR é uma força de natureza militar, com 102 anos de existência, criada a três de Maio de 1911. É constituída por militares organizados num corpo especial de tropas com a missão de “assegurar a legalidade democrática, garantir a segurança interna e os direitos dos cidadãos, bem como colaborar na execução da política de defesa nacional nos termos da constituição da lei” (Lei nº 63/2007 de 6 de Novembro).

A GNR encontra-se organizada em três estruturas principais: a estrutura do comando, as unidades e os estabelecimentos de ensino. A estrutura do comando compreende o Comando da Guarda, os órgãos superiores e a direção. As unidades incorporam todas as outras unidades pertencentes à GNR. Os estabelecimentos de ensino são as Escolas da Guarda (EG), especialmente vocacionadas para a formação da moral, da cultura, do físico, do militar e técnico-profissional, dos militares da guarda e ainda para a atualização, especialização e valorização dos seus conhecimentos.

A DIC faz parte do Comando Operacional (CO), pertencente à estrutura de comando da GNR, e sendo regida pela LOIC, lei nº 49/2008, de 27 de Agosto. Apresentando como principais competências “a investigação dos crimes cuja competência não esteja reservada a outros órgãos de polícia criminal e ainda dos crimes cuja investigação lhes seja cometida pela autoridade judiciária competente para a direção do processo.” (Lei nº 49/2009, 2009). Comporta três tipos de atividade principais: a investigação criminal, a polícia técnica e a análise de informação criminal. Encontrando-se organizada em secções, tal como mostra o organograma (anexo A), o estágio decorreu na Secção de Ciências Sociais e Criminais (SCSC).

O papel do psicólogo na DIC incorpora a atuação em duas áreas da Psicologia: a área organizacional e a clínica. No âmbito organizacional o psicólogo dá resposta ao nível dos pareceres, estudos, planos, formações e pedidos de expediente, recorrendo sempre ao suporte científico de forma a justificar e fundamentar as suas escolhas. As funções clínicas passam pelo atendimento aos militares, bem como às vítimas de violência que recorrem ao NIAVE (Núcleo de Investigação e Ajuda a Vítimas de Violência Específica). Ao psicólogo pode também ser solicitada a realização de avaliações de condutores ou/e avaliações psicotécnicas.

Neste estágio, foi proposto ao estagiário o desempenho de funções em todas as áreas de atuação do psicólogo na DIC, de forma que o estagiário apreendesse e compreendesse todos os métodos de trabalho na organização. Nomeadamente, os objetivos passaram pelo desenvolvimento de competências e aptidões em funções consultivas, de estudo, planeamento, formação, avaliação e aplicação de métodos e processos de natureza técnica e científica, que fundamentam e preparam a tomada de decisão. Os acompanhamentos clínicos estavam também contemplados nos objetivos deste estágio, especialmente direcionados para vítimas de violência doméstica, provenientes do atendimento nos NIAVE. Por último, o trabalho na organização incorporava ainda a observação dos inquéritos realizados às vítimas, no âmbito dos processos judiciais.

2. Revisão Bibliográfica

Segundo Lourenço e Carvalho (2001) a Violência Doméstica é definida como sendo uma agressão aos sistemas de normas, aos valores e à integridade física da vítima.

A violência doméstica é uma problemática que existe na nossa sociedade desde que há memória. Grande parte do trabalho desenvolvido na DIC encontra-se relacionado com a violência doméstica, tornando-se pertinente abordar esta temática de forma mais pormenorizada. Teremos de compreender o fenómeno em termos históricos e o porquê de existir uma maior propensão da mulher como vítima e do homem como agressor. Posteriormente, focalizamo-nos nas diversas definições, dinâmicas e consequências da violência doméstica. Iremos abordar o enquadramento legal atual da violência doméstica, bem como os programas de intervenção psicológica disponíveis para as vítimas e agressores, bem como, o papel do psicólogo e as boas práticas de intervenção identificadas nesta área.

2.1. Vitimologia

O termo vitimologia é descrito pela primeira vez na década de 40, por Hans Von Hentig e Mendelsohn, sendo gerador de conflitos, pois era percebido por alguns teóricos como um ramo da criminologia e por outros como uma ciência independente. Devido aos constantes desacordos surge, na década de 80, a Sociedade Mundial de Vitimologia, que vem sistematizar, através das suas investigações, ideias importantes. A vitimologia pretende estudar as causas da vitimização criminal, as suas consequências e todas as suas reações que daí pudessem advir. A definição inicial do conceito apenas tinha em conta a dimensão criminal. Posteriormente, com o evoluir dos estudos foram incorporadas na definição as medidas sociais, políticas e legislativas, bem como, o próprio conceito de vítima. O estatuto de vítima refere-se a qualquer pessoa que tenha

sofrido algum dano, seja físico, psicológico, emocional, económico ou de qualquer outro caris (Gonçalves & Machado, 2002).

Estudar a vítima nunca foi uma grande preocupação, os investigadores não pretendiam saber porquê aquela vítima e não outra. O grande enfoque recaía todo no estudo do agressor e no ato que o mesmo tinha cometido. Posto isto, as primeiras teorias descritas focalizam-se mais em perceber a vítima (Gonçalves & Machado, 2002).

Hans von Henting (1948) e Mendelsohn (1963) tentando compreender melhor o que ocorria às vítimas, postularam as primeiras teorias da vitimologia, apelidadas de teorias *Blaming the Victims (Culpabilizando as Vítimas)*. Defendiam que havia uma propensão da vítima para a sua vitimização, ou seja, nasciam predispostas para serem vítimas, uma vez que apresentavam comportamentos inatos que precipitavam o crime. As teorias foram fortemente criticadas, pela culpabilidade excessiva apontada às vítimas. No entanto, a ideia ainda não foi abandonada na totalidade, ainda hoje, em alguns casos, a culpa recai sobre o comportamento da vítima (Neves & Fávero, 2010).

Com a evolução do pensamento surgiram as teorias da oportunidade, criticando as teorias anteriores, onde a tónica recai sobre o risco de ocorrência e a oportunidade para realizar o ato. Dividindo-se em dois modelos: o dos estilos de vida e o das atividades rotineiras. O primeiro refere que as pessoas possuem características no seu estilo de vida, que as expõem a um maior risco de vitimização, com o meio onde vivem, onde trabalham, as companhias que escolhem ou os seus próprios comportamentos. O segundo modelo expõe que os padrões de rotina podem ser facilitadores do ato, pois o agressor consegue facilmente perceber o padrão das atividades da vítima, tornando mais fácil o ato. No entanto, é necessário que o alvo seja adequado e que o criminoso se assegure de que não será apanhado (Neves & Fávero, 2010).

Nestas teorias a vítima deixa de ser inata para ser comportamental, ou seja, deixa de nascer predisposta a ser vítima, passando a adquirir comportamentos que a levam a ser vítima. Contudo, não se retira responsabilidade à vítima, pois é o comportamento da mesma que está na base da agressão (Neves & Fávero, 2010).

Com o intuito de tentar quebrar a tendência de penalizar as mulheres pelos crimes que sofrem, surgiu a perspectiva e teorias feministas. Estas desenvolveram os seus estudos, sobretudo na violência onde o sexo feminino é o principal lesado. Falaremos com maior pormenor desta temática, quando abordarmos as diferenças de género. Todavia, as preocupações e estudos abrangiam todas as faixas etárias e todos os tipos de crimes (Neves & Nogueira, 2004).

A vitimologia hoje em dia tenta aliar a teoria à prática, estudando os processos de vitimização, o *modus operandi* e as características dos agressores. Apostando na formação, que deverá ocorrer tanto ao nível dos profissionais que interagem com as vítimas, como da sociedade (Gonçalves & Machado, 2002; Sani, 2011).

2.2. Violência e Género

As diferenças existentes entre homens e mulheres foram ao longo do tempo descritas na literatura, existindo a necessidade de definir determinadas características que descrevessem ambos os géneros. Segundo Dias e Machado (2008) o género refere-se à construção social da masculinidade e da feminilidade. No entanto, não é de todo um conceito reducionista, na sua génese o termo é o mais abrangente possível, não se focalizando apenas nas diferenças entre homens e mulheres. Pretendendo, de uma forma mais ampla, explicar as construções sociais das relações homem/homem e mulher/mulher. Contudo, é importante perceber as diferenças apontadas entre homens e mulheres, tentando compreender a violência primordialmente exercida sobre as mulheres (Saffioti, 1999).

Aos olhos da sociedade o papel de homem e de mulher foi sempre diferente. O homem é visto como um ser racional, cultural, intelectualmente e fisicamente superior, dotado para liderar e para garantir o sustento da família. A mulher é vista como um ser emocional, irracional, intelectualmente inferior, focalizada para seguir os seus instintos, o seu papel de mãe e de esposa. No entanto, as diferenças estendem-se ao nível morfológico, sexual, psicológico e social (Fleck & Wagner, 2003; Lisboa, Barroso, Patrício, & Leandro, 2009).

Morfologicamente a mulher apresenta uma estatura menor, menos força física e um cérebro com dimensões menores, comparativamente ao homem. Do ponto de vista sexual existe uma maior relevância dada ao órgão sexual masculino. A relação sexual visava a satisfação do homem e a procriação, sendo que para a mulher os objetivos se prendiam com a maternidade. Psicológica e socialmente o homem possuía características inatas para liderar, para trabalhar e sustentar a casa, focalizando-se em assuntos políticos e da sociedade. À mulher cabia o papel de cuidadora, de mãe e mulher dócil que estava sempre pronta a servir o esposo. O seu papel na sociedade era menor, uma vez que era considerada inferior e vulnerável (Castro & Baltazar, 2011; Giffin, 1991).

Todavia, na década de 60, com o surgimento dos movimentos feministas, as mulheres começaram a reivindicar os seus direitos, criando novas diretrizes políticas e judiciais para a violência e os maus tratos no seio familiar (Alvim & Souza, 2005). Trazendo uma nova forma de pensamento, quebrando as crenças culturais existentes e mostrando que o homem não tinha que deter uma autoridade excessiva, a fim de proclamar a sua função patriarcal. A partir deste momento a luta pela igualdade de género, em diversas áreas, começou a ser cada vez mais demarcada, as mulheres adotaram novas posições na sociedade (Neves & Nogueira, 2004).

De acordo com Dias e Machado (2008) do ponto de vista teórico surgiram algumas abordagens que vêm relacionar a violência conjugal com o gênero. Nomeadamente, as abordagens individualista, estruturalista e interaccionista. A abordagem individualista diferencia os homens e as mulheres, mostrando que ambos possuem traços femininos e masculinos, mas a característica ligada à agressão é exclusivamente masculina e a vitimização ligada à feminilidade. No entanto, estudos posteriores referem que não se tenta perceber a agressividade masculina e se reduz o comportamento de ambos os sexos.

A abordagem estruturalista acredita que a noção de gênero põe homens e mulheres em papéis desiguais na sociedade. Os homens são mais incitados ao uso da violência, enquanto às mulheres é ensinado que não se devem envolver em desacatos. Refere ainda que as vítimas de violência conjugal sofrem consequências diferentes, de acordo com as suas características. Na sua generalidade a taxa de violência é variável de acordo com o contexto estrutural em que as pessoas se inserem (Dias & Machado, 2008).

A abordagem interaccionista defende que a violência ocorre independentemente do gênero, dependendo do momento, da situação e do contexto, que antecede o ato, sendo explicada em qualquer faixa etária. No homem a violência é vista como abusiva, caso seja exercida perante mulheres e crianças e como um ajuste de contas entre homens. Relativamente à mulher o uso de violência é designado em legítima defesa, sempre que atinge um homem, ou que a situação assim o permita, entre mulheres é vista como desnecessária e perante crianças os seus atos são sempre punidos (Dias & Machado, 2008).

A violência conjugal está ligada às questões de gênero e também às questões relacionais entre os casais. Contudo, não nos podemos esquecer que as normas culturais também têm um grande peso na violência doméstica (Canço & Santos, 2011).

2.3. Violência Doméstica

Segundo Wiewiorka (1997) a violência é vista como qualquer forma intencional de coagir ou intimidar uma pessoa, lesando os seus direitos e a sua integridade. No caso concreto da violência doméstica esta é definida como um comportamento violento exercido, sobre qualquer pessoa pertencente ao agregado familiar, de forma continuada. Recorrendo a qualquer tipo de violência, desde a negligência ao abuso sexual. Os atos podem ser perpetrados sobre qualquer faixa etária e género, não necessitando o agressor de coabitar no mesmo espaço físico, podendo ainda apresentar qualquer tipo de parentesco com a vítima (Manita, Ribeiro, & Peixoto, 2009).

Na literatura encontramos várias denominações e conceitos ligados à violência, especificamente contra as mulheres. Nomeadamente a violência doméstica, a violência conjugal e a violência nas relações de intimidade (Garabedien, Lain, Garcia, Williams, & Crofford, 2011; Heise, 1994). A violência conjugal restringe-se aos comportamentos violentos entre conjugues, companheiros e ex-companheiros (Almeida & Soeiro, 2010). A violência nas relações de intimidade inclui todo e qualquer ato violento ocorrido em qualquer relacionamento íntimo, abrangendo a violência no namoro e a violência entre casais homossexuais (Manita *et al*, 2009).

O conceito de violência doméstica engloba todos os outros dentro do seu âmbito de estudo. O conceito mais redutor é o de violência conjugal, pois restringe mais a possível vítima e o possível agressor. Na literatura encontramos muitas vezes a alusão aos três conceitos, inúmeras vezes de forma mal colocada, definindo incorretamente as situações (Maia, 2012).

2.4. Prevalência da Violência Doméstica em Portugal

A definição de violência doméstica abrange todas as faixas etárias, desde a violência em crianças até à violência em idosos. Todavia, apesar de percebermos que devido a

superioridade masculina sempre existiu um grande número de vítimas mulheres, as vítimas homens e idosos registados começam a ser significativamente relevantes (McGarry, Simpson, & Hinchliff-Smith, 2011).

Os dados das queixas registadas na GNR, relativamente ao ano de 2012, são interessantes porque nos permitem perceber como tem evoluído esta tipologia de violência ao longo dos tempos. No que concerne, aos dados da violência doméstica entre conjugues, apurou-se um total de 10752 queixa registadas durante todo o ano de 2012, com maior incidência de queixas nos meses de verão, Julho (1087), Agosto (1185) e Setembro (1082). Relativamente aos distritos de ocorrência verificou-se um maior número de casos no Porto (1703), em Aveiro (1176) e em Braga (1082). As queixas recebidas na GNR não passam só pela violência conjugal, passam também pela violência doméstica sobre crianças, violência no namoro e violência doméstica contra idosos. O número de queixas aumentou comparativamente ao número de queixas registadas no ano anterior (GNR, 2012).

Relativamente à violência no namoro, os dados de queixas registradas são de um total de 227 processos, onde 208 são mulheres e 18 são homens. A faixa etária das vítimas com maior percentagem é entre os 19 e os 25 anos, igualmente à dos agressores que perpetraram os atos. O maior número de queixas realizou-se em Leiria (45), Faro (43) e Braga (32) (GNR, 2012).

2.5. Tipos de Violência

A fim de exercer os atos de violência sobre a vítima, o agressor utiliza formas de violência típica, bem como estratégias bem definidas. Estas evoluem de acordo com o grau de intensidade dos atos cometidos. Descritas na literatura encontramos as seguintes forma e estratégias, que iremos definir em seguida: a violência emocional e psicológica,

a violência verbal, a violência física, o isolamento social, o abuso econômico, a negligência e a violência sexual (Dodd, 2009; Harpe & Boonzaier, 2011).

Segundo Silva, Coelho e Caponi (2007) a *violência emocional e psicológica* pode ser executada de forma ativa ou omissa, podendo adquirir a forma de insultos, críticas, humilhações, gritos, acusações e injúrias, até ao desprezo e o desinteresse total pela vítima. As ações e omissões podem ocorrer em público ou em privado, podendo não envolver apenas o agressor e a vítima. Os danos causados à vítima são o prejuízo da sua identidade, a baixa autoestima, a baixa autoconfiança e o amor por si próprio, a afetação do desenvolvimento da própria pessoa, a anulação de si e o sofrimento (Day, Telles, Zorratto, Azambuja, Machado, & Silveira, 2003).

A *violência verbal* ocorre quando o agressor recorre à utilização de termos vexatórios e depreciativos, levando a vítima a sentir-se inferiorizada e humilhada, criando um sofrimento de ordem psicológica e emocional. A *violência física* sucede quando existe o uso da força física sobre a vítima. As lesões causadas podem ser externas e/ou internas. O agressor pode agredir a vítima utilizando o seu próprio corpo (mãos, pés, joelhos e cotovelos), ou recorrendo a objetos (armas cortantes, de fogo, ou objetos existentes no local) (Maia, 2012; Simmons, Lehmann, & Collier-Tenison, 2008).

O *isolamento social* é outra das estratégias utilizadas pelo agressor, impedindo a vítima do contato com os seus familiares e amigos. Esta é utilizada para manter os comportamentos, do agressor, encobertos. O agressor recorre muitas vezes ao *abuso econômico* restringindo o acesso e o uso do dinheiro e bens à vítima, ficando esta dependente economicamente do agressor (Bostock, Plumpton, & Pratt, 2009; Maia, 2012; Manita *et al*, 2009).

A *negligência* ocorre quando o cuidador/agressor se esquece da responsabilidade que possui sobre determinada pessoa/vítima, este esquecimento pode ocorrer em diversos aspectos. A *violência sexual* ocorre quando o agressor através do uso da sua força física obriga a vítima à realização de determinadas práticas sexuais, podendo ainda recorrer a outros tipos de violência em simultâneo, ou ao uso de armas de fogo, drogas ou álcool (Maia, 2012; Manita *et al*, 2009).

Em suma, o agressor possui à sua disposição diversas formas de exercer violência sobre a vítima, podendo estas ocorrer isoladamente ou em simultâneo. Sendo o principal objetivo do agressor controlar e impor a sua força perante a mesma.

2.6. Fases e Ciclo de Violência

As várias estratégias e formas de violência evoluem ao longo do processo, sendo que a ordem descrita anteriormente poderá delinear a evolução dos acontecimentos, embora estes possam iniciar-se de forma arbitrária, não seguindo a ordem descrita. Na maior parte dos atos relatados e ocorridos, percebe-se que os agressores utilizam mais do que uma forma de violência. A violência verbal, emocional e psicológica ocorre simultaneamente aquando da agressão física (Cavanaugh, et al., 2012; Dodd, 2009).

As agressões não surgem de forma inesperada, mas sim de acordo com um acumular de pequenas situações que desencadeiam o comportamento. O padrão de comportamento começa a tornar-se cíclico, uma vez que mantêm sempre a mesma rotina. Esta tende a evoluir de acordo com dois processos: o ciclo de violência e a própria evolução do fenómeno (Ribeiro & Sani, 2009). O ciclo de violência doméstica encerra três fases: a fase de tensão, a fase de agressão e a fase de lua-de-mel. A primeira fase, fase de tensão, inicia-se com o surgimento de discussões e conflitos, sem grande significado, entre a vítima e o agressor. A discussão começa a ganhar uma proporção

maior, existindo um aumento de tensão e levando à segunda fase (agressão) (Maia, 2012; Manita *et al*, 2009).

A fase da agressão surge quando a tensão atinge o seu exponencial máximo, nesse momento a violência verbal alia-se à física. No momento da agressão, a vítima tende a agir de duas formas, ou riposta a agressividade, tentando defender-se; ou não reage, de forma a tentar apaziguar o mais rapidamente o ataque. No fim da agressão a vítima pode necessitar de ajuda médica, devido à gravidade das lesões (Maia, 2012; Manita *et al*, 2009).

Após a agressão, o agressor tende a justificar o seu ato atribuindo as culpas à vítima, ou afirmando não saber por que o fez, dando início à terceira fase, da lua-de-mel. O agressor manifesta o arrependimento pelos atos cometidos, justificando-se com racionalizações e culpabilizando a vítima, fazendo-a acreditar que não se repetirá. A partir deste momento o agressor começa a ser mais carinhoso e compreensivo, passando a dar mais atenção à vítima. Esta fase pode durar entre vários meses a apenas dias, tendo tendência a existir um encurtamento de tempo, entre a terceira fase e o recomeço do ciclo (Maia, 2012; Manita *et al*, 2009).

Relativamente à evolução, intensidade e perigosidade dos atos, sabe-se que com o passar do tempo os atos tendem a ser mais frequentes, aumentando a sua intensidade e perigosidade, podendo culminar no homicídio. Com o aumento destes fatores o impacto negativo para a vítima vai sendo cada vez maior, podendo esta atingir o seu momento de saturação e decidir afastar-se (Almeida & Soeiro, 2010; Ribeiro & Sani, 2009).

Concluimos que as agressões cometidas na violência doméstica têm um processo cíclico que tende a diminuir o seu período de ocorrência e a aumentar a sua intensidade.

2.7. Consequências da violência doméstica

Alhabib e Jones (2010) mostram através dos seus estudos que a violência doméstica como ato continuado causa à vítima problemas físicos, psicológicos e relacionais. Segundo DePrince, Priebe e Newton (2011) os problemas mais comuns passam pelos danos físicos, as perturbações do sono e da alimentação, da imagem corporal, disfunção sexual, recorrência a sentimentos negativos (culpa, medo, vergonha), problemas cognitivos e de memória, ansiedade, fobias, ataques de pânico, problemas de autoestima, isolamento social, depressão e stress pós-traumático. As vítimas tendem a adotar alguns comportamentos, ao longo do tempo, que levam às problemáticas acima descritas.

De acordo com Dodd (2009) ao nível físico as lesões passam pelos hematomas, fraturas, lesões vaginais e perda de dentes. No que respeita ao período de sono a vítima deixa de dormir, com medo de ser agredida, entrando em hipervigilância. A vítima passa a sentir-se ansiosa com medo de uma nova agressão, culpabilizando-se pelas agressões que sofre, consequentemente sofre uma baixa de auto estima, isolando-se de todos os que a rodeiam (Adeodato, Carvalho, Siqueira, & Souza, 2005). Este quadro intensifica-se quando a vítima entra em depressão, passando a ter comportamentos de ideação suicida, podendo chegar a efetuar o ato (Garabedien *et al.*, 2011).

A depressão e o *stress* pós-traumático podem ser quadros clínicos que acompanhem a vítima ao longo da sua vida, podendo estas estar ou não medicadas. No que respeita ao stress pós-traumático os sintomas podem não ser sentidos de imediato, mas as vítimas passam a evitar falar de experiências vividas, ou mesmo determinados locais, atividades ou pessoas (Hatzenberg, Lima, Lobo, Leite, & Kristensen, 2010; Matlow & DePrince, 2012).

Todavia, nem todas as mulheres apresentam um quadro clínico tão grave, uma vez que o impacto traumático do ato não é percebido de igual forma por todas as vítimas. O impacto irá depender da frequência dos atos, da sua severidade, do tipo de agressão e do contexto. É pertinente conhecer a história anterior da vítima, sabendo se esta já sofreu de algum tipo de vitimização (Oliveira & Jorge, 2007; Pesce, 2009). Também é importante dar a conhecer à vítima que necessita de uma rede de apoio, ao nível familiar, pessoal, sócio-comunitário e institucional. O total isolamento pode aumentar o impacto traumático da vitimização (Alvim & Souza, 2005; Deprince, *et al*, 2011).

2.8. Barreiras à Denúncia da Violência Doméstica

A vítima apesar de todas as agressões sofridas prefere muitas vezes, ao invés de denunciar o caso, remeter-se ao silêncio. Os estudos mostram que as vítimas apresentam motivos bem definidos para ficar, em vez de abandonarem a relação. Concretamente, a percepção da vítima sobre os possíveis riscos do rompimento da relação; o desconforto e a vergonha face à exposição da situação e a esperança de que o agressor mude o seu comportamento (Brown, James, & Taylor, 2010; Googlin & Dunn, 2010) A vítima neste processo acaba por se isolar e negar-se socialmente, sentindo-se sozinha e não sabendo a quem recorrer. O agressor é também, por si só, uma barreira à denúncia, uma vez que exerce uma pressão psicológica na vítima, ameaçando-a a diversos níveis. Concretamente ao nível financeiro, da ameaça, do medo e do isolamento social (Hetling & Zhang, 2010; Rahman, Hoque, & Makinoda, 2011)

No entanto não só o agressor é uma barreira à denúncia, também as instituições e a própria família podem constituir barreiras, através da vitimização secundária e terciária. A *vitimização secundária* ocorre quando a vítima tem de relatar a sua história, quer ao militar, quer em tribunal, ou em todas as outras instâncias, relembando aquilo que vivenciou (Deprince *et al*, 2011). A *vitimização terciária* é aquela que ocorre em

contexto social e familiar, pois em ambos os contextos se tende a falar do assunto, fazendo com que a vítima se recorde do acontecimento. Os comentários podem também ser negativos, acusando e culpabilizando a vítima pelo sucedido. A vítima sente-se abalada psicologicamente, preferindo colocar um fim rápido ao processo (Correia & Vala, 2003).

Devido a todos estes aspetos torna-se difícil para a vítima deixar a relação, mesmo que quisesse muito fazê-lo existem diversas barreiras que a impedem de sair da relação. A vítima recorre muitas vezes à denúncia, mas também aí se poderá sentir exposta e vitimizada várias vezes, ao ter que relatar o ocorrido diversas vezes. Este é um tipo de barreira colocado pelas próprias instituições, uma vez que a vítima pode querer denunciar, com medo de contar o que ocorreu (Manita *et al*, 2009).

2.9. Enquadramento legal e Planos de Intervenção

O código penal português contempla desde 4 de Setembro de 2007 a lei nº 59/2007 que regulamenta a violência doméstica, passando esta a ser um crime público, sendo o Ministério Público o detentor do processo, dando início ao mesmo sempre que assim achar conveniente. A denúncia poderá ser efetuada por qualquer cidadão ou meio de comunicação social, de forma identificável ou anónima. Segundo o artigo 152º da lei nº59/2007 os comportamentos punidos por lei são: os maus tratos físicos e psíquicos, os castigos corporais, as privações da liberdade e as ofensas sexuais. Podendo estes ser perpetrados por conjugues, ex-cônjuges, pessoas com relação análoga sem coabitação (incluindo pessoas do mesmo sexo) e progenitores, tal como refere a definição de violência doméstica. A punição vai de um a dez anos de prisão, incluindo penas acessórias de proibição de contato com a vítima, uso de pulseira eletrónica ou frequência em programas de prevenção (Lei nº 59/2007, 2007).

A lei preocupa-se com a integridade física, pessoa e mental da vítima, bem como com a sua dignidade. O Ministério Público em consonância com as forças de segurança (Castanho, et al., 2012) preocupam-se em proteger a vítima, mas também em sensibilizar para a prevenção através da realização de campanhas e criação de rede de apoio. (Lei nº 112/2009, 2009). O governo, através da implementação dos planos nacionais contra a violência doméstica, tenta combater, alertar e sensibilizar toda a sociedade para esta problemática. Os principais objetivos dos planos são: sensibilizar e prevenir; intervir de forma a proteger a vítima; investigar e estudar o fenómeno (Resolução de Conselho de Ministros nº 55/99, 1999). A saúde psicológica de vítimas e agressores encontra-se também contemplada, definindo que o atendimento a ambos deve ser multidisciplinar, quer em centros de saúde ou em hospitais. A vítima deverá ter acompanhamento psicológico e o agressor deverá ser inserido em programa de ajuda especializados. Deveriam também ser criados manuais de boas práticas no atendimento às vítimas, de forma a unificar o atendimento, o encaminhamento e o acompanhamento (Resolução do conselho de ministros nº 100/2010, 2010).

A GNR tem um papel importante e ativo nesta problemática, apostando na ajuda, intervenção e sensibilização das vítimas e da sociedade em geral. Aquando da reorganização da investigação criminal, foi desenvolvido o projeto IAVE (projeto de Investigação e de apoio a vítima de violência específicas), que tem como objetivos qualificar o tratamento das matérias relacionadas com as problemáticas da violência cometidas sobre mulheres, crianças, pessoas idosas e outros grupos específicos, apostando numa investigação de crime exímia (Lei nº 21/2000, 2000; Despacho 07/03 – OG, 2003). A fim de cumprir esses objetivos foram criado os núcleos de investigação e de apoio a vítimas específicas (NIAVE) e as equipas de investigação e inquérito dos postos territoriais (EII Pter). Ambos tentam ajudar as vítimas e familiares de forma

qualificada, especializada e voltada para a problemática, proporcionando um auxílio ao nível policial, do próprio processo penal e ao nível psicossocial. Para que tal ocorra é necessário preparar os militares através de formação específica, nomeadamente do curso de investigação e de apoio a vítimas específicas (Despacho 07/03 – OG, 2003).

Os formandos têm formação com profissionais especializados da própria instituição, bem como de associações de apoio à vítima, da Universidade do Minho, da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens, da polícia judiciária ou até mesmo do Ministério Público. Tentando proporcionar uma experiência o mais abrangente possível, com informação pertinente e atualizada. Os militares frequentam ações de formação promovidas pelo Ministério da Administração Interna, bem como palestras, conferências e congressos dentro da área de atuação, a fim de preparar melhor o atendimento prestado. Relativamente ao apoio psicológico, os militares possuem uma rede de contatos como associações, instituições e redes de apoio, para que possam fazer o reencaminhamento das vítimas (Despacho 07/03 – OG, 2003).

2.10. O instrumento da Avaliação de Risco

As forças de segurança (GNR e PSP) utilizam a avaliação de risco como instrumento para medir o risco de reincidência na violência doméstica. A avaliação de risco tem como principal objetivo a possibilidade de prevenção de posteriores danos, bem como o auxílio na tomada de decisão sobre medidas de segurança e coação (Almeida & Soeiro, 2010). No último ano o instrumento foi atualizado de forma a torná-lo mais curto, sistematizando o processo o mais possível, mas continuando a produzir informações válidas e seguras. O novo modelo encontra-se aferido e validado para a população portuguesa (Castanho, et al., 2012)

As forças de segurança deverão passar o instrumento no ato da queixa, aproveitando o facto de conhecerem a história da vítima, avaliando também o risco de uma possível

reincidência. Os militares devem possuir alguma sensibilidade ao colocar as questões, mostrando sempre compreensão pelo que a vítima relata, realizando uma abordagem clara e transparente. Isto ajudará a vítima a sentir-se bem, incentivando-a a contar o ocorrido sem receio (Almeida & Soeiro, 2010). No final da avaliação se se verificar a existência de risco, este deverá ser assinalado convenientemente, a fim de serem tomadas as medidas de segurança necessárias, para que não aconteçam situações graves e irreversíveis. A avaliação de risco torna-se assim um processo dinâmico, que deve ser elaborada de forma profissional, fazendo uma avaliação clara e sendo prontamente tomadas medidas a fim de evitar danos maiores (Castanho, et al., 2012; Quaresma, 2012).

Em suma, a avaliação de risco é um instrumento utilizado para avaliar o risco de futuras agressões. As forças de segurança devem utilizá-lo a fim de prevenir futuras agressões às vítimas (Almeida & Soeiro, 2010).

2.11. Intervenção Psicológica em Vítimas de Violência Doméstica

As vítimas de violência doméstica, bem como todos os seus intervenientes no processo, necessitam de ajuda ao nível psicológico, uma vez que a violência não deixa apenas marcas físicas, mas também psicológicas. O acompanhamento psicológico constitui um recurso importante, pois ajuda todos os intervenientes a falar do problema, prevenindo o agravamento de possíveis danos psicossociais. Os serviços de apoio às vítimas, bem como aos agressores, começam a proliferar no nosso país (casas abrigo, I.P.S.S., O.N.G.), oferecendo uma ajuda cada vez mais ampla e diferenciada aos intervenientes (Dodd, 2009; Iberson, Shenk, & Fruzzeti, 2009; Walker, 1995). A vítima procura ajuda psicológica devido a motivações internas, como a sua própria segurança ou dos seus filhos ou a tentativa de acabar com os maus tratos. No entanto, a vítima possui receios, como o medo da reação do agressor; as expectativas criadas em torno da

ajuda recebida; ou as opiniões da família e dos amigos, que a impedem de procurar ajuda. A vítima pensa bastante antes de dar esse passo, não reagindo por impulso (Bostock *et al*, 2009; Matos, 2006)

A intervenção psicológica em vítimas de violência doméstica surge na década de 60/70 pelos estudos das teorias feministas, que referiam haver a necessidade de criar um modelo de intervenção acessível e útil. As diferentes correntes da psicologia debruçaram-se sobre esta temática surgindo modelos cognitivo-comportamentais, integrativos, psicodinâmicos, existencialistas, intervenções na crise, hipnose, terapia conjunta de casais, entre outros (Harris, 1986; Lundberg, 1990). Todos os modelos possuem um objetivo em comum, a capacitação da vítima para o seguimento da sua vida (Machado, 2004; Matos & Machado, 1999).

Financeiramente, as intervenções psicológicas pesam nos orçamentos das redes de apoio. Estas optam na grande maioria das vezes pelo modelo de intervenção na crise, pelo facto de ter um número limite de sessões, doze. O modelo foi construído com base nas teorias feministas e do trauma, atuando no momento de crise em que a vítima se encontra. Uma vez que decide procurar ajuda, encontra-se no seu ponto de rutura, estando em crise, necessitando de ajuda naquele momento (Matos & Machado, 1999).

O modelo proporciona alguns ensinamentos às vítimas: ensina-lhes as dinâmicas associadas à violência doméstica (ciclo de violência, atitudes do agressor); ajuda tanto a vítima como os seus filhos, contribuindo para a não re-vitimização; estimula o *empowerment* (Rahman *et al*, 2011). As mudanças que poderão ocorrer fazem-se sentir ao nível da tomada de decisão, aumento da autoestima, diminuição da dependência do agressor e aumento da sua própria autoavaliação. O psicólogo tem o objetivo de ajudar as vítimas para que estas consigam reverter todos os seus quadros de medos, baixa autoestima e ansiedades (Lundberg, 1990; Matos & Machado, 1999).

Por exemplo, na Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2009), o apoio psicológico tem a duração de 10 sessões, com periodicidade semanal, no decorrer de 2 meses, devendo cumprir o contrato terapêutico, quanto ao horário e frequência. Não existe um modelo padrão, devendo o psicólogo optar por aquele que habitualmente utiliza. O objetivo principal do acompanhamento é possibilitar à vítima a criação dos seus próprios recursos internos e externos.

Outros dos modelos utilizados na intervenção com vítima de violência doméstica são os modelos em grupos formais, como o “*Pattern Changing for Abused Women*” (*Padrão de Mudança para Mulheres Abusadas*) ou o “*Freedom Programme*” (*Programa de Liberdade*). Este tipo de programas tem como principal objetivo a educação das mulheres, a fim de compreenderem a problemática em que vivem, mas também no poder que têm para mudar a sua própria vida, ganhando autoconfiança e autonomia. A fim de alcançar estes fins, os facilitadores devem conhecer o programa corretamente, promovendo o *empowerment* e a ajuda mútua. Os programas mencionados são utilizados predominantemente no Reino Unido (Martins, et al., 2008).

Um estudo europeu realizado, em 2013, pelo Centro de Estudos para a Intervenção Social (CESIS), em cinco países (Reino Unido, Letónia, Bulgária, Itália e Holanda), pretendeu compreender e comparar as perceções das vítimas sobre o acompanhamento psicológico recebido. O estudo apresentou resultados importantes no que diz respeito ao porquê da procura de ajuda das vítimas. As mesmas referem terem chegado a um ponto de rutura e desespero, devido à violência e abuso crónico, sentindo receio que a violência aumentasse de tal forma que pudesse pôr em risco a sua vida. O medo das agressões e comportamentos violentos para com os filhos é também mencionado como causa. As vítimas apresentavam poucas ou nenhuma expectativas relativamente ao

acompanhamento psicológico, referindo que necessitam apenas de ajuda, de um ambiente seguro e de alguém que as escutasse.

Após o término do acompanhamento as vítimas afirmavam possuir grandes mudanças psicológicas, passando a possuir: maior autoestima, dignidade, confiança, *empowerment*, maior capacidade de lidar com o *stress* e com os sentimentos negativos (vergonha, desespero e solidão). Na relação com os seus filhos sentiram melhorias ao nível afetivo, sendo mais carinhosas e comunicativas. Relativamente à capacidade de perspetivar o futuro, passaram a sentir-se mais felizes, adquirindo uma nova postura sobre a vida, vontade e capacidade de planear o futuro e uma grande vontade de viver. Ao nível social, as capacidades de comunicação e de resolução de problemas tornaram-se também maiores. Em suma, existiram melhorias globais, bem como, na compreensão da violência doméstica e do seu ser (CESIS, 2013).

O estudo analisou também a perceção dos terapeutas face às intervenções psicológicas. Estes afirmavam que as vítimas possuem necessidades bem estruturadas e específicas, como a necessidade de segurança emocional e física. As vítimas necessitam: de ser escutadas, compreendidas sem nunca serem ou se sentirem julgadas, e adquirir competências e técnicas que possibilitem às vítimas superar e/ou evitar a violência. Resumindo, o processo de intervenção, independentemente do modelo utilizado (este não se encontrava em análise), deve proporcionar à vítima, segurança, capacidade de reagir em situações de crise, bem como, o aumento de diversas competências (CESIS, 2013).

2.12. Boas práticas na Intervenção do Psicólogo em Vítimas de Violência Doméstica

O papel do psicólogo é importante na intervenção psicológica em vítimas de violência doméstica, mas deverá possuir determinados princípios de conduta.

Concretamente, deverá saber que a vítima possui receio em contar o sucedido, devendo o psicólogo tentar criar uma relação de confiança com a vítima. O primeiro passo para o estabelecimento dessa relação será informar a vítima que toda a conversa será confidencial, que será atendida sozinha, que irá acreditar na sua história e apoiar as suas decisões. A fim de tentar criar este relacionamento, a forma de comunicar (verbal e não verbal) do psicólogo é importante, devendo ter especial atenção ao tom de voz, mantendo-o calmo e cordial. Também os gestos e os movimentos devem ser controlados, evitando que estes sejam bruscos, a fim de não causar receio à vítima. A expressão facial deverá ser contida, mesmo que os relatos sejam violentos. O psicólogo deve transmitir de forma clara quais os pressupostos do contrato terapêutico, apresentando um discurso claro, respeitando os sentimentos da vítima (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, 2006; Manita *et al*, 2009).

O psicólogo deverá ter uma atitude de aceitação, fazendo com que a vítima sinta que pode confiar plenamente no psicólogo, que não irá ser julgada, nem achar que está a mentir. Deverá também concentrar-se totalmente naquilo que a vítima diz, a fim de que se sinta escutada e mostrar que está disponível (Manita *et al*, 2009; Wetzel & Ross, 1983). Em determinados momentos a vítima poderá pedir sugestões, questionando o psicólogo sobre o que fazer, este deverá informar a vítima de todas as possibilidades que têm ao seu dispor e de como fazê-lo. No entanto, nunca deverá insinuar a vítima a seguir determinado caminho ou solução. O papel do psicólogo deverá ser meramente informativo e não de imposição, não dando soluções, conselhos pessoais, ou fazendo juízos de valor, que pertencem à esfera pessoal e não à técnica. O psicólogo não deverá influenciar a vítima, pois não se encontra no lugar da mesma, mesmo sendo empático (Maia, 2012; Wetzel & Ross, 1983).

A vítima durante as sessões tem tendência a expressar os seus sentimentos de diversas formas, através do choro, de hesitações ou mesmo de silêncios. O psicólogo deverá saber lidar com os sentimentos da vítima, para esta se sentir segura e acompanhada. Deverá deixar que a vítima chore, bem como respeitar o silêncio, não obrigando a vítima a verbalizar nada, entendendo que o silêncio é uma forma de comunicar. Estes aspetos são importantes para que o acompanhamento produza efeitos positivos na vítima. Os aspetos anteriores são para ser tidos em conta pelo psicólogo, podendo ser resumidos em aspetos chave, como a escuta ativa e a empatia, utilizando sempre uma comunicação clara e assertiva (Wetzel & Ross, 1983).

2.13. A Intervenção Psicológica no Agressor

Os agressores possuem também programas de intervenção, apesar de estes nem sempre serem bem vistos, considerando-se um mau gasto financeiro, pelo facto de serem culpados. A intervenção em agressores surge com o intuito de reeducar, de proteger as vítimas e de diminuir a reincidência. Em Portugal, os programas de intervenção para agressores começaram a surgir no final da década de 90. Um dos primeiros modelos é o do projeto Duluth – *Duluth Domestic Abuse Intervention Project (DAIP)*, mas também em Portugal se desenvolveram programas específicos, concretamente no GEAV – Gabinete de Estudos e Atendimento a Vítimas (e Agressores) (Manita, 2008; Walker, 1999).

Em Portugal, são usados principalmente dois tipos de modelos: o psicoeducacional e o psicoterapêutico. O primeiro modelo tem a duração de 24 sessões mínimas, com o objetivo de educar o agressor para a não-violência. São trabalhadas nas sessões as dinâmicas da violência doméstica, as estratégias de controlo utilizadas pelos agressores e a tomada de consciência dos atos cometidos. O modelo psicoterapêutico desenvolve-se em 40 sessões, onde para além dos ensinamentos do modelo anterior, se pretende

realizar uma transformação pessoal no agressor. O trabalho com o agressor dá-se ao nível cognitivo, emocional e comportamental (Harpe & Boonzaier, 2011; Manita, 2008).

Os estudos revelam a existência de três tipos de agressores em violência doméstica; os que visam ganhar poder e controlo, através da agressão física; os que possuem também problemas mentais; os que possuem personalidades com falhas. Desta forma surgem algumas dificuldades em intervir com os agressores, uma vez que existem diferentes tipos de agressores que já cometeram o crime (Harpe & Boonzaier, 2011). Outras das dificuldades prende-se com o facto dos agressores não se encontrem motivados para iniciar o tratamento, achando que não necessitam de ajuda. Os agressores possuem também uma grande capacidades de manipulação, podendo utilizar o programa de intervenção para manipulação da sentença (Gonçalves, 2004;; Walker L. E., 1999). É necessário definir normas antes do agressor iniciar o programa, como a realização de um contrato terapêutico explícito, sendo que o agressor deverá concordar com o mesmo antes do início do programa. Existem três regras principais: o agressor não pode mais agredir a vítima; o terapeuta poderá contactar a vítima para pedir informações; o terapeuta pode denunciar o agressor caso as agressões recomeçem ou o terapeuta ache necessário (Manita, 2008;Walker L. E., 1999).

Estudos recentes mostram que os programas de intervenção podem ter algumas falhas. As vítimas sentem que apesar dos programas promoverem melhorias nos agressores, no entanto, a violência física cessa, mas muitas vezes dá origem à violência psicológica, pois os agressores utilizam a informação psicoeducacional recebida sobre a violência doméstica, a fim de manipularem as vítimas, ao invés de melhorarem os seus comportamentos. Sendo esta a grande falha apontada à intervenção que deveria ser trabalhada (Harpe & Boonzaier, 2011).

Resumidamente, apesar da existências dos programas para agressores, estes possuem aspetos positivos, ligados às aprendizagem das dinâmicas da violência doméstica e, aspetos negativos, relacionados com o que o agressor poderá fazer com a informação recebida.

Em sumula, inicialmente podemos constatar que existiam duas teorias que colocavam a vítima mulher como tendo maior propensão para sofrer violência. A primeira referia que a vítima tinha comportamentos que provocam o ato violento, por parte do agressor. A segunda fazia uma distinção entre violência e género, apoiada na distinsão dos papéis sociais de homem e mulher, apontando uma inferioridade feminina e consequentemente uma tendência para sofrerem violência doméstica. Com o decorrer do tempo, as vítimas deixaram de ser apenas do sexo feminino, passando a existir enumeras vítima do sexo masculino e de todas as faixas etária.

Os estudos sobre o fenómeno de VD evoluíram, mostrando que o mesmo possui definição própria, fases e ciclos de violência e barreiras à denúncia. Do ponto de vista legal, existe também uma legislação própria, sugestão de planos de intervenção para melhoria e uma avaliação de risco, que apoia a decisão. A intervenção psicologia tem vindo a ser trabalhada, surgindo estudos que apresentam ideias importantes ao nível da intervenção psicológica na vítima e no agressor, bem como nas boas práticas que o psicólogo deverá ter.

3. Actividades realizadas no âmbito do Estágio ou Trabalho de Estágio

No âmbito do estágio foram realizadas diversas atividades que são descritas em seguida. O trabalho de estágio encontra-se dividido em: actividades gerais como palestras, reuniões, preparação e animação de formações, tal como mostra o cronograma (anexo B); e intervenções psicológicas, onde descrevemos os acompanhamentos psicológicos, bem como as avaliações realizadas, focalizando-nos em dois casos clínicos. O estágio teve a duração de 604 horas, decorridas entre Dezembro de 2011 e Outubro de 2012. Decorria duas a três vezes por semana entre às 9h e as 17h30. Tendo este tempo sido distribuído pelas atividades que iremos referir seguidamente.

Iremos começar por apresentar as atividades gerais do trabalho de estágio e, seguidamente as intervenções psicológicas.

3.1. Actividades de Formação e Avaliação de Formação

A estagiária já tinha realizado um estágio autoproposto na instituição a quando do 3º ano de licenciatura em psicologia, pelo que não foi necessária a habitual apresentação e explicação do modo de funcionamento do local de estágio. O estágio teve então início imediato. Seguidamente, faremos a descrição sucinta das actividades realizadas.

3.1.1. Preparação, Animação e Elaboração do Relatório de avaliação de formação 4º Curso de Investigação e Apoio a Vítimas de Violência Específicas

O estágio iniciou-se com a preparação de uma aula a ser dada no 4º Curso de Investigação e Apoio a Vítimas de Violência Específicas, para 25 profissionais da GNR. O tema da aula seria a “Psicossociologia dos Agressores”, sendo esta ministrada pela orientadora de estágio, Dr^a Luísa Mascoli, na Escola da Guarda em Queluz. O tema foi incluído no curso apenas neste ano, sendo necessário elaborar o suporte informático para a aula, alguns apontamentos para os formandos e o questionário de avaliação da qualidade da formação. Todo o material foi elaborado em conjunto, entre a estagiária e a

orientadora de estágio. A estagiária esteve também presente e participou na animação da formação. Foi distribuído o questionário de avaliação da formação que apresenta uma parte quantitativa e outra qualitativa (anexo C). A avaliação tem como finalidade perceber a satisfação dos militares com a formação, bem como quais as melhorias que poderiam ser introduzidas em cursos posteriores. No final da aula, os militares puderam tirar algumas dúvidas questionando-nos sobre: como poderiam alertar as vítimas, para a existência dos NIAVES; como deveriam agir em caso de denúncias recorrentes; como deveriam realizar corretamente a avaliação de risco, a fim de poder prevenir uma nova situação.

Finalizada a formação era necessário elaborar o relatório de avaliação da formação, com base nos questionários preenchidos. A estagiária executou o relatório de avaliação (anexo D) que continha uma parte introdutória, apresentando o curso, outra correspondente à análise dos dados quantitativos e, no final, fazia-se a análise do conteúdo, contendo propostas de melhoria. Posteriormente, a orientadora de estágio procedeu a algumas rectificações, enviando o relatório para o diretor da DIC. Os resultados indicaram que os militares consideraram que a temática tinha sido adequada e pertinente para o curso, bem como a formadora tinha conseguido explicar corretamente os conteúdos. Entre as melhorias apontadas realça-se a existência de mais formações deste género.

Esta experiência foi bastante enriquecedora, uma vez que a estagiária pôde ter contato direto com os militares, podendo perceber as dúvidas que têm quando estão a trabalhar, com vítimas de violência doméstica. A estagiária apercebeu-se da experiência concreta que os militares possuem ao longo dos seus dias de trabalho, bem como as suas dúvidas e incertezas.

3.1.2. Envio, receção e elaboração de relatórios de todas as aulas do 4º Curso de Investigação e Apoio a Vítimass de Violência Específica

Após a recepção do relatório de avaliação de formação por parte do diretor, este achou que o mesmo deveria ser feito para todas as disciplinas, a fim de perceber quais as melhorias que deveriam ser efectuadas no curso. Pediu à orientadora de estágio e à estagiária que realizassem questionários para avaliação de cada um dos módulos ministrados. Sendo necessário elaborar os respectivos relatório de avaliação e enviá-los, via *email*, para todos os militares presentes nos cursos, com um prazo de 5 dias para resposta e devolução. Uma vez que após o prazo estipulado não haviam sido recepcionados todos os questionários, realizaram-se chamadas telefónicas a alertar para o envio dos mesmos. No entanto, ficaram alguns questionários por devolver, dando-se início à análise e à elaboração dos relatórios. Os relatórios (anexos D) tiveram a mesma estrutura do relatório anterior, conseguindo perceber-se quais as aulas que os militares perceberam como mais e menos benéficas, bem como as melhorias que poderiam ser realizadas. No que refere aos principais resultados, os militares preferiam que as aulas tivessem um caris mais prático, com a discussão de casos, bem como pequenas dinamizações reais. No que concerne à insatisfação, estas incidem sobre a pouca atenção dada a algumas temáticas. Do ponto de vista da organização, o apoio administrativo, a duração do curso e a carga horária, poderiam sofrer melhorias.

Foi uma experiência interessante, o facto de falar telefónicamente com os militares, uma vez que a estagiária conseguiu perceber algumas das limitações que os militares possuíam, como as falhas de Internet, o facto de não ter *scanner*, ou o pouco tempo para poderem responder ao inquérito. A estagiária sentiu, também, que os militares aproveitaram aquele momento para desabafar, mostrando a sua insatisfação face à forma

como tinham que trabalhar, por vezes o mesmo é difícil, uma vez que não possuem o material necessário.

3.1.3. Finalização Guião de Sessões Pedagógicas

A Lei nº 12/2009 prevê que as forças de segurança crie abordagens específicas para a prevenção de violência doméstica em idade escolar. Tendo isto em conta aquando do primeiro estágio voluntário realizado pela estagiária na organização, foi iniciada a criação de um referencial de formação, a fim de que os militares pudessem alertar os alunos do primeiro ciclo de escolaridade para esta problemática. O principal objetivo era mostrar às crianças a quem podem e devem recorrer quando existe um caso de violência doméstica. No primeiro estágio, elaborou-se um power point para possível apresentação, sendo o mesmo apresentado a uma turma teste, percebendo qual a aceitação e compreensão por parte dos alunos. Seguidamente deu-se início à realização de um guião de sessões pedagógicas que deveria acompanhar o suporte informático, esquematizando ponto por ponto, aos militares da escola segura, o que dizer em cada momento e como deveria ser conduzida a sessão. O guião sublinhava cuidados a ter no decorrer na ação, nomeadamente o facto de as crianças não falarem umas em cima das outras, tentando que cada um participasse. Referia também alguns cuidados que os militares deviriam ter com as crianças, como o cuidado com a linguagem utilizada, sendo que esta deveria ser adequada à idade, ao nível de ensino e com expressões de fácil compreensão.

Com o intuito de criar um guião o mais uniformizado possível, fomos ao Centro de Doutrina e Formação da GNR, local que rege as formações dadas na instituição, para uma reunião, com um representante do mesmo, com o objetivo de perceber quais as remodelações que tínhamos de fazer no guião já existente, a fim de o tornar numa publicação oficial da GNR. Na reunião foram limadas algumas lacunas que o guião

possuía, foi-nos também fornecido um guião anterior a fim de utilizarmos o mesmo modelo já existente. Realizamos as retificações necessárias após a reunião com o Centro de Doutrina e Formação, o guião foi entregue superiormente, encontra-se a aguardar finalização por parte do Centro de Doutrina e Formação (anexo E).

Nesta atividade a estagiária teve que realizar algo voltado especificamente para as crianças, tendo que rever metodologias e conceitos muito próprios, tais como os conceitos de moralidade e os estágios de desenvolvimento de Piaget, para criar algo que fosse facilmente perceptível e de acordo com o desenvolvimento das crianças. Ao nível das competências aprendidas estas encontram-se direcionadas para a execução de documentos específicos de formação, tal como um referencial e um guião de formação.

3.1.4. Elaboração e Animação da palestra para os Programas Especiais de Polícia e Responsabilidade Social

Foi pedido à orientadora de estágio que fosse ministrar duas palestra para os *PEPRS* (Programas Especiais de Polícia e Responsabilidade Social). A palestra seria ministrada em dois locais. A primeira, na Escola Prática em Queluz para 149 militares de diversos comandos territoriais (Faro, Évora, Beja, Portalegre, Santarém, Setúbal, Lisboa e Leiria). A segunda teria lugar no centro de formação na Figueira da Foz, para 114 militares dos comandos territoriais de Coimbra, Castelo Branco, Guarda, Viseu, Aveiro, Porto, Braga, Viana do Castelo, Vila Real e Bragança. A apresentação intitulava-se “Psicologia comunicacional da criança, adolescente, adulto e idoso”, inserida no âmbito do módulo “Comunicar em Segurança”.

A estagiária colaborou neste objetivo com a orientadora de estágio, realizando inicialmente uma pequena reunião onde se definiram quais os conceitos teóricos a abordar, a estrutura da apresentação, bem como a mensagem a transmitir. Iniciou-se a pesquisa e elaborou-se o suporte de apresentação em conjunto. A orientadora decidiu

que a apresentação seria feita com recursos a um novo modelo de apresentação (Prezi), um modelo totalmente *online*, com a finalidade de trazer modernidade e interatividade à apresentação, motivando os formandos para os conteúdos abordados. Os conteúdos abordados referiam as dimensões da comunicação humana, a forma como as crianças comunicam ao longo do seu crescimento, a forma atual de comunicação dos adolescentes, a forma de comunicar nos adultos e os seus princípios de aprendizagem, nos idosos as mudanças existentes ao nível da comunicação. Nos dias estipulados, dirigiram-se aos locais a fim de ministrar as palestras.

Nesta atividade, a estagiária sentiu-se enquadrada mesmo sendo o número de formandos maior que o habitual, bem como a exigência da comunicação. Foi importante perceber que os formandos reagiram bem à nova forma de apresentação, com menos conceitos, menos formal e mais direcionada para as necessidades concretas dos militares. No final quando os militares abordam e tiram dúvidas relacionadas com formas de comunicar em casos concretos, citando casos ocorridos e questionando se tiveram uma comunicação adequada ou não, a experiência passa a ser mais enriquecedora. Isto ocorre uma vez que aprendemos concretamente quais as dificuldades sentidas pelos militares ao nível da comunicação. Especificamente a estagiária adquiriu competências relacionadas com as dimensões da comunicação, na comunicação específica em adultos, sendo também importantes as competências adquiridas no âmbito da comunicação com os idosos e das barreiras à sua comunicação.

3.1.5. Preparação, animação e elaboração do relatório de avaliação de formação do 5º Curso de Investigação e Apoio a Vítimas de Violência Específicas

O 5º Curso de Investigação a Vítimas de Violência Específica realizou-se com a finalidade de formar mais 25 militares, com o objetivo de passarem a fazer parte do projeto IAVE. A formação decorreria de segunda a sexta. À DIC foi incumbida a

ministração de três módulos da formação: “Criminologia e Vitimologia” (anexo F), “Psicossociologia dos Agressores” (anexo G) e “Psicossociologia idoso e do deficiente” (anexo H). No primeiro módulo, os conceitos abordados recaíram sobre as definições de criminologia, vitimologia e de vítima, bem como da sua contextualização histórica e a pertinência dos temas quando se trabalha diretamente com vítimas. No segundo módulo, os aspetos abordados foram: as definições de psicossociologia, agressores e *profiling*; a importância da psicologia e do direito na área criminal; as tipologias do agressor conjugal; a investigação científica ligadas aos agressores conjugais em Portugal; avaliação de risco e casos práticos com análise. No terceiro módulo realizou-se a caracterização dos idosos e dos deficientes, analisou-se as estatísticas portuguesas percebendo o aumento do número de idosos, especificando-se alguns cuidados a ter e apresentou-se os tipos de violência exercida e os fatores de risco. O primeiro e o último módulo ficaram a cargo de outra militar da secção e o segundo a cargo da orientadora de estágio. À estagiária coube-lhe o acompanhamento e a elaboração de todos os módulos. Inicialmente começou-se por reestruturar os conteúdos do primeiro módulo “Criminalidade e vitimologia”, seguidamente pesquisar e desenvolver os conteúdos do terceiro módulo e, por fim, atualizar o segundo módulo.

Na semana do curso, a estagiária colaborou com a orientadora na apresentação do módulo “Psicossociologia dos Agressores” e, com a militar no módulo “Criminologia e Vitimologia”. No que respeita ao último módulo, “Psicossociologia do Idoso e do Deficiente”, a estagiária foi convidada a ministrá-lo em conjunto com a militar. A estagiária esteve também presente na sessão de encerramento, percebendo como se desenrola todo o processo de preparação, implementação e avaliação da formação na instituição.

A orientadora do estágio aplicou o questionário de avaliação da formação, para sua própria informação e para melhorar o nível dos conteúdos. Desta forma, os dados referentes ao módulo “Psicossociologia dos Agressores” foram trabalhados, sendo produzido um relatório, tal como o definido no curso anterior (anexo I).

Nesta formação tivemos uma participação mais ativa, uma vez que participamos na animação da formação, mas também porque na sua preparação tentamos criar algo de acordo com o pretendido pelos militares, criando uma formação voltada para as suas necessidades. Aprendemos competências de formação, como a forma correta de comunicar, as dificuldades de comunicação no decorrer da formação, bem com as formas de manter a atenção de adultos.

3.1.6. Preparação, animação e elaboração de relatórios de avaliação da formação das aulas do Curso de Promoção a Sargento-Ajudante

Foi solicitado à DIC que ministrasse um módulo no Curso de Promoção a Sargento-Ajudante que estava a decorrer na Escola da Guarda. A formação deveria ser dada às três turmas, abordando a temática da violência de uma forma abrangente, uma vez que cada turma teria duas aulas sobre a temática. Foram destacados pelo diretor da DIC três formadores, incluindo a orientadora de estágio, Dr^a Luísa Mascoli. Nestas ações de formação a estagiária participou apenas no seu término e esteve presente nas aulas dadas pela Dr^a Luísa. A formação abordava temáticas não apenas a violência doméstica do ponto de vista científico, mas também prestando especial atenção ao enquadramento legal, de forma a que os militares saibam como agir. Incorporando uma análise forense, relembrando como deviam agir no local do crime, o que não deveriam mexer, como deveriam recolher a prova de forma adequada ou o que deveriam fotografar. Foi dada especial atenção à avaliação de risco, uma vez que estava a ser trabalhado com o

Ministério de Administração Interna um novo modelo a ser implementado, mostrando aos militares como preencher corretamente e qual a importância.

As formações decorreram com normalidade, conseguindo cumprir o programa estipulado pelos três formadores. Sendo que o suporte utilizado foi construído em conjunto pelos três. Na última aula de cada turma, tal como é hábito na metodologia da secção, procedeu-se à resposta ao questionário de avaliação da formação recebida e posteriormente elaboração de relatório (anexo J).

Os militares desta formação pareciam menos interessadas no assunto, não participando tanto, nem colocando questões, quando o faziam estavam relacionados com assuntos não abordados. Não conseguimos apurar o porquê da desmotivação. Aprendemos bastante no que refere ao enquadramento legal, especificamente como classificar as diferentes tipologias de crime (violência doméstica, *stalking*, negligência e maus tratos). Na parte respeitante à recolha e preservação dos meio de prova a estagiária aprendeu como as provas devem ser recolhidas, quais os cuidados que se deve ter na preservação, conservação e recolha de prova, a observação atenta do local do crime, os indícios apresentados tanto pelas provas como pelo próprio local do crime.

3.2. Atividades Realizadas no âmbito do Estágio

3.2.1. Avaliação Psicológica de Condutores

Uma das tarefas do local de estágio consiste na avaliação psicológica de condutores. A orientadora de estágio e a estagiária realizaram uma avaliação psicológica de condutores a um dos militares, para renovação da carta de condução de automóveis pesados de mercadorias e/ou de automóveis (categorias C1, C, C1E, CE). A avaliação ainda se encontrava desenhada segundo a legislação anterior. A GNR utiliza o Sistema de teste de Vienna, este meio de diagnóstico é utilizado para avaliação e diagnóstico em computador. Os exames de diagnóstico psicológico são realizados através de um equipamento de testes informatizados, que dispõem de uma ampla gama de testes

psicológicos padronizados e aferidos para avaliação psicológica nos domínios das competências intelectuais, perspectivo-cognitivas, mnésicas, motoras, de personalidade e comportamentais. No caso específico dos testes de avaliação de condutores, os testes utilizados são: teste de reações complexas e múltiplas em ecrã; teste de reações simples e de escolha em ecrã; teste do labirinto; teste cognitivo; o teste projectivo Zulliger (versão de três pranchas do Rocharch). Inicialmente o militar respondeu a um pequeno questionário, posteriormente passou-se o Zulliger e finalmente realizaram-se os outros testes. A estagiária assistiu a todo o processo, com o consentimento do militar, sem nunca interferir. No final, é entregue o relatório que determina se o condutor se encontra ou não apto para renovar as categorias da carta de condução, sendo redigido de acordo com a legislação em vigor e entregue no mesmo dia (anexo L).

Foi uma aprendizagem importante uma vez que foi a primeira vez que a estagiária assistiu a este tipo de avaliação, passando a conhecer as especificidades dos testes. Tendo considerado a experiência como enriquecedora pelo facto de ter adquirido mais conhecimentos sobre testes psicológicos, concretamente uma bateria específica, vocacionada para a psicologia do tráfego. A estagiária ficou também a saber como interpretar e analisar os dados dos testes de forma correcta.

3.2.2. Elaboração de um programa para um Seminário

Como projeto de estágio foi sugerida pela estagiária a elaboração do 1º Seminário de Ciências Sociais e Criminais. O seminário teria como principal objetivo dar a conhecer o trabalho realizado pela DIC, mostrando como os militares realizam a investigação criminal, quais as técnicas utilizadas para recolha, análise e conservação dos meios de prova, bem como, o trabalho desenvolvido na prevenção e formação nestas áreas, ao longo dos seus dez anos de existência. Focalizando-se no trabalho desenvolvido pelas áreas de atuação dos militares da DIC. Realizando-se uma pesquisa referente a

seminários, criando um programa, bem como todos os documentos referentes à organização do mesmo (custos, material necessário). Após o término do projeto (anexo M) este foi entregue à orientadora para correção, seguindo para o diretor da DIC, que verbalizou que o mesmo tinha que ficar à espera de aprovação superior, mas que a ideia era muito boa. Até há data do fim do estágio, e por uma questão de cabimento orçamental, o seminário não se realizou.

3.2.3. Relatório de Avaliação do Projecto IAVE

No estágio voluntário foi iniciada a avaliação do projeto IAVE, cuja finalidade era a avaliação dos dez anos de trabalho desenvolvido pelos militares, que diariamente trabalham na área da violência doméstica. Foram criados inquéritos a fim de avaliar a qualidade dos serviços prestados às vítimas, bem como de avaliar a satisfação dos próprios militares com a organização, pelo que a avaliação foi interna e externa, pedindo também às vítimas e às redes de apoio que avaliassem o trabalho realizado pelos NIAVE. No actual estágio, após 15 meses, os dados já tinham sido recolhidos, bem como já haviam sido trabalhados, havendo resultados concretos. Tornou-se necessário elaborar um relatório com o intuito de dar a conhecer os dados a toda a instituição. Pela extensão do relatório apenas apresentaremos as conclusões em anexo, de forma a não repetir informação (anexo N).

O relatório de avaliação do projeto IAVE visa dar a conhecer os resultados da avaliação realizada através dos questionários, bem como tecer considerações finais e apontar possíveis melhorias a serem implementadas. A elaboração do relatório foi complexa, sendo precisas muito reuniões e bastantes revisões. Como os questionários utilizados tinham por base a CAF – Common Assessment Framework, o relatório baseava-se nas normas da mesma. Contudo, sofreu algumas alterações de forma a tornar-se mais prático de interpretar para a própria instituição. A complexibilidade e o

número de revisões por parte de várias pessoas da estrutura, implicou uma demora no trabalho, sensivelmente, de janeiro até junho. No final, o trabalho realizado foi ao encontro da expectativa de todos. Tornando-se uma ferramenta importante para a instituição, uma vez que mostra a toda a instituição o trabalho que tem sido realizado ao longo destes anos, no melhoramento das condições de atendimento às vítimas de violência doméstica. Os resultados mostram que as vítimas e os cidadãos encontram-se muitos satisfeitos com a imagem, acessibilidade e serviço prestado pelos NIAVE, bem como as entidades externas/ parceiros. Os militares também se encontram satisfeitos com: o projeto IAVE; envolvimento dos investigadores; a liderança; a gestão comunicacional; ambiente de trabalho. O relatório apresenta sugestões de melhorias que deveriam ser implementadas ao nível dos serviços *online*, processo de gestão dos recursos humanos, nos equipamentos informáticos, nos serviços sociais e nas salas de apoio à vítima.

O trabalho realizado foi exaustivo e complexo. No entanto, a estagiária aprendeu como fazer um relatório, de acordo com as normas desta instituição. Segundo, a troca de ideias fizeram com que alargasse o seu campo de conhecimento, com que trocasse experiências com outras pessoas. As competências adquiridas encontram-se na esfera do trabalho em equipa, na partilha de ideias, na aceitação de pontos de vistas distintos. Aprendeu também a gerir os seus próprios estados emocionais e relacionais, em momentos de stress. No que respeita às componentes teóricas adquiriu competências no ponto de vista da gestão organizacional e da estatística.

3.2.4. Seminário Caronte – Pesquisa de informação

A APAV (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima) organizou um seminário com base no projeto europeu Caronte, que visa a criação de um manual de apoio para os familiares das vítimas de homicídio. A GNR foi convidada a fazer uma exposição oral

intitulada “1º Contato da Notícia da Morte – Apoio a vítimas de homicídio, familiares e amigos”. Mais concretamente como as forças de segurança deveriam dar a notícia da morte. Foi pedido à DIC que realizasse uma pesquisa e posteriormente uma breve linha condutora, a fim de que o orador destacado pudesse, depois, construir a sua apresentação. Após reunião com a orientadora ficou deliberado que a pesquisa inicial ficaria a cargo da estagiária e que a elaboração da possível linha condutora de orientação da palestra, ficaria a cargo da orientadora. Uma vez que a GNR não possui concretamente uma norma de comunicar a notícia da morte, a pesquisa foi efetuada tendo em conta a comunicação de más notícias, como dar a notícia da morte e o processo de luto. Finalmente, a informação foi entregue ao orador para que o mesmo elaborasse a apresentação.

Ao nível das aprendizagens estas recaem sobre: a forma correta como dar notícia inesperadas e que necessitam de alguma sensibilidade, os cuidados específicos que se devem ter em diferentes situações, o processo de luto e as reações dos familiares.

3.2.5. “Simpósio sobre Agressores Sexuais”

A GNR recebeu um pedido a fim de se fazer representar no Simpósio sobre Agressores Sexuais, que teria lugar no Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, sobre a organização da Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica. Ficou deliberado que a orientadora iria ao simpósio com a estagiária a fim de representar a GNR. No dia do Simpósio a estagiária e a orientadora de estágio, estiveram presentes no simpósio, com o objetivo de receber informações sobre o que se tem produzido cientificamente nesta área, para uma atualização dos militares sobre diversas temáticas.

3.2.6. Análise de dados para conferência sobre Violência Doméstica

A fim de realizar uma comunicação numa conferência, tornou-se necessário analisar estatisticamente os dados existentes sobre a violência doméstica nos mapas mensais dos NIAVE. Os dados remontavam aos anos de 2010, 2011 e 2012 e ainda se encontravam em bruto, sendo necessário perceber as suas oscilações. Nomeadamente, a idade dos agressores e das vítimas, no tipo de crime cometido, mostrando assim o panorama a nível nacional. Foi decidido que seria feita uma análise anual, pelo que era necessário somar todos os dados mensais, de cada um dos 21 NIAVES. Para trabalhar os dados estatisticamente tivemos que os introduzir em excel. a fim de os contabilizar. Contudo, a introdução dos dados foi bastante complexa. O trabalho foi realizado em parceria com outra militar que se encontrava na secção. Inicialmente foram contabilizados todos os dados pertencentes a 2010, bem como alguns de 2011, deixando os restantes a cargo da militar.

A estagiária sentiu que os dados existentes poderiam ser trabalhados, gerando conhecimento, através da realização de artigos científicos, que posteriormente poderiam ser publicados, a fim da comunidade saber quais os dados reais do número de vítimas em Portugal. As aprendizagens realizadas prenderam-se com a análise e interpretação de dados, questionando e analisando os dados antes da sua introdução.

3.2.7. Observação de Inquéritos e avaliação de risco sobre violência doméstica

A observação dos inquéritos realizados pelos militares dos NIAVE surgiu com o intuito de aproximar a estagiária o mais possível da experiência vivida por um militar. Mostrando não apenas o lado do psicólogo, mas também a percepção do militar quando está perante a vítima ou o agressor e ouve o que têm para relatar naquele momento. A sua função era a de acompanhar o militar no inquérito, com o consentimento prévio da

vítima, apenas observando o trabalho do militar. A meio da sessão de inquérito era realizada uma pequena pausa, para a vítima descansar. Nesse momento, trocavam-se algumas ideias com o militar. As mesmas recaíam sobre dúvidas relativamente ao que a vítima tinha relatado, surgindo assim novas questões que o militar poderia colocar à vítima. No final, o militar realiza a avaliação de risco de reincidência e percebia qual a decisão da vítima face ao caso. Seguidamente o militar fazia o encaminhamento que achavam conveniente, mediante tudo aquilo que foi relatado, mostrando à vítima todas as soluções que tem ao seu dispor.

O encaminhamento poderia ser para uma possível nova conversa, caso a vítima não tivesse chegado a uma conclusão. Como também poderá ser psicológico ou judicial, consoante aquilo que o militar e a vítima achassem adequado. O militar sugere algumas redes de apoio, como associações e IPSS'S, a fim de que a vítima tenha todo o auxílio que necessita, de acordo com aquilo que pretender.

Após o término do inquérito, havia uma pequena reunião, onde se abordava o seguimento que acharíamos que o caso teria, mediante as escolhas feitas pela vítima. Relativamente ao agressor, tentavasse perceber como seria o decorrer do inquérito, bem como qual seria o seguimento que o Ministério Público poderia dar ao caso. Esta reunião final era importante, pois o militar contava muitas vezes as suas frustrações face aos casos, realçando que a vítima escolhe várias vezes dar uma nova oportunidade ao agressor. O militar referia também que outro quadro de comportamento padrão da vítima era o de desculpabilizar o agressor, principalmente quando não era a primeira vez que era agredida. As verdadeiras razões pelas quais os militares achavam que a vítima tinha receio em seguir com o processo judicial em diante, prendiam-se com a independência financeira, com o medo que sente pelo agressor, ou pelo medo do sofrimento dos filhos, tal como descrito na literatura.

A experiência ensinou a estagiária a ver todos os lados da questão, aprendendo e sentindo na pele como o militar experiencia naqueles momentos e quais as suas frustrações, ou ansiedades, em saber qual será o seguimento que a vítima dará ao caso. No que diz respeito às vítimas, apercebemo-nos o quando lhes custa o inquérito, uma vez que têm de relatar o ocorrido. Este desconforto era visível no sofrimento e na vergonha espelhados no rosto das vítimas. Vizualizamos também quais os argumentos de desculpabilização utilizados pela vítima.

3.3. Intervenção Psicológica

Relativamente às atividades de acompanhamento psicológico foram realizados quatro acompanhamentos psicológicos e duas avaliações psicológicas.

Os casos I e II, que serão seguidamente apresentados, foram selecionados devido à sua complexidade e pertinência, face ao local de estágio, uma vez que possibilitam uma reflexão e análise de diversos fatores, presentes na revisão bibliográfica, bem como pela sua história pessoal, relatando violência doméstica, abuso sexual, negligência e violência psicológica. Todos os nomes mencionados são fictícios, a fim de salvaguardar a privacidade dos clientes.

Seguidamente apresentar-se-ão os casos clínicos escolhidos.

Caso I

A cliente tinha 42 anos, era de nacionalidade Portuguesa, divorciada e vivia com o filho no conselho de Cascais. Frequentou o primeiro ano da licenciatura em Psicologia, o qual nunca terminou. Ao nível profissional era agente de seguros há vários anos.

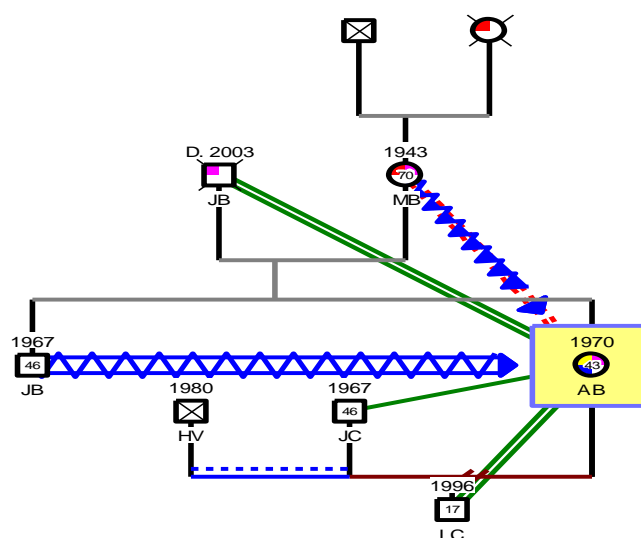
A cliente foi encaminhada por um militar da GNR, após a ter encontrada caída ao pé do posto. Durante o acompanhamento psicológico veio a revelar que ia tentar fazer uma denúncia da mãe. A cliente referiu ter sido agredida física e verbalmente pela mãe, após discussão na casa da progenitora. O pedido explícito feito pela cliente foi a ajuda para

ultrapassar o processo de depressão em que se encontrava. O pedido latente era a ajuda no processo de vitimização que viveu ao longo de vários anos.

Desde há 7 meses que se encontra de baixa, após lhe ter sido diagnosticado uma reincidência do cancro facial. Há seis meses foi operada à face, iniciando a radioterapia e quimioterapia de prevenção. Após o diagnóstico começou a sentir vontade de chorar, a ficar com irritabilidade e com desinteresse por tudo. Refere também ter insónias e bastante ansiedade. Há três meses ingeriu medicação em excesso a fim de tentar o suicídio pela terceira vez. Três semanas antes do acompanhamento tinha experienciado desmaios e quedas. Sendo-lhe diagnosticado dois angiomas, que podem ser a causa dos sintomas. No momento do acompanhamento estava a ser seguida no Instituto Português de Oncologia pelos problemas oncológicos e pelos angiomas. É ainda seguida pela psiquiatria, referindo ter uma depressão crónica e encontrando-se medicada com antidepressivos e ansiolíticos, sedativos e hipnóticos.

No que refere à observação preliminar, verificou-se que a cliente I demonstra ter um aspeto cuidado no que refere ao vestuário, ao cabelo e à maquiagem. A cliente foi bastante colaborante, mantendo contacto visual e chorando quando o assunto era mais delicado e lhe causava algum tipo de sofrimento.

O discurso da cliente é fluído e compreensível, não apresentando alterações de estado de consciência, nem da percepção. A cliente fala voluntariamente sobre os seus sentimentos, possuindo uma grande necessidade de falar. O processo de raciocínio da cliente é lógico e coerente. A atividade psicomotora é adequada, acompanhando o seu movimento. Ao nível dos afetos estes são congruentes com o seu humor, havendo uma variação na expressão facial, no tom de voz e nos gestos executados com as mãos. Apesar disto os afetos eram voláteis e oscilavam várias vezes entre o choro e uma atitude normal.

Figura 1: Genograma da cliente I

História Clínica

Quanto à sua história pessoal, a cliente sabe que a sua mãe teve uma gravidez normal, que ocorreu sem ser planeada, já possuindo um filho três anos mais velho. Nasceu no seio de uma família de classe média, vivendo apenas com o ordenado do pai, que trabalhava na construção civil. Nasceu de parto normal sem complicações, amamentando do seio materno até aos três meses de idade. Em termos de desenvolvimento, a cliente iniciou a marcha por volta dos onze meses, não se recordando de mais aspetos desenvolvimentais.

As recordações da cliente começam aos 4 anos de idade, altura em que começa a praticar ginástica de solo e natação, desportos dos quais gostava bastante. Praticou ginástica de competição até aos 12 anos. Nessa altura teve hepatite, engordando 20 kg e deixando de gostar de se ver nos fatos de ginástica. Neste momento adquire comportamentos anoréticos, deixando de comer. Quando os pais se apercebem passa a ter comportamentos bulímicos, recorrendo ao vómito após as refeições. Era descrita pelos seus pais como sendo uma criança extrovertida, amigável e refilona.

Entrou para a escola aos seis anos de idade, recordando-se de ter sido uma boa aluna, cumprindo as regras estabelecidas e fazendo os trabalhos de casa. Em termos de desenvolvimento social refere que possuía muitos amigos na escola, com quem brincava, mas não partilhava a sua intimidade familiar com eles. Foi sempre uma boa aluna tirando boas notas. Até ao oitavo ano teve um percurso escolar normal. A partir dessa altura começa a faltar às aulas para estar com os amigos mais velhos. Começou a experimentar fumar drogas leves como o haxixe, passando posteriormente a fumar heroína e cocaína. Acabou o 12º ano e frequentou o primeiro ano da faculdade no curso de Psicologia, deixando o mesmo devido a dificuldades financeiras.

Desde os 8 anos que o relacionamento com a mãe era bastante tenso, refere que era obrigada a acompanhar a mãe nos seus casos extraconjugais. A relação com a mãe evolui sempre tensa até que aos 12 anos a cliente decide não querer ir com a mãe e começa a tomar os medicamentos da progenitora, referindo que o fazia esquecer e ficar apática. As discussões decorrem sistematicamente ao longo da vida da cliente.

Com 8 anos de idade a cliente refere ter sido abusada sexualmente pelo irmão de forma continuada até aos 14 anos, altura em que foi menstruada. Aos 12 anos além das relações sexuais forçadas com o irmão, este passou a receber dinheiro do vizinho, de 16 anos, para este ter relações sexuais com a cliente. Inicialmente era obrigada a fazê-lo, posteriormente apaixonaram-se. A cliente sentia-se amada, acarinhada e que alguém gostava dela. A relação acabou aos 14 anos, quando o vizinho se mudou. Os abusos nunca foram revelados à família

Efetua a sua primeira tentativa de suicídio aos 14 anos, por ingestão de medicamentos da mãe, após uma discussão com a progenitora. Foi encontrada pelo irmão que a fez vomitar. O ocorrido nunca foi contado aos pais. A segunda tentativa de

suicídio ocorreu aos 16 anos, novamente após uma discussão com a mãe. Tentou atirar-se à linha do comboio, mas foi impedida por um senhor que estava na estação.

No que refere às relações familiares a cliente sempre achou que tinha uma boa relação com o pai, referindo que este era o homem da sua vida, com quem podia falar e contar tudo. Descreve a relação com a mãe como sendo conflituosa, desequilibrada, sempre envolta em discussões e agressões físicas. O relacionamento com o irmão neste momento é quase inexistente, falando apenas de assuntos relacionados com a mãe.

No que refere à história médica familiar o pai da cliente faleceu de cancro e a mãe também teve doença oncológica. Tanto a mãe como a avó materna da cliente possuem doença cardíaca.

Do ponto de vista profissional, iniciou a sua atividade aos 16 anos, em regime de *part-time*, numa florista. Decide aos 18 anos procurar um emprego a tempo inteiro num *atelier* fotográfico, onde permaneceu até aos 21 anos. Nessa altura começa a trabalhar na seguradora, onde ainda hoje desempenha as suas funções. Atualmente não tem amigos no local de trabalho, dizendo que não se quer dar com pessoas que não pensam como ela. A sua socialização é pouco ou nenhuma, sentindo-se por vezes distante dos colegas, sentindo que estes não a compreendem. A situação agravou-se depois do início da sua doença, os colegas acham que tem privilégio e afastaram-se ainda mais dela.

Aos 18 anos conhece o ex-marido e decidem casar aos 20 anos de idade. O casamento seguia dentro da normalidade e aos 26 anos a cliente tem o seu primeiro e único filho, fruto de uma gravidez muito desejada. Em 2000 o marido é despedido, decidindo não procurar emprego, arrastando esta situação durante quatro anos e iniciando-se os problemas no casamento. Em 2003 o pai da cliente faleceu e simultaneamente é diagnosticado cancro facial à cliente, iniciando os tratamentos. Cansada da situação com o seu marido em 2004 a cliente decide pedir o divórcio,

ficando legalmente resolvida em 2006, altura que o ex-marido sai de casa. O filho, com 16 anos, fica a viver com a mãe, mas passa os fins-de-semana com o pai.

Atualmente encontra-se divorciada, falando com o ex-marido apenas para assuntos relacionados com o filho. A relação da cliente com o filho é descrita como bastante próxima e cúmplice.

Há cerca de um ano possuía um relacionamento com um companheiro que veio a falecer. A relação era de grande amizade, amor, partilha e cumplicidade.

Em 2007 a cliente inicia uma nova relação amorosa. Gostava bastante da pessoa tornando-se seu companheiro. Há um ano o companheiro faleceu, após um acidente rodoviário. Segundo a cliente ainda lhe custa bastante aceitar e lidar com a perda.

Do ponto de vista social refere ter alguns amigos, mas gosta de os testar, gostava que lhe dessem mais atenção e que pensassem como ela. Por vezes reprova os comportamentos dos amigos, acabando rapidamente com as relações.

No ano de 2005 é-lhe diagnosticado cancro na mama, sendo submetida a uma intervenção cirúrgica para remoção dos seios. Há sete meses sofre de uma reincidência do cancro facial, com nova intervenção cirúrgica. Há três meses cansada da sua vida efetuou uma nova tentativa de suicídio, por ingestão medicamentosa.

Plano Terapêutico

Foi acordada com a cliente a disponibilidade para a realização das sessões semanalmente, com a duração de 45 minutos, pelo que esta concordou. A abordagem utilizada no decorrer das sessões foi baseada na terapia centrada no cliente, tendo como objetivo ajudar a cliente a lidar com a depressão que referia ter. Bem como ajudar a cliente a lidar com os processos de vitimização que viveu ao longo dos anos, quer por parte da sua mãe, como do seu irmão.

Síntese do Acompanhamento

Foram realizadas onze sessões de acompanhamento, todas elas gravadas com o consentimento informado da cliente, encontrando-se as respectivas transcrições integrais em anexo (anexo O).

Na 1ª sessão a cliente abordou os assuntos que a preocupavam no momento. Começou por referir que voltou a dançar e que isso a deixou feliz e bem com ela própria. Falou de um possível relacionamento amoroso, afirmando que “ainda não está na altura de me envolver”, mas “sei bem como tenho um sexto sentido como mulher, sei que existe um amigo especial”. No entanto, referiu que não nutria o mesmo sentimento por ele. Mas pressentiu que ele se encontrava interessado nela, tentando mantê-lo afastado e tendo-lhe transmitido verbalmente que só o via como amigo.

Seguidamente falou do receio que sentia em encontrar um novo companheiro, “queria encontrar alguém, mas tenho medo e não sei porquê”. Referiu que desde a morte do companheiro, que sente que não consegue estar com ninguém. Explica-o dizendo: “senti que ficou tanta coisa por dizer... Talvez por isso eu agora não consiga ter ninguém... Não tenho disposição para ser apenas mulher de uma noite.” Desenvolveu uma visão própria dos homens e sabendo que não queria ser usada por eles. Referiu que poderá também existir uma relação entre a violação sofrida pelo irmão e aquilo que sente neste momento. “Realmente posso ter ficado traumatizada e agora ter surgido”. Apesar de todos os seus receios e medos, a atividade sexual era importante para ela, sabendo e gostando de seduzir os homens.

Por fim falou da importância que o conceito de família tem na sua vida, mas que atribuía isso apenas ao pai, de quem gostava muito. Quando casou achou que poderia encontrar esse conceito, mas tal não aconteceu e isso também fez com que o casamento acabasse.

Na 2ª sessão a cliente continuou a falar do seu possível relacionamento amoroso, contando que tem passado muito do seu tempo com ele, vendo-o diariamente e fazendo alguns programas em conjunto. Os amigos pensavam que existia qualquer coisa entre os dois, mas a cliente não entendia o porquê de os amigos pensarem isso. Afirmando que “Eu fiquei altamente perturbada com aquilo.”, pois não o via da mesma forma. Dizendo que: “não se passa nada entre nós e eu estou sozinha por opção, porque ainda não tenho o meu eu resolvido”. Referindo que se sentia bem com ele, para conversar e passear, mas não para um relacionamento amoroso. Contudo, existiu uma altura em que ficou muito triste com ele, pois estavam ambos num estabelecimento noturno e ele não lhe falou a noite toda. As coisas resolveram-se e posteriormente foram passear ao ar livre. A cliente gosta bastante de fazer este tipo de atividades com ele e sentindo-se muito bem com a companhia dele.

A cliente referiu que tem um pequeno problema com o toque, não gostando que as pessoas lhe toquem. Contudo, com ele “já suporto melhor que ele me dê um abraço, um beijo, já não me faz tanta confusão”. Apesar de tudo não se vê a ter um relacionamento amoroso com ele, uma vez que têm feitios muito diferentes.

No final da sessão referiu estar chateada com o filho devido às notas negativas do mesmo. Dizendo “mas estou chateada porque eu faço um grande esforço para lhe pagar a explicação”. Visto isto viu-se obrigada a colocá-lo de castigo, algo que nunca tinha tido a necessidade de fazer anteriormente.

No seguimento do acompanhamento a cliente iniciou novamente a sessão a falar das suas vivências diárias com o seu amigo, voltando a referir que o convívio se tem mantido diário e que passaram a frequentar a casa um do outro. Revelou também que ele é adito, ou seja, que consome droga, o que faz com que possua algumas manobras de manipulação, mas que a cliente as conhece bem e sabe lidar, uma vez que na

adolescência fez voluntariado na Cruz Vermelha com adictos, tendo aprendido o funcionamento deles. A cliente continua a afirmar que apesar das vivências contínuas, apenas o vê só como um amigo. No entanto, sentia necessidade de descobrir o que ele sentia por ela. Nesse sentido permitiu comportamentos mais ousados por parte dele, como abraços e beijos, tendo no final achado que “cometi uma asneira”. Referindo: “Fui criando este tipo de confiança, que eu não manifestando total repulsa, tinha pequenos afastamentos, mas posso ter dado a entender coisas erradas”.

Os acontecimentos levaram a que ele se declara-se e a cliente ficasse confusa, pois percebeu que não queria magoá-lo, querendo a amizade dele e não uma relação amorosa. Mas a cliente sentiu-se tão confusa chegando a referir que existiram alturas em que achava que o relacionamento pudesse de facto existir e evoluir. No entanto, existem atitudes que acha que são incorretas por parte dele, como o tentar viver à conta dela, que fazem com que não se queira envolver. Acabando por afirmar que são apenas amigos e que não o vê como um possível companheiro.

Admite que a situação evoluiu de forma rápida e que ele pensou que poderia ter algo mais com ela. A cliente refere por fim que como mulher também foi provocatória com ele, comportamento este que já tem com os homens desde os 16 anos de idade, altura em que seduzia na discoteca. Termina referindo que esses comportamentos a fazem sentir poderosa.

A sessão seguinte foi completamente focalizada no relacionamento e problemáticas com a mãe. A cliente encontrava-se a duas semanas de retomar o seu trabalho e de cada vez que falava com a mãe ao telefone, esta acabava por estar sempre a dizer que a cliente não tinha tempo para ela, fazendo com que a cliente se sentisse irritada. A cliente referiu não tolerar este tipo de comportamentos, parecendo que a mãe gosta de vê-la mal, quando a cliente se sente bem. O amigo faz com que ela se sinta bem e a mãe não

gostando disso, faz-lhe cobranças. A cliente afirma ter ficado destabilizada com os comportamentos da mãe, dizendo: “ela em três dias já me pôs a tomar calmantes e estou trinta por cento destabilizada”. Decidindo tomar uma atitude, uma vez que tinha de se sentir bem e estável quando regressasse ao trabalho. Tentando analisar diversas soluções possíveis para lidar com a situação, mas não chegando a um consenso consigo própria, apontando sempre prós e contras.

Posteriormente começou a descrever a sua relação com a mãe desde que era pequena, dizendo que a mãe sempre teve ciúmes dela, devido à boa imagem que ela tinha, à postura e ao facto de ser vistosa. Refere não conseguir compreender porque é que a mãe a obrigava a ir com ela nos casos extraconjugais, uma vez que tinha ciúmes dela. Nunca conseguindo compreender qual o motivo da má relação entre as duas, mas achando que poderá estar relacionada com o facto de a mãe também ter uma má relação com a mãe dela, com o facto de os irmão lhe bater e de nunca ter tido carinho de ninguém, não o sabendo dar.

Seguidamente referiu que havia uma suspeita de que o seu pai poderia não ser o seu pai biológico. Aos 14 anos de idade uma senhora chegou-se ao pé dela e disse que era avó dela, que o pai dela não era quem ela pensava. Confrontou a mãe com isso, mas a mãe desmentiu sempre. A cliente pensa que até possa ser verdade, uma vez que conhecia o senhor e tinha visto a mãe muitas vezes com ele. Nessa altura refere que lhe surgiram muitas dúvidas e incertezas e que questionou tudo, mas face ao sofrimento do pai decidiu ter uma conversa com ele, dizendo-lhe que não queria saber de nada e que ele sempre seria o pai dela e que o amava muito. Após a morte do pai ainda equacionou fazer o teste de paternidade para esclarecer tudo, para não privar alguém de um neto. Mas como mais uma vez a mãe negou a situação, acabou por aceitar o assunto e esquecer, mantendo as coisas como estavam.

Retorna ao assunto da sua mãe, dizendo que “acredito que ela goste de mim, mas ela não sabe dar amor, ela não sabe transmitir amor porque não lhe foi dado, e ela não teve a capacidade de o aprender a dar de outras maneiras”. Afirmando que a mãe não a conhece, que não sabe metade dos acontecimentos da vida dela e que nunca foi a filha submissa que ela idealizou ter.

A cliente iniciou a sessão seguinte falando da sua ida ao médico, para a consulta de rotina, ambos os médicos referiam que ela estava muito melhor e a cliente estava muito feliz. A felicidade referia-se também ao facto de a baixa ter sido completamente levantada e poder retornar ao trabalho novamente.

Referiu querer falar novamente da mãe, uma vez que tinha tomado decisões relativamente à situação que tinha reportado no início da sessão anterior. Decidiu que as discussões com a mãe não poderiam continuar, por isso a cliente teria de arranjar forma de desviar o assunto a fim de não se chatear. Afirmando que a sessão anterior a tinha ajudado a pensar no assunto de forma diferente.

Continuou mudando de assunto e referiu estar novamente chateada com o filho por causa das notas, mas também preocupada porque o levou ao médico e teve que fazer medicação para dormir melhor. A cliente encontrava-se num dilema, não sabendo se devia sair e deixar o filho em casa de castigo, sabendo que ele poderia não cumprir o castigo, ou se devia sair na mesma. Acabou por chegar à conclusão que deveria sair na mesma, uma vez que o filho não iria permanecer toda a noite a estudar e o facto de ela estar em casa, não iria fazer com que ele estudasse mais.

No final voltou a falar novamente no seu amigo e na relação deles, sendo que andava a tentar diminuir a confiança que tinha passado a existir entre os dois. Tal facto ocorreu devido a uma conversa que ele teve com uma amiga dizendo que estava baralhado, devido aos comportamentos da cliente. A cliente referiu que permitiu comportamentos

como massagens nas costas, mas nunca com segundas intenções, mas que ele poderá ter entendido de outra forma. Afirmando que a situação a diverte bastante, mas que mesmo assim teve uma conversa com ele e lhe explicou claramente que não queria ter nada com ele, que o via só como um amigo.

No seguimento das sessões a cliente foi falando sobre o seu regresso ao trabalho, que estava tudo a correr bem, mas que tem sido muito cansativo. Referiu que tinha ido para uma nova área da empresa, na qual nunca tinha estado e que existiram diversas áreas a querer que ela lá ficasse. Isso fez com que se sentisse que o seu trabalho era valorizado e que sabia que podiam contar com ela enquanto colaboradora. Quando conheceu a equipa nova onde iria trabalhar também se sentiu bem e acolhida, uma vez que a receberam bem, que lhe prepararam um pequeno desenho de uma formiga e que a souberam acolher, fazendo com que se sentisse parte integrante da equipa. No entanto, ficou triste porque não tinha lugar ao pé dos colegas e teve que ficar afastada, mas isso não impede que as colegas lhe venham pedir alguma ajuda quando necessário e isso deixa-a muito feliz.

A cliente refere que no outro dia adormeceu, dizendo a verdade ao chefe e tendo de chegar atrasada ao emprego. O seu amigo acabou por lhe oferecer boleia, e a cliente prontamente aceitou. Mas o amigo demorou bastante tempo, não a tendo ajudado como ela queria, fazendo com que ficasse irritada. Seguidamente ele disse que a ia buscar ao fim do dia, mesmo não tendo nada para fazer naquela zona. A cliente referiu que no dia seguinte ele afirmou que a ia buscar novamente, ao que ela disse que não, mas ele estava lá para a ir buscar, mas ela apanhou boleia com um colega de trabalho. Desde esse dia ele nunca mais lhe disse nada e ela também não.

A sessão seguinte foi bastante inesperada, a cliente iniciou dizendo que tinha algo importante para contar, mas que possuía algum receio em falar. A cliente referiu que

tinha ido ao posto tentar denunciar a mãe, mas que devido aos nervos acabava por desmaiar. A denúncia era por agressões físicas que tinham ocorrido, mas recentemente teria ocorrido uma nova agressão que tinha deixado a cliente abalada novamente.

A cliente relatou que as agressões começaram na infância, quando esta não queria acompanhar a mãe nas suas saídas para se encontrar com os casos extraconjugais. Mas duas semanas antes da sessão uma nova agressão ocorreu. A cliente encontrava-se a passar férias na casa da mãe com o seu filho. Durante o dia já havia reparado que a mãe estava um pouco alterada. Após o jantar a cliente mandou o filho lavar a loiça, ao que a mãe interferiu gritando e dizendo que ele não tinha idade para lavar a loiça. Após alguma discussão sobre quem lava a loiça, a cliente refere ter dito à mãe que o filho era dela e que ela sabia cuidar dele. A mãe começou a acusá-la do contrário e começou a mandar a loiça ao chão. A cliente refere que tentou ir-se embora, mas que na altura em que tenta sair da cozinha a mãe lhe começa a bater com a colher de pau e a chamar-lhe nomes. Posteriormente a mãe tentou pegar num banco, mas o filho entrou na cozinha e conseguiu tirar-lhe o banco das mãos. Nessa altura a mãe diz que a culpa é da cliente e que foi ela que começou. A cliente vai-se embora com o filho e diz que no momento em que entrou no carro “revivi as tarefas de criança”.

A cliente recebeu um telefonema do irmão pouco tempo depois a dizer que a mãe não estava bem. A cliente voltou para trás e o 112 estava em casa da mãe, quando a viu começou a dizer que a filha a tinha querido matar, que a culpa era dela. A mãe da cliente acabou por se acalmar e ficar em casa e a cliente foi embora com o filho. A cliente afirma que durante todo o percurso não trocou uma única palavra com o filho, que isso a deixou muito preocupada, pois não sabia o que o filho pensava do assunto.

Relatou também que já teria existido mais uma agressão em casa da cliente, começando porque a mãe disse que ela era porca e não sabia limpar a casa. Tentando

atirar-lhe com o jarro à cabeça, mas não tendo conseguido, mas tendo chegado a bater-lhe, dando alguns estalos. A cliente afirma ter-se fechado no quarto até o filho chegar, mas que ele não sabia o que se tinha passado porque ela não lhe contou.

A cliente referiu a preocupação que tinha com o filho, neste momento, face àquilo que ele tinha visto. Sabia que ele gostava da avó e que isto poderia ter estragado a imagem que ele tinha dela e a cliente não queria isso. No final referiu que não tinha mais falado com a mãe, nem queria. Relativamente ao filho tinha que se preparar para ter uma conversa com ele sobre toda esta situação, mas só quando ele quisesse.

Na sessão seguinte começou referindo que se encontrava bastante chateada com o filho e o com o ex-marido. O filho necessitaria de óculos novos e mais uma vez o pai não poderia ajudar financeiramente e ainda viriam os livros da escola, com ao quais também não teria ajuda. A cliente sentia que tentava estar bem emocionalmente, mas que as pessoas não deixavam porque não a ajudavam e o pai tinha também essa responsabilidade. Mas a irritabilidade da cliente aumentava quando o filho decide desculpabilizar o pai, referindo que ele tem pouco dinheiro. No entanto, a cliente já teria pensado em alguns soluções para ambos os problemas, como procurar vários orçamentos em óticas e pedir livros emprestados.

Seguidamente falou do seu trabalho dizendo que já começou a ter alguns problemas no trabalho, já não existindo a harmonia inicial. Apesar disso a cliente continua focalizada no seu trabalho, tentando fazê-lo corretamente, sendo elogiada pela chefe pelo bom trabalho que faz.

A cliente voltou a falar com o seu amigo pedindo lhe um contato telefónico de um revendedor de um produto, ao qual o amigo se recusou a dar. A cliente acabou por conseguir o número e quando disse ao amigo que já tinha estabelecido contacto este

ficou muito chateado e desde então que não se falam mais. Afirmando que está completamente resolvida com o assunto.

A cliente terminou a sua sessão falando da mãe, dizendo que esta andou a contar a alguns familiares o que se tinha passado, mas do ponto de vista dela e que estes deixaram de falar com a cliente. Apesar de tudo não vai voltar a falar com a mãe por uns bons tempos. Decidiu tirar o telefone de casa e bloqueou o número da mãe no telemóvel. A cliente falou com o irmão dizendo que a mãe precisava de ajuda e de ser vista por um médico, mas ambos sabiam que isso não ia acontecer e não iam insistir.

No meio da semana a cliente contactou a estagiária telefonicamente a fim de falar por telefone, pois sentia-se desorientada. Foi explicado à cliente que tal não poderia ocorrer, uma vez que uma consulta telefónica não era algo correto de se fazer. A cliente compreendeu a atitude da estagiária.

No seguimento das sessões a cliente começou por referir que já tinha falado com o filho sobre a situação vivida com a avó, e que este tinha decidido não falar com a avó até que esta procurasse ajuda de um médico. A cliente compreendeu a atitude do filho, não interferindo na decisão do mesmo. Acabando por levar a cliente a falar da relação que tem com o seu filho, referindo que têm uma relação muito boa, mas que por vezes ele parece muito frio e que noutras vezes é demasiado controlador. A vertente do controlo aparece quando a cliente sai à noite, querendo ele que esta lhe diga onde está e se está bem.

Seguidamente a cliente referiu que sente necessidade de passar uns dias sozinha, sentindo vontade de falar coisas diferentes, que não pode fazer quando o filho está com ela e de ter alguns dias para descansar. Lembrando-se que poderia pedir ao pai para ficar com ele uma semana, pois não queria deixá-lo sozinho em casa, uma vez que este ainda faz alguns disparates, sem pensar.

Posteriormente a cliente referiu que tinha mudado a balança do quarto, para o quarto de vestir, pois sentiu que não precisava de pesar-se todos os dias. A cliente referiu que percebe que quando se sente bem não precisa de se pesar diariamente, sabendo quando não se deve pesar, como na fase da menstruação e que arranjou um peso confortável do qual não pode passar para se sentir bem. Refere também que sabe que quando está mais nervosa come mais e que tem de tentar não estar nervosa para não comer tanto. “Tento mudar os meus hábitos alimentares de modo a serem mais saudáveis, mas nunca deixando de comer, reduzindo ou vomitando” Sessão 9.

Terminou a sessão falando da mãe, referindo que ainda se lembra dela, sabendo que sente qualquer coisa em relação à situação que ainda não consegue definir corretamente. A cliente afirma que lhe custa que a mãe seja assim, pois está a desperdiçar o tempo com ela e com o neto, que poderia estar a aproveitar de uma boa maneira.

Seguidamente a cliente chegou com um discurso e raciocínio mais lentificado, dizendo que se encontrava um pouco dopada. A cliente tinha tido um pequeno problema no trabalho, devido ao barulho que os colegas faziam, colocando a música alta e tendo os telefones com som a receber mensagens. Isso incomodou-a indo fazer queixa à chefe, quando já tinha tomado dois calmantes. A chefe referia que a cliente teria de relaxar, a cliente encontrava-se tão nervosa que se veio embora para casa. No comboio teve ainda uma pequena situação por causa da forma como uma senhora ocupava o lugar dela. Foi para ao centro de saúde, tendo acabado por desmaiar.

No dia seguinte teve uma discussão por telefone com a chefe, pois esta culpabilizou-a de arranjar conflitos em todo o lado na empresa. Mas a cliente não percebe, porque afirma ter produzido bastante, não tendo de andar sempre a socializar, mas sim a trabalhar. Não percebem o que é que faz, para que todos impliquem com ela.

Finalmente falou de um problema com o ex-marido, já tinha combinado uns dias fora para descansar, mas segundo a cliente o ex-marido não pagou a conta da luz e o filho não podia lá ficar em casa. Isso fez com que a cliente se sentisse muito revoltada, porque mais uma vez tinha que mudar os seus planos.

No final da sessão a cliente pediu-nos que lhe entregássemos o seu genograma e história clínica no seu local de trabalho, pois sentia que eles tinham que saber as suas vivências para conseguí-la compreender melhor. Explicamos que não o poderíamos fazer e que isso não teria validade nenhuma. A cliente demonstrou algum desagrado, não compreendendo a nossa atitude. Apesar de tudo compreendemos que a cliente se encontrava desorganizada.

Na sessão seguinte a cliente começou por referir que se encontrava preocupada com a sua imagem corporal, sentindo dificuldade em despir-se em frente a um homem, devido à remoção dos seios. A cliente afirma que há vezes em que isso a afeta e outras que não, mas com a suspeita de mais um cancro na mama que isso a voltou a afetar novamente. A cliente refere que o facto de não ter peito também influencia o medo que tem de ter um novo relacionamento, pelo menos de ser rejeitada devido à situação.

A cliente afirmou que nos últimos tempos sentia que os homens apenas a viam como um corpo bonito, uma mulher com quem podiam ter um momento agradável e nada mais. Que gostava de encontrar alguém com quem pudesse ter uma relação séria, mas que neste momento não sente que os homens a vejam assim. A cliente chega mesmo a afirmar que “faz-me confusão ser só uma noite, sinto-me usada, sinto-me violada, parece que volto a sentir que o meu irmão está (silêncio)”. Começou a pensar nisto tudo desde que encontrou um homem que mexeu sentimentalmente e sexualmente com ela. Contudo, não quer ter nada com ele devido à maneira de ser dele e à forma como se comporta.

A cliente teve uma nova discussão laboral, levando a uma ingestão medicamentosa excessiva e a um internamento psiquiátrico. Fomos informados telefonicamente do sucedido, passando a cliente a ser seguida pelo psiquiatra.

Análise do Caso

No decorrer das sessões a cliente relatou aspetos da sua vivência afetiva importantes para a compreensão do seu caso. Concretamente, no que respeita às vivências familiares e toda as problemáticas resultantes dessas vivências.

A cliente referiu, como já explicado anteriormente, ter tido desde a infância uma relação afetiva muito hostil com a mãe. Desde os 8 anos de idade que se recorda que a relação se tornou mais tensa, devido aos encontros extraconjugais da mãe. Nesses momentos a cliente afirma que ficava chateada e revoltada, discutindo com a mãe. Aos 12 anos as discussões aumentam e a cliente começou a achar que a vida não fazia sentido. Reparou que a mãe tomava medicamentos quando se sentia triste, fazendo com que ficasse melhor. A cliente decidiu começar a ingerir os medicamentos da mãe, para ficar apática e ir com a mãe, sem se importar com o que acontecia à sua volta.

A relação com a mãe ainda hoje é conturbada, tendo chegado ao ponto da ocorrência de agressões físicas e verbais. No decorrer das sessões a cliente foi agredida na casa da progenitora, em frente ao seu filho. Relatou também já ter existido uma agressão, pouco antes do início das sessões, pelo que a cliente decidiu apresentar queixa no posto, tendo desmaiado, devido aos nervos que sentia.

As problemáticas familiares da cliente não ocorreram só com a mãe. A cliente aos 8 anos de idade começou a ser abusada sexualmente pelo irmão. Não sabe como tudo começou, o irmão disse-lhe que era normal e ela fazia o que lhe mandava. No final diz que não sentiu nada, apenas sentiu-se usada, que o irmão estava a usar o seu corpo, porque já era um pouco desenvolvido.

Os abusos sexuais do irmão continuaram até aos 14 anos, altura em que é menstruada. No entanto a história ganha novos contornos aos 12 anos, quando o irmão passou a receber dinheiro do vizinho, para ter relações sexuais com a cliente.

Quando ao processo de vitimização por parte do irmão sabemos que de acordo com a definição de violência doméstica, este tipo de violência inclui qualquer ato perpetrado de forma continuada e violenta, sobre qualquer pessoa pertencente ao agregado familiar, podendo a vítima apresentar qualquer tipo de parentesco com o agressor (Manita *et al*, 2009; Neves & Nogueira, 2004). A cliente sofreu de violência sexual e psicológica por parte do irmão e de violência física, verbal e psicológica por parte da mãe.

A violência doméstica exercida apresenta consequências claras para a vítima. Podendo esta sofrer: perturbações alimentares, recorrência a sentimentos negativos de culpa e medo, ansiedade, depressão e stress pós-traumático (Alhabib & Jones, 2010; Deprince *et al*, 2011).

De acordo com as vivências relatadas pela cliente, bem como com a ordem cronológica dos acontecimentos, percebemos que a cliente apresenta diversas patologias, que puderam ter início a partir do momento da consciencialização das discussões com a mãe.

A cliente desenvolveu perturbações alimentares, bem como duas tentativas de suicídio durante a adolescência. Situações estas relacionadas com a culpabilidade e a desvalorização pessoal. Apresentando uma excessiva preocupação com a sua imagem corporal exterior, encontrando-se relacionado com as patologias que veio a desenvolver.

Após a análise da história clínica e das sessões, podemos perceber que a cliente tem algumas perturbações psicológicas descritas pela mesma, como a bulimia nervosa do tipo purgativo e a depressão major.

Segundo o DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2006) e o CID-10 (Organização Mundial de Saúde de Genebra, 1993) a bulimia caracteriza-se pela ingestão compulsiva de alimentos, seguida da utilização de métodos compensatórios inapropriados (vômitos, laxantes, diuréticos).

A bulimia nervosa apresenta como critérios de diagnóstico: episódios recorrentes de ingestão alimentar compulsiva; comportamento compensatório inapropriado; ingestão compulsiva de alimentos e comportamentos compensatórios inapropriados em simultâneo; autoavaliação corporal influenciada pelo peso e forma (APA, 2006).

Existindo uma grande preocupação com o peso e a forma corporais. Estes comportamentos iniciam-se preferencialmente no fim da adolescência, ou logo no início da idade adulta.

No caso da cliente, esta iniciou os seus comportamentos alimentares inapropriados aos 12 anos, após uma Hepatite, por ter ganho 20Kg e sentindo-se desconfortável com a aparência do seu corpo. Deixou de comer e aquando da descoberta dos pais, faz a ingestão da comida, mas posteriormente recorre ao vômito.

Atualmente, a sua relação com o transtorno parece estar mais equilibrada, deixando de utilizar tantos os comportamentos compensatórios inapropriados, como o vômito, passando a adotar novos hábitos alimentares.

“A relação com a balança ficou diferente, há dias que me peso todos os dias, há outros em que só me peso quando me apetece” (Sessão 9). A cliente começou a ter um comportamento e um discernimento diferente com a forma como encara o seu peso e o seu corpo. No entanto, tem um limite de peso fixo, o qual não quer ultrapassar. A cliente cumpre os critérios de diagnóstico, embora atualmente os sintomas não estejam tão exacerbados, eles existem, encontrando-se numa fase controlada e estacionária.

A bulimia nervosa encontra-se muitas vezes associada à maior frequência de sintomas depressivos e de perturbações de humor, nomeadamente associado à perturbação depressiva *major*. A perturbação depressiva *major* incluiu um ou mais episódios depressivos *major*, em que o sujeito apresenta um humor depressivo e perda de interesse pelas atividades que realiza, pelo menos durante duas semanas. Incluindo ainda sintomas como: alterações de apetite; insónias ou hipersónias; diminuição de energia e fadiga generalizada; dificuldade de concentração e de tomada de decisão; agitação ou lentificação psicomotora; sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva ou inapropriada; pensamentos de morte e ideação suicida. Este tipo de perturbação pode iniciar-se em qualquer idade, podendo ocorrer apenas um único episódio, ou ser recorrente. Para validar o diagnóstico é necessário que estejam presentes cinco ou mais dos sintomas anteriores. (APA, 2006; OMSG, 1993).

A fim de confirmar o diagnóstico é necessário primeiramente que os critérios para episódio depressivo *major*, estejam mantidos. Posteriormente, é importante perceber se é apenas um episódio único, ou se os episódios são recorrentes. Uma vez que a cliente relata já ter tido mais do que um episódio, passamos a ter uma perturbação depressiva *major* recorrente.

A cliente mostra ter tido um percurso de vida marcado por diversos episódios como os abusos sexuais, as discussões e agressões físicas por parte da progenitora, bem como a própria bulimia. A meio do acompanhamento denotou-se um humor depressivo, tal como mostra as seguintes citações “ (...) disse-me que em todas as equipas que eu chego que arranjo problemas, que estou muito doente e que preciso de ajuda, que os meus comportamentos não são normais, que estou com cara que todos me devem e ninguém me paga...” (Sessão 10); “Mas houve uma altura em que não consegui aguentar mais e comecei a chorar na secretária” (Sessão 10). A cliente referiu também

que se sentia desmotivada, sem interesse por tudo, irritando-se facilmente sem motivo aparente. Juntamente a esta sintomatologia a cliente afirma também ter insónias com início desde que lhe é diagnosticado o cancro facial, sendo que tem períodos em que melhora, mas quando a doença retorna ela volta a ter insónias. Juntamente a cliente apresenta também tentativas de suicídio em períodos críticos da sua vida.

Tal como referido anteriormente a bulimia pode estar diretamente relacionada com a depressão *major*, no caso da cliente este critério encontra-se mantido. A cliente refere também na primeira sessão da história clínica ter dificuldades em dormir e por esse facto ter que tomar medicação, mais concretamente o Morfex (Flurozepam), preenchendo assim o critério.

A cliente quando se encontra mais deprimida parece não compreender tudo aquilo que se passa à sua volta, sentindo-se muitas vezes desvalorizada e culpabilizando-se pelas situações ocorridas, “O que é que eu faço para as pessoas implicarem comigo? (choro) Em que é que estou a errar?” (Sessão 10), completando assim o critério.

Tal situação provoca, também, uma inabilidade de se concentrar ou tomar decisões, ficando indecisa e baralhada bem como um pouco perturbada, tal como indica a seguinte expressão “Chega a um ponto que eu não consigo, fico baralhada, abriam-se aquelas duas gavetas de repente na minha vida e foi a gota de água. Entretanto, eu tive necessidade de chorar, chorar compulsivamente...” (Sessão 8). As gavetas referidas pela cliente são o ex-marido e a mãe.

Em suma, a cliente possui mais de cinco dos sintomas necessários para diagnosticar a perturbação depressiva *major*.

Após análise das sessões podemos também referir que a cliente poderá ter uma possível Perturbação Histriónica da Personalidade. Esta caracteriza-se por um estado emocional global excessivo, onde as pessoas sentem a necessidade de serem o centro

das atenções, recorrendo ao dramatismo a fim de chamarem a atenção para si próprios. Na maioria das vezes a sua aparência e os seus comportamentos são excessivamente sedutores e provocantes sexualmente. As expressões emocionais dos sujeitos são demasiadamente exageradas, podendo mudar de humor rapidamente. Os sujeitos apresentam uma preocupação com a sua aparência física, uma vez que a usam para atrair as atenções para si. O discurso utilizado é bastante impressionista, mas não recorrendo ao uso de muitos pormenores, recorrendo a uma experiência emocional exagerada e teatral (APA, 2006; OMSG, 1993).

A fim de diagnosticar esta perturbação é necessário que estejam presentes cinco dos seguintes critérios: desconforto quando não são o centro das atenções; interações como o uso de comportamentos provocador e sedução sexual inapropriada; superficialidade na expressão emocional e alterações rápidas; aparência física a fim de chamar a atenção; discurso impressionista e com poucos pormenores; auto dramatização, teatralidade e exagero na expressão emocional; facilmente sugestionável, considerar íntimas relações que podem não ser (APA, 2006; OMSG, 1993).

Segundo a análise das sessões, podemos constatar que alguns dos critérios para diagnosticar a perturbação se encontram presentes. No que diz respeito ao primeiro critério, desconforto em não ser o centro das atenções, a cliente mostra que realmente necessita de chamar as atenções para si, com as seguintes expressões “(...) disse-me que em todas as equipas que eu chego que arranjo problemas, que estou muito doente e que preciso de ajuda, que os meus comportamentos não são normais, que estou com cara que todos me devem e ninguém me paga...” (Sessão 10) e ‘Tava eu muito bem no bar e vejo-o lá ao fundo, ele estava a olhar para mim, mas não veio ter comigo nem disse nada. Fiquei furiosa, completamente desiludida.’ (Sessão 2).

A cliente parece ter um comportamento bastante provocatório com o sexo oposto, afirmando recorrentemente que gosta de provocar os homens, sentindo-se poderosa com isso, tendo capacidades para seduzir. “É verdade consigo ser bastante sedutora, quando quero, sei todos os truques de sedução e noutros tempos gostava de os pôr em prática” (Sessão 1). Preenchendo desta forma o segundo critério para o diagnóstico.

A cliente demonstra auto dramatizar e teatralizar bastante diversas situações apresentando um discurso bastante impressionista, transmitindo a sensação de que está a vivenciar a situação novamente. No entanto, a expressão emocional apresentada é quase sempre a mesma, alterando apenas o tom de voz. As únicas alturas em que a expressão emocional se altera são quando chora, mostrando claramente que a situação a desagrada. “Ainda no outro dia eu estava a arrumar a casa, não sei como fiz cortei os dedos todos, de forma superficial, mas cortei! (...) eu tinha a casa cheia de sangue e as mãos todas cheias de sangue, aquilo não parava de deitar sangue, o gato já estava a lamber o sangue...” (Sessão 9). “É que senão estamos na boa, eu também emperno consigo e ponho-me em cima de si, o que é que lhe parece? É que é assim não estamos no sofá de casa, estamos num transporte público”. Cliente relatou este facto recriando aquilo que tinha dito, para isso recorreu à dramatização, mostrando aquilo que fez à senhora. Estando assim mantidos dois critérios de diagnóstico, a tendência à auto dramatização e o tendência para um discurso impressionista, sem pormenores.

Como já foi referido anteriormente, a cliente tem uma grande preocupação com a sua auto imagem. Utiliza também a imagem para chamar a atenção do sexo oposto para si, tal como podemos observar nas seguintes citações “A verdade é que eu tenho um bom corpo, uma cara gira. (...) Se vou sair à noite começo a dançar, é verdade que as vezes também provoco, mas eles veem logo ter comigo e pedir o telefone.” (Sessão 11); “Mas agora estou preocupada com a minha imagem corporal, começa a desagradar-me”

(Sessão 11) e “Porque eu sempre fui muito vistosa.” (Sessão 4). Preenchendo assim mais um dos requisitos para diagnóstico.

A cliente completa ainda o último critério uma vez que é facilmente sugestionável, tendo tendência para tornar íntimas relações que podem não o ser. Referiu por diversas vezes possuir um amigo especial e que ele gostava dela, apesar de não saber se seria verdade. Acabando por em determinada altura considerar que existiu algo mais, “Ah! Agora o Zé anda muito fascinado por mim!” (Sessão 5) e “Se bem que como tenho um sexto sentido como mulher, sei que existe um amigo em especial” (Sessão 1).

Desta forma concluímos que a cliente preenche seis dos critérios de diagnóstico, como o exigido é o preenchimento de cinco critérios, podemos enquadrá-la neste tipo de perturbação.

Percebemos que todas as vivências da cliente, as problemáticas por ela apresentadas bem como as psicopatologias associadas, fazem com que a cliente apresente um quadro coerente com a sua história de vida. Possui uma bulimia nervosa do tipo purgativo, uma perturbação depressiva major e um transtorno de personalidade histriónica. Que surgiram provavelmente na sequência das vivências marcantes de violências, abuso sexual e má relação com a mãe.

No que respeita ao desfecho do caso, teve uma discussão no local de trabalho, ingerindo medicação em excesso, levando-a a um internamente psiquiátrico de alguns dias. Posteriormente foi encaminhada para a psiquiatria e psicologia no hospital. Tendo isto em conta, o acompanhamento psicológico foi dado como terminado, sendo uma decisão da cliente, apenas para não ter acompanhamentos a dobrar.

Reflexão Pessoal

O caso da cliente I foi importante para a nossa aprendizagem uma vez que apresentava uma grande variedade de problemáticas em simultâneo. Inicialmente, com o

relato do caso, a estagiária sentiu que não seria capaz de acompanhar o mesmo, devido à diversidade dos problemas relatados. No entanto, muito naturalmente e após diversas conversas com a orientadora, a estagiária conseguiu abrir os seus horizontes, colocar os seus sentimentos de lado face às situações descritas, escutando e compreendendo a cliente, sem nunca a fazer sentir-se desconfortável.

O caso acabou por ter uma evolução bastante positiva, quer do ponto de vista da estagiária, quer por parte da própria evolução da cliente. A estagiária desenvolveu competências de concentração, bem como de compreensão do outro. Inicialmente era difícil para a estagiária lidar com as oscilações de humor que a cliente apresentava durante as sessões, levando-a a questionar-se se estaria a fazer um bom acompanhamento. A cliente relatava muitas vezes as suas vivências de vida semanais nas sessões, sendo inicialmente difícil relembrar toda a informação contada daquele momento, de forma a dar uma resposta de compreensão empática completa. Apercebemos-nos de tal facto quando realizámos as transcrições das sessões, compreendendo que poderíamos ter dado outras respostas, ou questionado sobre o esclarecimento de algumas situações, menos claras. Percebemos que o mais rapidamente após a sessão deveríamos fazer a sua respetiva transcrição, a fim de colmatar falhas na mesma.

Compreendemos que conseguimos desenvolver a escuta ativa e que a cliente confiou em nós e vinculou-se, como atesta o telefonema que nos faz quando está preocupada e pede um conselho. A confiança demonstrada pela cliente foi também por nós sentida, quando nos pediu que mostrasse-mos todo o trabalho feito no seu local de trabalho. Nestes momentos sentimo-nos satisfeitos com o trabalho desenvolvido, sentindo que tínhamos criado laços com a cliente, bem como conseguir criar uma ligação empática com a esta.

Com o acompanhamento aprendemos a agir em situações imprevisíveis, como a do telefonema e do pedido laboral. Embora tenhamos compreendido que a cliente apenas o fez, pois sentia-se compreendida por nós. Tivemos também de ter uma atitude firme, de forma a fazer com que a cliente compreendesse as regras. Para nós foi também uma aprendizagem, uma vez que tivemos que aprender a ser claros, explicando-nos corretamente e fazendo com que a cliente também nos compreendesse, sem que perdesse a confiança que tinha depositado em nós.

Do ponto de vista da evolução da cliente, esta passou a sentir-se melhor consigo própria durante algum tempo, mas com o episódio da agressão da mãe, bem como com os problemas no trabalho, a cliente começou a estar menos equilibrada, acabando por ser seguida em psiquiatria, após uma ingestão medicamentosa, tendo o processo um desfecho abrupto.

O acompanhamento terminou de forma inesperada, a cliente ingeriu medicamentos em excesso, tendo sido internada no hospital, tendo-nos sido comunicado pelo filho, a pedido da cliente. Uma semana após a notícia do internamento, fizemos um telefonema tendo falado com a cliente, para saber o seu estado clínico e como se sentia. A mesma comunicou que estava melhor que iria ter alta e que depois falaríamos sobre os acompanhamentos.

Quando soubemos que a cliente tinha sido internada ficamos bastante preocupados com a mesma, questionando-nos sobre o que se teria passado. Nesse momento questionamos todo o trabalho que realizamos com a cliente, ao longo do acompanhamento. Se não teríamos estado com a devida atenção a algum indício, se não nos teríamos apercebido do estado da cliente, se a crise foi de momento ou se já se vinha a arrastar. Falamos com a orientadora sobre o sucedido, que nos tranquilizou, mostrando-nos que estas situações acontecem algumas vezes. Passado algum tempo

telefonamos novamente à cliente, a fim de sabermos como esta se sentia, se já tinha tido alta, mostrando que estávamos realmente preocupados com ela e que continuávamos disponíveis. A cliente informou-nos que passaria a ser seguida no hospital pelo psiquiatra e pelo psicólogo, decidindo optar só por esses acompanhamentos. Compreendemos a sua decisão, tendo tido que caso deseja-se poderia retomar o acompanhamento connosco.

Apesar de a cliente não ter voltado, soubemos que a ajudamos a compreender algumas situações da sua vida e a organizar alguns dos seus pensamentos. Embora tenhamos pouca experiência, conseguimos transmitir corretamente à cliente que estava a ser escutada ativamente e que a compreendíamos empaticamente. No final ficamos satisfeitos com o acompanhamento, uma vez que desenvolvemos as competências adequadas e uma postura acertada face as diversas situações.

Caso II

A cliente tinha 39 anos, era de nacionalidade Angolana, divorciada e vivia com as filhas gémeas, no conselho de Cascais. Ao nível académico era licenciada em Gestão, sendo Técnica Oficial de Contas.

A cliente procurou ajuda sozinha, o pedido manifesto era ser ajudada no processo de luto, devido à morte recente do pai. Mas também porque sentia a necessidade de se conhecer melhor. O pedido latente, uma vez que acabou por ser o mais trabalhado nas sessões, prendia-se com a ajuda a lidar com a violência exercida pelo ex-marido, antes e após o divórcio.

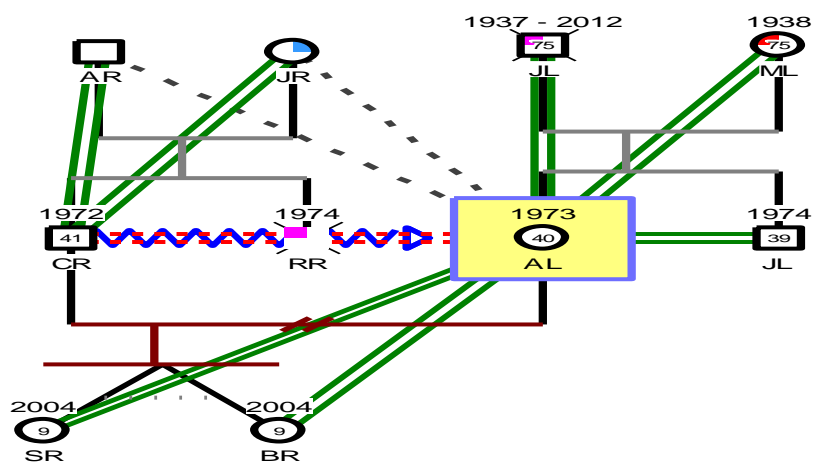
A cliente refere que há sete meses, após o divórcio, começou a ter insónias, a sentir-se ansiosa e preocupada com a vida, dali em diante. Desde há seis meses que sente que o ex-marido exerce uma grande pressão e controlo sobre ela. As discussões continuam, fazendo-a sentir-se preocupada e ansiosa de cada vez que tem de falar com ele. No fim

das discussões sente uma vontade enorme de chorar, fica irritada, agitada e receosa. Há três semanas o pai faleceu, fazendo com que a cliente chore bastante e preocupando-se muito com a sua vida. Esta atitude causou uma ida ao médico, tendo este medicado a cliente com ansiolíticos e antidepressivos.

A cliente apresentava um aspeto cuidado, limpo e arrumado. O seu comportamento psicomotor era adequado, não apresentando quaisquer anomalias. Possuía um maneirismo recorrente, passava várias vezes as mãos pelo cabelo e, posteriormente, uma de cada lado da face. A sua atitude face ao psicólogo era colaborante, mas bastante reservada.

A cliente apresentava um discurso perceptível e bastante fluente, não apresentando alterações de consciência, nem da percepção. O pensamento apresenta um processo lógico e coerente, respondendo às questões colocadas de forma lógica. A expressão era coincidente com o humor, tanto nas expressões faciais, como no seu tom de voz. Apesar de uma boa disposição, encontrava-se um pouco inquieta e reservada, no final chorou ao falar da morte do seu pai.

Figura 2: Genograma da cliente II



História Clínica

No que refere à sua história pessoal a cliente nasceu em Angola de parto normal e sem complicações, fruto de uma gravidez desejada, mas não planeada. A mãe voltou a engravidar pouco tempo depois, tendo um irmão com um ano de diferença dela. A mãe era professora e o pai era militar, tendo uma situação financeira bastante estável. Tem poucas ou nenhuma recordações da sua infância, sabendo que teve um desenvolvimento motor e de linguagem adequado.

Com três anos de idade, deu-se o início da guerra em Angola e os seus pais decidiram regressar a Portugal. Lembra-se de que até aos dez anos mudavam muitas vezes de casa, devido à profissão da mãe. A partir dessa idade, afirma que tudo ficou mais calmo e estável. Quando tinha dez anos a mãe ficou efetiva numa escola de Lisboa, decidiram comprar uma casa e passaram a ter uma vida mais estável emocionalmente e uma maior união. A cliente era vista pelos seus pais como sendo uma criança sem problemas, muito calma, tranquila e envergonhada. Não referiu quaisquer problemas de desenvolvimento.

Ao nível escolar sempre foi uma criança estudiosa, sendo muito calma e quieta. Socializava bem com as outras crianças, mas era muito reservada. Teve sempre boas notas, gostava de estudar, mas não era aluna de marrar. Não gostava quando a professora lhe pedia para responder ou ir ao quadro, pois não gostava que olhassem para ela. Raramente se portava mal na escola, quando isso aconteceu foi castigada, tendo levado uma ou duas palmadas e percebendo o seu erro. Durante o ensino preparatório e secundário possuía notas médias altas, sem sentir grandes dificuldades. No 10º ano de escolaridade sentiu que a exigência era maior, tanto ao nível escolar como das amizades. Continuou a ser tímida e a selecionar as pessoas com quem se dava.

No final do 12º ano decidiu que iria para um curso profissional, mas muda de opinião decidindo que queria estudar gestão. Entra na faculdade em Aveiro e ainda pensa em

ficar em Lisboa em uma faculdade privada. No final do primeiro ano pensou em pedir transferência para Lisboa, mas sentia-se tão livre, que após falar com os pais decidiu ficar. No quarto ano de faculdade começou a namorar com o ex-marido, ele vivia em Lisboa e ela estava em Aveiro, viam-se apenas aos fins-de-semana, quando ela ia ter com ele. No último ano, tinha três ou quatro cadeiras por fazer, voltando para Lisboa, indo apenas a Aveiro fazer os exames, nessa altura afirma que se sentia presa, passava os dias em casa a estudar e não fazia mais nada.

Quanto às relações familiares afirma sempre ter uma boa e muito próxima tanto com a mãe, como com o pai. Refere ter uma relação muito próxima com o irmão, sendo muito amigos, pedindo conselhos e ajuda quando necessário, mas também para compartilhar as suas vivências diárias.

Com 24 anos de idade sentiu-se muito abalada, porque teve que enfrentar a morte pela primeira vez. Em primeiro lugar faleceu a sua avó materna e seguidamente o seu avô materno. Refere ter sido a primeira vez que se apercebeu que as pessoas não duravam para sempre e que não sabia lidar com o sentimento de perda, que estava a sentir. Nessa altura toda a família se apoiou mutuamente, bem como o ex-marido a ajudou bastante a ultrapassar o sucedido. A relação com ex-marido durante o namoro era muito boa, refere que até achava estranho porque nunca discutirem.

Aos 25 anos após ter terminado o seu curso começou a trabalhar num banco, do qual não gostava muito, mas onde desempenhava as suas funções de forma interessada. Em 2002, após planear e ponderar muito casou-se, decidindo comprar casa perto dos pais de ambos. Os primeiros dois anos de casamento foram normais, mas a relação tornou-se mais distante, viam-se pouco devido ao trabalho, ao facto de ser militar e de trabalhar por turnos. Ela chegava a casa tarde do banco e ele trabalhava por turnos, afirmando que

muitas vezes parecia que vivia sozinha. A relação com os sogros sempre foi muito distante, mas já o marido preocupava-se mais com eles do que com a família.

Em finais de 2003, decidiu conjuntamente com o marido que estava na altura de ter filhos, por isso começaram a tentar, ficando grávida no início de 2004. Recorda que no dia das mentiras fez a primeira ecografia e o médico lhe disse que estava grávida de gêmeos, pensando ela que era uma brincadeira. Foi acompanhada durante toda a gravidez e mesmo posteriormente pela mãe.

Quando as filhas nasceram foi uma fase muito feliz da vida dela, mas também muito complicada, pelo facto de ter duas crianças de uma vez, tendo de fazer tudo a dobrar e sem a ajuda do marido. Diz que nessa altura deve ter tido uma depressão pós-parto, porque em determinado momento só chorava e não queria ver as filhas, dizendo que as metia num caixote de lixo, senão se calassem.

Seis anos após o nascimento das meninas decidiu arranjar um trabalho perto de casa, para poder estar mais tempo com as filhas e chegar a casa mais cedo, onde se encontra a trabalhar atualmente. As discussões com o marido começaram a aumentar, tendo uma vida cada vez mais solitária só com as filhas. Após consultar a família, decidiu divorciar-se, deixando o ex-marido confuso e surpreso com a decisão.

Atualmente, ele tenta controlar a vida da cliente, querendo saber com quem anda, o que faz e às vezes vigia-a. As discussões continuam a ser constantes, o que abala bastante a cliente. O dia-a-dia da cliente é passado com as filhas, passeando com elas e dando-lhes atenção. Estas aceitaram bem a separação dos pais, apesar de terem apenas 9 anos de idade.

Ao nível social a cliente quase não possui amigos, partilhando tudo com a família e possuindo somente um amigo mais chegado. Continua a ser bastante seletiva, reservada

e introvertida, não se gostando de meter na vida dos outros, para que também não se metam na vida dela. As únicas pessoas de quem aceita conselhos é da família.

Recentemente, o pai faleceu e isto foi um choque para ela, pois não se encontrava preparada. Apesar de o pai sofrer de doença oncológica prolongada, não estavam à espera da morte dele, uma vez que se encontrava controlado. Agora tem de se preocupar com a mãe, a tomar conta dela e a dar-lhe mais atenção, ao mesmo tempo que tratar de si e das filhas.

Plano Terapêutico

Foi sugerido à cliente que iniciasse-mos o processo com uma avaliação psicológica, uma vez que este era um pedido explícito da cliente. Seguidamente, tal como aconteceu no caso anterior, foi discutido com a cliente, se haveria disponibilidade para as sessões se realizarem semanalmente, pelo que esta concordou.

Avaliação Psicológica

Tendo em conta que a cliente nunca tinha efetuado uma avaliação psicológica, foi pensada uma avaliação global integrando a avaliação da personalidade e do funcionamento intelectual. Uma vez que o local de estágio não possuía testes psicológicos, foi solicitado à Universidade o empréstimo do Questionário Fatorial de Personalidade (16PF), do Questionário de Análise Clínica (CAQ) e do Teste dos Dominós (D70).

A escolha do 16PF5 prendeu-se com o facto de a cliente querer conhecer melhor a sua personalidade, uma vez que este teste avalia dezasseis traços de personalidade de primeira ordem e cinco dimensões (Russell & Karol, 1998). Relativamente ao CAQ este permite medir traços normais e patológicos, sendo utilizado em conjunto com o 16PF5 (Krug, 1997). A escolha aconteceu pois a cliente manifestou sintomas depressivos, pretendendo perceber se possui uma depressão ou outra perturbação. Por fim, para

avaliar o funcionamento intelectual escolhemos o D70, que introduz o fator G e que se encontra focalizado para pessoas com habilitações literárias superiores, estando validado para a população portuguesa (Sellier, 1977). A cliente demonstrou alguma inquietação na realização dos testes, pelo receio de não saber o que ia fazer e também de dar respostas erradas. As folhas dos resultados encontram-se em anexo (Anexo Q). Foi ainda elaborado um relatório de avaliação mais pormenorizado que se encontra em anexo (Anexo R).

Segundo Cunha (2000), um teste não pode ser utilizado isoladamente, devendo a avaliação ser composta por dois ou mais instrumentos, devendo estes tentar abranger a pessoa como um todo. Existiu a preocupação de utilizar testes aferidos para a população portuguesa, uma vez que é a escolha correta de forma a produzir resultados fiáveis.

Resultados do D70, 16PF5 e CAQ

O teste D70 apresenta os seus resultados através da pontuação direta obtida no teste pelo que das 44 questões existentes, a cliente conseguiu responder a 26 questões corretamente. O teste apresenta também a possibilidade de criar uma correlação entre o nível cultural e o profissional, sendo que a cliente no nível cultural se encontra no percentil 35, eneatipo 4 e ao nível profissional no percentil 30, eneatipo 4. O que representa que tem um funcionamento cognitivo abaixo do percentil 50, tanto para o seu nível cultural como profissional.

Relativamente aos resultados obtidos no teste 16PF-5 a cliente obteve valores abaixo da média nas escalas primárias de Afabilidade e de Abertura à mudança. Obteve ainda valores muito abaixo da média na escala primária de Abstração. Obteve valores acima da média na dimensão global de Dureza.

A escala de Afabilidade mostrar a tendência de uma determinada pessoa para ser muito ou pouco sociável, sendo uma característica normal da personalidade. As pessoas

com resultados abaixo da média têm tendência a ser reservadas, frias, impessoais e distantes. Apresentam-se como sendo cautelosas nos contactos sociais, preferem trabalhar sozinhas, sentem desconforto ao manifestar emoções ou sentimentos, podendo apresentar historial de relações interpessoais insatisfatórias.

A escala de Abstração encontra-se relacionada com as coisas que ocupam a atenção e o pensamento do sujeito. O indivíduo que apresenta resultados abaixo da média é prático, “com os pés na terra”, realista e pragmático. As características acentuadas são: orientados para as sensações; pessoas terra a terra, que gostam de pensar naquilo que vão fazer; são concretas e literais, tendo ideias realistas e práticas.

A escala de Abertura à mudança encontra-se relacionada com a dificuldade que o sujeito tem em encarar as mudanças. O sujeito com pontuação abaixo da média é descrito como uma pessoa tradicional e agarrada ao que lhe é familiar. As características marcantes são: a preferência de formas tradicionais de ver as coisas; preferência do que é familiar e previsível; tudo o que é habitual transmite-lhe mais confiança, do que o desconhecido.

A dimensão Dureza mostra que o sujeito possui uma mentalidade, postura e maneira de ser dura. É definida pela junção das escalas de Abertura à Mudança, Abstração e Afabilidade. O sujeito que tem uma elevada pontuação nesta dimensão trata os seus problemas de uma forma fria e racional, com tendência a ser mais reservado, objetivo realista e tradicionalista.

Em suma, a cliente apresenta características é reservada, fria, impessoal e distante. Gosta de ser reservada fase à sua vida pessoal, não a partilhando com os outros, estabelecendo relações mais frias e impessoais e falando apenas das coisas superficiais. Mostrou-o durante as sessões de acompanhamento, sentindo-se desconfortável quando falava das duas emoções, tal como revela este traço de personalidade. A cliente mostra

que é prática, terra a terra, realista e pragmática. A cliente opta por ter ideias e atitudes práticas, pensando bastante nas coisas antes de as fazer. Tal facto pode ser observado, quando a cliente decidiu repensar a sua relação com o marido e pedir o divórcio, de forma pensada e planeada. A cliente é também tradicional tradicional e familiar, não reagindo bem a mudanças inesperadas na sua vida, preferindo ver as coisas de forma tradicional e previsível. Quando surgem surpresas inesperadas, como a morte do pai, esta fica abalada.

Por fim, a escala de Dureza mostra que a cliente é uma pessoa rígida e dura, que tem uma forma muito própria de pensar e de agir. Essa forma é muito própria, pensada e previsível, uma vez que não gosta de mudanças, pondera as coisas antes de agir.

Relativamente aos resultados obtidos no teste CAQ a cliente obteve valores abaixo da média nas escalas primárias de Depressão Suicida, Apatia-retirada e Desvio Psicopático. Obteve valores acima da média nas escalas de Hipocondria e de Psicastenia. Na escala da Hipocondria o sujeito pode encontrar-se ou não demasiado preocupado com as alterações das funções do seu corpo. No presente dos valores serem acima da média significa que o sujeito se encontra preocupada com essas alterações. Esta escala relaciona-se com o desenvolvimento de uma depressão.

A escala de Depressão suicida revela se o sujeito possui ou não pensamentos de autodestruição, orientados para si próprio. Sujeitos com valores abaixo da média, tal como a cliente, revelam não possuir pensamentos de autodestruição.

A escala da Apatia-retirada pode indicar que o sujeito possuía a sensação de que a vida é muito absurda e não faz sentido, evitando o contacto com outras pessoas, isto quando apresenta valores elevados. Os valores abaixo da média indicam precisamente o contrário.

A escala Desvio psicopático refere que os sujeitos possuem uma menor inibição, procurando a excitação e conseguindo estar dois ou três dias sem dormir. Sendo característica de sujeitos com pontuações acima da média. Pelo contrário quando estão abaixo da média, tal como a cliente, mostra que são inibidos e que não procuram a excitação.

A escala de Psicastenia mostra que os sujeitos têm um tipo de conduta obsessiva, na qual não conseguem ter controlo em algumas coisas, como contar coisas, ou preocupar-se com coisas sem importância. Isto acontece quando as pontuações ao teste são acima da média.

Os resultados do CAQ mostram que a cliente se encontra preocupada com mudanças nas funções do seu corpo, estando isto relacionado com a sua preocupação com as suas insónias, sentindo-se ansiosa e preocupada com a sua vida. A recente morte do pai poderá também ter ajudado, a que esteja mais ansiosa e preocupada com a sua saúde. A cliente não possui ideias de autodestruição, achando que a sua vida faz sentido. A cliente tem valores acima da média na escala de Psicastenia, o que mostra que poderá ter algum tipo de comportamento obsessivo. O mesmo não foi relatado pela cliente, nem reparamos que durante os contactos com a cliente, algo que fosse percebido.

Síntese das Sessões

Foram realizadas dez sessões de acompanhamento, sendo que nenhuma delas foi gravada, uma vez que a cliente não o permitiu, encontrando-se nos anexos os resumos realizados após as sessões (anexo P). A cliente concordou com uma possível utilização do seu caso.

Na 1ª sessão a cliente iniciou a mesma fazendo uma descrição cronológica das suas vivências. Começando por falar da sua infância e das suas vivências enquanto pequena, referindo que nasceu em Angola, mas com o início da guerra os pais vieram para

Lisboa. Seguidamente fala do seu percurso escolar, dando ênfase ao facto de ter de escolher entre estudar numa faculdade em Lisboa ou sair da cidade. Optando pela segunda opção, referindo que “foi uma experiência fantástica, senti que me modificou bastante, deixei de ser tão introvertida, aprendi a ter mais responsabilidade”. Afirmou que no último ano de faculdade ficou bastante abalada com a morte dos avós e que o ex-marido foi uma mais-valia para que ultrapassa-se o sucedido. Referiu que arranjou emprego e casou, sendo tudo muito planeado com antecedência, bem com o facto de engravidar, o que saiu fora dos seus planos foi ter ficado grávida de gémeos. Relatou que após o nascimento das filhas teve um período conturbado, achando que poderia ter tido uma depressão pós-parto, uma vez que pensava em desfazer-se das filhas.

A cliente posteriormente falou sobre a relação que tinha com o ex-marido a partir do momento em que se casou, referindo que se sentia sempre muito sozinha, devido aos horários desencontrados do casal. Após o nascimento das filhas, também não possuía nenhuma ajuda por parte do marido para cuidar das mesmas. Segundo a cliente “as coisas já não estavam bem lá em casa, ele não nos dava atenção, dedicava todo o tempo que tinha ao trabalho.”. Levando a cliente a pedir o divórcio. Refere que se sentiu aliviada com a decisão que tomou. O ex-marido refez rapidamente a sua vida amorosa, mas mesmo assim continuava a controlar a sua vida, querendo saber o que a cliente fazia e isso deixava-a incomodada.

No final da sessão, a cliente falou da morte recente do pai, chorando e referindo que todo o processo estava a ser doloroso para ela. Relatou também que a sua vinda ao psicólogo se prende com um pedido do pai enquanto vivo, achando que ela necessitava de falar com alguém especializado.

Na sessão seguinte começou por referir que desde que se divorciou tinha alguma dificuldade em dormir, bem como falta de apetite que lhe provocou uma diminuição de

peso Apesar de ter achado que tomou a decisão correta e se ter sentido bem com isso. Mas sente-se triste chorando várias vezes e estando desconcentrada, coisas que não eram normais em si. Seguidamente voltou a abordar o facto de o ex-marido ter arranjado uma nova companheira tão rapidamente e o facto de ele continuar a querer saber da vida da cliente, chegando a questionar as filhas e a ter discussões telefónicas com a cliente.

Posteriormente, a cliente ficou em silêncio durante algum tempo a chorar e pediu se podia falar do pai. Referindo que ainda tem sido muito difícil para si gerir a morte do seu pai, tentando manter a postura em frente à mãe, mas quando se encontra sozinha, sente uma grande necessidade de chorar. A sessão foi realmente muito curta, uma vez que a cliente passou grande parte do tempo a chorar e em silêncio, tendo esse momento sido respeitado.

Nas duas sessões seguintes realizamos a avaliação psicológica à cliente, tal como acordado previamente. A avaliação decorreu dentro da normalidade, sendo que a cliente estava um pouco ansiosa. A sua ansiedade notava-se mais nos CAQ e no 16PF, uma vez que são testes que não possuem respostas certas ou erradas, deixando-a insegura, uma vez que queria responder acertadamente. Na 5ª sessão entregamos, verbalmente, os resultados à cliente. Focalizamo-nos mais nas características de personalidade que obtivemos, como o ser reservada, tradicional e familiar. Explicando à cliente o que isso significava de acordo com a sua forma de ser. No que refere aos resultados do CAQ, referimos apenas que a cliente se encontrava ansiosa, o que iria de encontro ao descrito anteriormente pela cliente. A cliente referiu estar de acordo com os resultados, sentindo que os mesmos foram de encontro a como ela é e como se sente no momento.

A cliente iniciou a sessão seguinte falando da forma como encarou a morte do seu pai, relatando que percebeu que são coisas que acontecem, sendo a lei natural da vida. A

cliente refere que passou a perceber que tinha que dar mais importância às pequenas coisas da vida, aproveitando melhor cada pequeno momento, percebendo isso após a morte do pai. Equacionando que agora poderá agir de forma diferente com a mãe.

Seguidamente a cliente relata o porquê de o pai querer que ela procurasse ajuda. Afirmando que o pai lhe disse para procurar ajuda desde o nascimento das filhas, uma vez que a cliente passou a ficar muito nervosa, tal como depois do divórcio, onde o pai voltou a referir o mesmo. A cliente afirma ainda que aquando do nascimento das filhas, a cliente passou a deixar de ter vida própria. “Tanto que deixei de ter uma vida normal, quando eu digo normal, é não ter a vida para mim.”

Posteriormente, a cliente falou do impacto que a gravidez de gémeos teve na sua vida, sublinhando que foi uma felicidade, mas ao mesmo tempo um choque, devido ao imenso trabalho que duas crianças davam. Não sabendo como gerir a situação, pois apenas tinha planeado um filho e não dois. Revelando que a mudança não foi apenas ao nível da sua vida, mas também ao nível emocional, “A pessoa levantava-se de manhã e nunca sabia o que é que podia acontecer, com duas crianças, mudou mesmo completamente e isso aí claro que... emocionalmente a pessoa mudou”. Com a maternidade, a cliente afirma ter despertado para outros aspetos, alguns deles diferentes daquilo a que estava habituada, como a preocupação ou a organização da vida das crianças. Mas também ressalta aspetos positivos, como o de se ter tornado mais compreensiva e paciente.

No seguimento, da sessão a cliente falou um pouco sobre si, afirmando ser uma pessoa reservada, que tem receio das mudanças e de coisas inesperadas na vida, gostando de planear as coisas atempadamente. “Mas isto é em tudo, em qualquer coisa na vida sou assim, mas acho que já fui pior, acho que agora com a idade, uma pessoa também já começa a pensar, amanhã já não sei se cá estou”. Quando as coisas são

pensadas não tem medo de as fazer, porque já sabe com o que esta contar, tal como aconteceu no divórcio, planeou-o antes de dizer ao ex-marido e sente que tomou a decisão certa.

No seguimento das sessões de acompanhamento, a cliente começou por querer falar do ex-marido, referindo que tinha chegado à conclusão que este sempre tinha colocado os pais e o irmão, à frente da cliente e das filhas. Afirmando que o ex-marido estava sempre disponível para mudar a sua vida e horários por causa da família dele, mas nunca o fez por ela e pelas filhas. A cliente sentia-se desagradada que ele colocasse o trabalho à frente da família, não dando qualquer tipo de ajuda em casa. A cliente relata que muitas vezes o ex-marido chegava a casa já a discutir com ela e a chamar-lhe nomes. Durante muito tempo a cliente revela que guardou tudo para si, não partilhando nem com a família, tendo-se tornado muito doloroso para ela. Tal acontecia em parte porque não gosta de expor a sua vida aos outros. “Há isso aí então é que não, é assim eu partilhar com os outros aquilo que faço não tenho problemas nenhuns”.

Seguidamente a cliente falou da dificuldade que sente em falar dos seus sentimentos, referindo que tal acontece desde pequena, mas que também serve como capa protetora. A cliente pensa que também poderá existir uma relação entre a sua maneira de ser e o divórcio. Mas apesar do divórcio o ex-marido encontra-se muito interessado em saber das rotinas da cliente, bem como da sua vida social, provocando nela alguma irritação e incompreensão, uma vez que enquanto casado não se importava e agora age de forma contrária.

Na continuidade das sessões, a cliente contou que o ex-marido estava supostamente à espera de um filho da atual companheira, mas que também já tinha comprado camas para as filhas puderem dormir em casa dele. Aos olhos da cliente parecia que qualquer coisa estava a mudar, relativamente ao seu comportamento com as filhas. Descobriu

também que ele supostamente teve um filho quando foi jovem, pelo menos foi o que disse às filhas, mas que ela nunca soube da sua existência. Tendo-se questionado quanto mais coisas lhe teriam sido escondidas.

Posteriormente, a cliente falou novamente da relação com o ex-marido, afirmando que não saíam um com o outro, que nunca faziam passeios em família, nem com outras pessoas. Referindo não saber se era por vergonha dela ou não. A cliente relata também que apanhou algumas mentiras do ex-marido, bem como falta de dinheiro. A cliente sabe que a relação de casados é diferente da relação enquanto casal, sabendo que ele mudou radicalmente.

Na sessão seguinte a cliente ainda continuava a pensar na questão do suposto filho encoberto do ex-marido, questionando-se se a relutância em mudar de local de trabalho seria para poder estar mais perto do filho, sem a mesma saber. O seu pensamento foi mais longe relacionando com alguns episódios em que lhe mentiu, dizendo estar num local e não estando. Quando confrontado com as desconfianças da cliente, ele gritava com ela, chamava-lhe nomes, o que a deixou muito assustada.

Seguidamente, a cliente falou que teria assumido uma relação amorosa recentemente. Contudo, teria algum receio se a relação daria certo ou não. A relação também não exige tanta responsabilidade como um casamento e isso acaba por tranquilizá-la. A cliente viu-se obrigada a terminar a relação, devido a atitudes dele que não gostou, concretamente o facto de partilhar nas redes públicas aquilo que sente pela cliente. A cliente sente que ficou mais intransigente, devido à situação vivida com o ex-marido, não estando disposta a suportar atitudes que não gosta, uma vez que é reservada. Uma das coisas a que não está disposta são as discussões, porque o ex-marido discutia com ele. Quando o fazia gritava com ela, chamava-lhe nomes, que não prestava para nada e que era má mãe. Passado uns tempos as discussões ocorriam de cada vez que chegava a

casa, passando a cliente a sentir-se intimidada, sendo que o receio de ser agredida a levou também a pedir o divórcio.

Na semana seguinte, a cliente relatou um episódio ocorrido com o ex-marido, este chegou ao local de trabalho dela começando a gritar com a cliente em frente das colegas de trabalho e a fazer cobranças da vida privada da cliente. A cliente refere ter ficado muito nervosa, tendo mesmo de tomar um calmante e acabando por ir para casa, por não conseguir parar de chorar.

Seguidamente referiu que o seu posto de trabalho estava em perigo, devido única e exclusivamente à crise, tendo receio que aquela situação pudesse interferir no seu despedimento. Pensa que o seu ex-marido não deveria ter tomado aquela atitude no local de trabalho, expondo a vida da cliente, ainda para mais quando ela não gosta da exposição. O ex-marido tem vindo a tornar-se mais agressivo de dia para dia, sendo que agora é mais agressivo do que quando estavam casados, o que tem deixado a cliente com algum receio. A cliente está a ponderar tomar uma decisão, mas antes quer consultar o irmão e a mãe.

A cliente chegou à sua última sessão afirmando que já tinha tomado alguns decisões para a sua vida futura, relativamente aos problemas que tem neste momento. A cliente foi despedida após a última sessão, devido à crise. Relativamente a isso não foi apanhada de surpresa uma vez que já o esperava, já começou a procurar emprego, mesmo sabendo que tem direito ao fundo de desemprego, mas está empenhada em encontrar um trabalho. Tendo recebido uma proposta de emprego fora da cidade, mas ainda não tomou uma decisão. Irá viver com a mãe, pois tem de dividir o dinheiro da casa com o ex-marido, sabendo que isso é um retrocesso na sua liberdade, mas que não têm alternativa no momento. A mãe precisa de alguma companhia e a cliente necessita de reduzir despesas.

No que respeita ao ex-marido decidiu procurar uma advogada para expor o assunto, uma vez que ele não tem dado a pensão de alimentos às meninas. A conversa com a advogada correu bem, sabendo que caso as perseguições continuem pode recorrer a outras medidas. A advogada também aconselhou que as filhas fizessem uma avaliação psicológica, devido à pressão que ele faz sobre as meninas, questionando sobre a vida da cliente. A cliente acha que é pertinente, porque com as sessões de acompanhamento dela, percebeu que estas foram importantes, dando-lhe uma visão da vida diferente, percebendo que este processo foi importante para a sua vida.

Análise do Caso

A cliente apresentou uma evolução simétrica ao longo de todo o acompanhamento, conseguindo expor melhor os seus sentimentos e a sua vida, sentindo-se segura para falar das suas vivências. De acordo com os resultados obtidos na avaliação psicológica efetuada, os mesmos sugeriam que a cliente se encontrava ansiosa, bem como tinha reações emocionais intensas, nomeadamente no que respeita à mudança.

Ao observarmos as vivências da cliente, percebemos que a mesma se sentiu ansiosa algumas vezes no decorrer da sua vida, sempre em situações de mudança. Nomeadamente, a volta para Lisboa, as perdas do avô e avó maternas, posteriormente nos primeiros meses de vida das filhas, na recente morte do pai e por fim na relação recente com o ex-marido. A cliente mostra ter por hábito planear e pensar bastante sobre as decisões que toma na sua vida, como descreve na decisão do matrimónio, de engravidar, de mudar de emprego e de pedir o divórcio. A cliente parece demonstrar ser ponderada e racional, tal como também descreve a sua avaliação psicológica.

Atualmente estas reações emocionais intensas podem ser observadas na relação com o ex-marido, apesar de separados, este continua a exercer um controlo apertado sobre a vida da cliente, questionando-a sobre aquilo que faz e chegando mesmo a efetuar

ameaças verbais e escritas. Tal como refere: “Ainda outro dia me fez uma cena” (sessão 1), “...perguntou-me onde é que eu estava e eu disse que ele não tinha nada a ver com isso e começou aos gritos (sessão 1)”. A cliente refere que cada vez que se encontra com o ex-marido se sente ansiosa, preocupada e receosa. Seguidamente ao encontro e uma vez que este acaba sempre em discussão, a cliente fica sempre numa crise de choro, tendo de recorrer à toma de ansiolíticos S.O.S. Tal como refere aconteceu quando o ex-marido se dirigiu ao trabalho dela de surpresa.

No entanto a cliente refere que as mudanças no seu modo de estar e agir começaram logo após o divórcio. A partir deste momento começou a diminuir o seu peso, afirmando que com as preocupações não tinha apetite. Relativamente aos hábitos de sono, a cliente afirma dormir mal, tendo insónias desde o divórcio.

Conjuntamente, a morte do pai é outro dos acontecimentos da vida da cliente que lhe tem causado algum transtorno, a cliente afirma que desde esse momento que não sente vontade de fazer nada. Segundo a cliente estes momentos foram marcantes: “Mas depois quando estou sozinha é aí que choro, no trabalho tem também sido complicado, fico bastante desconcentrada e também não tenho conseguido dormir nada. O meu sono também não tem sido o melhor, mas isso já dura desde que me divorciei. “ (sessão1) e “Neste último tempo tenho ficado sozinha, não consigo ver ninguém, não quero estar com ninguém não tenho vontade de fazer nada. (sessão 1) ”.

Segundo a Organização Mundial de Saúde de Genebra (1993) a fim de cumprir o requisito de episódio depressivo leve, o indivíduo terá de sofrer de pelo menos dois dos seguintes sintomas. Humor deprimido, ou aumentado. Conjuntamente, terá de sofrer de pelo menos dois dos seguintes sintomas: concentração e atenção reduzidas; auto estima e auto confiança reduzidas; ideias de culpa e inutilidade; visões desoladas e pessimistas do futuro; ideias ou atos auto lesivos ou suicídio; sono perturbado e apetite diminuído.

O episódio depressivo deverá ter a duração mínima de duas semanas e, nenhum dos sintomas devem estar presentes em grau intenso. A pessoa sente-se angustiada e com alguma dificuldade nas tarefas do trabalho e nas atividades sociais.

Tendo em conta as vivências da cliente, aquilo que nos foi relatado, esta aparenta estar um pouco deprimida, não ter vontade de fazer nada, chorando facilmente quando está sozinha, tendo dificuldades em concentrar-se, diminuiu o seu peso desde que se divorciou e tem dificuldades em dormir. Cumprindo assim os requisitos necessários para se enquadrar no episódio depressivo leve. Tal episódio deverá ter tido o seu início com a morte do pai. Apesar de a cliente ter diminuído o seu apetite, bem como ter dificuldade em dormir, após o divórcio, tais sintomas não chegam para considerar aí o início do episódio depressivo. A conjunção de todos os sintomas ocorre com a morte do pai, sendo que o episódio depressivo leve surge como uma reação à perda.

Segundo Walker (1999) a violência doméstica exercida sobre as vítimas pode ser apenas verbal e psicológica. Humilhar a vítima e fazer com que esta se sinta diminuída e emocionalmente instável, é um dos objetivos do agressor. Esta forma de agir faz com que a vítima se sinta inferior, triste e por vezes deprimida. Muitas vezes, apesar da separação, os agressores não aceitam que a vítima deixe a relação, continuando com comportamentos intimidatórios, podendo vir a cumprir as suas ameaças.

De acordo com Deprince *et al*, (2011) a violência doméstica exercida sobre as vítimas deixa marcas físicas e psicológicas. De entre as consequências podemos ter perturbações: do sono e da alimentação; da imagem corporal; disfunção sexual; recorrência a sentimentos negativos (culpa, medo, vergonha); problemas cognitivos e de memória; ansiedade; fobias; ataques de pânico; problemas de autoestima; isolamento social; depressão e stress pós-traumático.

A cliente experienciou violência verbal e psicológica e controlo da sua liberdade, por parte do ex-marido, ainda enquanto casada, nomeadamente este chamava-lhe nomes, humilhava-a e negligenciava-a. Estes comportamentos foram também importante na tomada de decisão para o pedido de divórcio. Antes do acompanhamento e no decorrer do mesmo a cliente referiu que o ex-marido ainda exerce alguma pressão e controlo sobre si, o que também poderá ajudar a aumentar os sintomas da cliente.

Em todo o acompanhamento a cliente mostrou-se sempre reservada, tendo dificuldades em falar dos seus sentimentos, em partilhar alguns momentos mais íntimos, fazendo com que, por vezes, a sua história pareça superficial. Contudo, esta é uma característica demarcada na personalidade da cliente e que se encontra bem presente na sua avaliação. A cliente fala também muitas vezes da família, mostrando que dá muita importância à família, que ainda hoje tem uma relação muito próxima com a sua família, pedindo-lhes conselhos, antes de tomar decisões. Também com a morte do pai se dispôs a tomar conta da mãe, para que esta não se sentisse sozinha. Esta característica da cliente também se encontra descrita na sua avaliação psicológica, fazendo parte da sua personalidade.

No final do acompanhamento a cliente tomou algumas decisões importantes na sua vida. Uma vez que o ex-marido não pagava as pensões de alimentos a cliente decidiu procurar ajuda de um advogado, para solucionar o problema, mas também para se precaver de problemas futuros. Uma vez que o ex-marido questionava as filhas sobre a vida da mãe, pelo facto de elas terem também passado pela morte do avô, a cliente decidiu procurar ajuda psicológica para as filhas, sendo que estas iniciaram um processo de avaliação psicológica, indicado também pela advogada. Assim sendo, a cliente que se encontrava apanhada de surpresa pelas mudanças, conseguiu encontrar soluções para a resolução dos problemas. Do ponto de vista médico a cliente encontrava-se em fase de

redução dos antidepressivos, passando de uma toma três vezes ao dia, para uma toma duas vezes ao dia. A cliente sentia-se muito melhor, conseguia dormir e estava mais calma, tendo por ordem médica, deixando os ansiolíticos.

A cliente optou por ir trabalhar para outra cidade, tendo isso feito com que tivesse de deixar o acompanhamento.

Reflexão Pessoal

No decorrer do acompanhamento notou-se uma certa dificuldade da cliente em expressar-se relativamente às suas vivências pessoais, concretamente no que respeita aos seus sentimentos, à superficialidade como os transmite e ao pouco à vontade que sentia em fazê-lo.

Uma vez que este era o nosso primeiro acompanhamento, foi difícil sabermos como deveríamos agir, face à forma reservada como a cliente se expressava. Contudo, após a realização da avaliação psicológica da cliente, compreendemos que apresenta características de personalidade, que mostram que é reservada, familiar e tradicional. Após a análise e discussão dos resultados, compreendemos como a cliente pensa e age, tendo pesquisado sobre este tipo de características a fim de posteriormente, nos acompanhamentos, conseguirmos ajudar a cliente.

A realização da avaliação psicológica foi uma experiência de aprendizagem, uma vez que escolhemos testes com os quais nunca tínhamos trabalhado, o que constituiu uma nova aprendizagem. Também nunca tínhamos cotado eletronicamente um teste, sendo também uma aprendizagem realizada. O facto de a correção não ser manual fez com que o processo de entrega se atrasasse, uma vez que existiu ocorreu um problema com a *pen* de cotações, constituindo um erro no seguimento do caso. Existiu uma demora entre a realização da avaliação e o processo de entrega demasiado longo, o que a nosso ver poderia ter contribuído negativamente para a cliente. Poderíamos ter tentado colmatar o

ocorrido procurando outra instituição de ensino que nos disponibilizasse a correção manual, mas apenas posteriormente equacionamos este facto.

No entanto, apesar do tempo de espera no decorrer do processo, a cliente conseguiu tomar as suas decisões, arrumar as suas ideias e seguir o seu caminho, consciente das suas escolhas.

Apesar de a cliente não possuir uma diversidade de problemas, o caso tornou-se uma forma de aprendizagem, ensinando-nos a agir com uma pessoa mais reservada. No decorrer do processo a cliente passou a depositar confiança na estagiária, passando a relatar um pouco mais das suas vivências, tal como se verifica nas transcrições. Percebemos que a cliente passou a confiar na estagiária, quando começa a confidenciar mais sobre a sua relação com o ex-marido, passando a contar a violência psicológica vivida ao longo dos anos de casamento.

A cliente venceu o desconforto que sentia em falar dos seus sentimentos e da sua vida pessoal, sentindo-se escutada e compreendida, perdeu o receio de se expor, no contexto do acompanhamento, passando a falar dos seus assuntos de forma mais clara.

A experiência esta foi enriquecedora, a estagiária aprendeu a lidar com uma cliente com reservas, aprendendo a ser paciente, respeitando o seu tempo e o seu espaço. Sabendo que não deveria questionar, mesmo quando a vontade de saber mais era muita. Apesar da sensação inicial de desconforto e dúvida, a estagiária expôs as suas dúvidas à orientadora, questionando como deveria agir, tendo ficado mais confiante. A cliente encontrou soluções para os seus problemas, tendo nós sentido que o nosso trabalho foi feito de forma correta. O acompanhamento terminou face à própria vontade da cliente, uma vez que se mudou de cidade por uma questão laboral.

4. Discussão e Conclusão Final

O presente relatório, pretendeu dar a conhecer o trabalho efectuado no estágio, realizado na DIC, da GNR, procurando descrever as actividades práticas desenvolvidas no decorrer do estágio, bem como a apresentação e análise dos dois casos clínicos.

As actividades práticas realizadas, como ficou atrás exposto, abrangeram a preparação de formações para os militares da GNR, bem como a animação de algumas dessas formações. O trabalho desenvolvido pela DIC passa pela intervenção e prevenção da violência, em todas as faixas etárias e em diferentes contextos. Tendo isto como base, a formação dada aos militares, focaliza-se também na violência e em todos os seus aspectos. De acordo com Lourenço & Carvalho (2001), a definição de violência doméstica refere que existem diferentes tipos de intervenientes neste fenómeno. Os militares no seu trabalho diário estão em contacto com todos os intervenientes da violência, quer as vítimas, quer os agressores, as testemunhas. O contacto é feito quer quando são chamadas ao local da agressão ou no acto da queixa, quando realizam os inquéritos (vítimas, agressores ou testemunhas), ou mesmo em tribunal. Desta forma é importante e pertinente que os militares recebam formação adequada.

A formação recebida irá permitir aos militares atenderem as vítimas de forma adequada, percebendo com clareza todas as problemáticas envolvidas. Os militares passam a saber agir nas diferentes situações, respeitantes à violência doméstica, sabendo quais são e como ocorrem os processos de violência doméstica, quais as dinâmicas concretas do fenómeno, as formas de atuação da vítima e do agressor, as informações respeitantes à realização da avaliação de risco, bem como os benefícios da mesma e o enquadramento legal do fenómeno.

Torna-se importante formar convenientemente todos aqueles que lidam com a violência doméstica, a fim de impor uma política educativa, tentando minimizar o

impacto causado pela vitimização secundária (Correia & Vala, 2003). No caso concreto dos militares estes devem ter conhecimentos suficientes sobre o fenómeno, sabendo qual a natureza e efeitos, podendo criar uma resposta adequada, quando recebem as vítimas, minimizando a vitimização que eles mesmo exercem (Matos & Machado, 1999).

A verdade é que para os militares se puderem atualizar, bem como estarem preparados para lidar com a problemática, que evolui de forma rápida, têm de estar em posse de informação atualizada. Tais conhecimentos irão ajudar o militar a agir de forma correta com a vítima, fazendo uma avaliação de risco e um acompanhamento correto. A formação contínua permite-lhes também prestar um atendimento respeitoso, de forma a que a vítima se sinta em segurança, sabendo que encontrou ali um auxílio (Silva *et al*, 2007; Heise, 1994).

Em Portugal começam a ser criadas diretrizes específicas a fim de formar convenientemente não só os militares, mas todos os profissionais que interagem com esta problemática. Segundo o IV Plano Nacional Contra a Violência Doméstica é importante realizar a prevenção contra a vitimização secundária, efetuando um atendimento às vítimas correto. Não esquecendo de qualificar todos os profissionais e promover ações de formação que formem os militares como técnicos de apoio à vítima (Resolução de Conselho de Ministros nº 100/2010). Tentando cumprir os requisitos, a GNR tenta cumprir estas diretrizes corretamente, apostando na formação dos seus militares.

A psicologia como ciência comportamental tem vindo a constituir também uma importante ferramenta na ajuda às vítimas de violência doméstica, tanto no que refere à produção de conhecimento, como no acompanhamento psicológico. A produção de conhecimento permitiu a compreensão das consequências, não apenas físicas, mas

também psicológicas, como por exemplo os quadros de depressão e stress pós-traumático (Deprince *et al*, 2011; Hatzenberg *et al*, 2010; Maia, 2012; Manita *et al*, 2009).

A violência doméstica possui potenciais agressores diferentes, indo desde os membros da própria família, até aos companheiros das relações amorosas, esta pode ter início em diferentes fases da vida da vítima. Podendo existir como ato isolado num período específico da vida da vítima, como estar presente ao longo de vários períodos de vida, tendo agressores diferentes. Sendo importante que aquando de uma intervenção com a vítima se perceba todos os tipos de violência que a mesma sofreu ao longo da sua vida (Alvim & Souza, 2005).

Day, et al. (2003) mostram-nos que a vítima pode tornar-se vítima na idade adulta, como também ser vítima desde criança e o quadro se repetir ao longo da sua vida., ou seja, as vítimas sofrem vários tipos de violência em simultâneo. Manita, Ribeiro, & Peixoto (2009) acrescentam ainda que a vítima não sofre apenas de um tipo de violência, a mesma vítima irá sofrer de diversos tipos de violência em simultâneo. A violência física ocorre ao mesmo tempo que a vítima sofre também de violência psicológica.

Nos acompanhamentos realizados conseguimos observar os dois casos descritos na literatura acima referida. Por um lado, tivemos uma cliente que refere vivências de violência com início em criança, e que ainda hoje pontualmente ocorrem. Por outro lado, a segunda cliente descreve uma vida estável, em que o foco de violência doméstica surge em idade adulta, após o casamento. Fazendo-nos também compreender que ao nível das consequências os atos acabaram por ter implicações diferentes em cada uma das clientes. No que respeita à depressão major da cliente I esta estará relacionada com

as situações de violência continuadas, vividas na infância. No caso II poderá existir uma depressão leve também relacionada com a violência doméstica por parte do marido.

A violência doméstica apresenta diversas consequências, para além da depressão e do stress pós-traumático, as vítimas de violência doméstica podem ainda desenvolver outros quadros. Como perturbações do sono, com a imagem corporal, com a alimentação, ataques de pânico, entre outros. As perturbações podem surgir associadas ou isoladamente, em grau leve, moderado ou grave. Sendo que a vítima pode apenas desenvolver uma das consequências, como ao longo do tempo desenvolver mais perturbações (Deprince *et al*, 2011). Estes fenómenos descritos na literatura, vieram a confirmar-se em ambos os casos. No caso I a cliente acumula diversas perturbações psicológicas, como referido na análise do caso. No caso II a cliente inicialmente refere só as insónias, mas posteriormente sente-se pior.

Uma vez que as vítimas desenvolvem diversas perturbações, o acompanhamento psicológico torna-se uma ferramenta que poderá ajudar as vítimas, nestes períodos das suas vidas. Contituindo uma mais valia para a vítima. Existem alguns modelos terapêuticos diferentes, mas todos possuem a mesma finalidade, dar ferramentas à vítima para se libertar do processo e seguir com a sua vida (Martins, et al., 2008). A ajuda disponível não se encontra somente focalizada na vítima, também os agressores possuem programas psicoterapêuticos adequados. Neste caso a principal preocupação é a sua psicoeducação, fazendo com que o agressor aprenda sobre o erro que cometeu, as consequências que isso causa na vida do outro, mas nunca esquecendo de compreender e escutar o agressor convenientemente (Manita, 2008).

Tanto vítimas como agressores, possuem dificuldade em pedir ajuda e em procurar acompanhamento psicológico, e mesmo após procurarem ajuda, recuam muitas vezes no processo devido ao amor que sentem, a medos e receio ou a questões financeiras

(Manita *et al*, 2009). No entanto, no caso das vítimas, após receberem acompanhamento passam a sentir-se melhor, sentindo-se bem consigo próprias e sendo capazes de enfrentar e prespectivar o futuro. Muitas vítimas decidem também abandonar as sessões a meio, quer por não se sentirem compreendidas, ou por receio do que o agressor irá pensar (Bostock *et al*, 2009; CESIS, 2013).

Por todos os motivos supra referidos a intervenção psicológica torna-se importante para as vítimas, uma vez que as ajuda a se recapitarem, abordando os seus problemas e as suas vivências, fazendo com que se libertem dos seus medos e que encontrem soluções, bem como uma nova vida (Deprince *et al*, 2011).

As atividades práticas realizadas no decorrer do estágio foram avaliadas, pela própria estagiária, de forma positiva, uma vez que todas elas fizeram com que a estagiária adquirisse novas aprendizagens. A estagiária realizou atividades para as quais necessitou de desenvolver novas competências, bem como aprofundar os seus conhecimentos já existentes. Algumas atividades, como as animações de formação, foram aquelas com um saldo mais positivo. Nestas existiu uma aprendizagem recíproca, tendo em conta que também aprendemos com as dúvidas e questões colocadas pelos militares.

Existiram também atividades que gostaríamos de ter desenvolvido, concretamente o Seminário que planeamos, pois achamos que teria sido um acontecimento importante, produzindo conhecimento científico na área de investigação criminal, mas também da área do atendimento e apoio à vítima. Gostaríamos também de ter trabalhado mais os dados existentes de casos de violência doméstica, em todas as faixas etárias, podendo desenvolver ações de formação e sensibilização, não apenas para os militares, mas também para a sociedade em geral, assente em dados reais. O tempo passado na observação dos inquéritos de violência doméstica, foi importante para a compreensão de

todo o processo. Mas também para a compreensão da própria vítima e do papel do militar, bem como das dúvidas e limitações que sentem e que levam a vítima a desistir muitas vezes de levar o processo para tribunal. Pelo que gostaríamos que a experiência tivesse tido um maior número de observações.

Inicialmente, as expectativas prendiam-se com a aquisição de novas competências e conhecimentos. As expectativas iniciais foram cumpridas, bem como foram aumentando, uma vez que surgiram novas atividades pelas quais não esperávamos, que fizeram com que adquiríssemos um maior número de competências. No que respeita às competências adquiridas estas foram de cariz técnico, nomeadamente: na compreensão de conceitos ligados à violência, na elaboração de documentos da própria instituição, na interpretação estatística de dados relativos à violência doméstica e na avaliação psicológica de contadores. Foi-nos também possível adquirir competências relacionais e empáticas com os militares, ao partilharem as suas vivências de trabalho.

No decorrer do estágio reparamos que poderiam ser feitas melhorias no que refere à intervenção com os militares e também com as vítimas. Relativamente aos militares, os que se encontram mais longe da DIC deveriam ter um contacto mais regular, a fim de poderem falar das suas frustrações, ansiedades, dúvidas e preocupações. No que respeita às vítimas, seria pertinente a criação uma campanha de sensibilização, alertando as mesmas para os locais específicos onde podem procurar ajuda, mas também mostrando que estão seguras ao dirigir-se ao posto para efetuar a sua denúncia.

No que concerne aos acompanhamentos psicológicos realizados no decurso do estágio, estes enquadravam-se nas problemáticas da violência doméstica. Existindo um caso em que a violência física era o principal tipo de violência utilizada, mas também casos em que a violência psicológica, verbal e emocional, dominavam o quadro de estratégias utilizadas pelo agressor. Para além de se ter observado os vários tipos de

violência, conseguiu-se também verificar as dinâmicas e o ciclo de violência, bem como as consequências das mesmas nas vítimas, através da análise dos casos. Outro dos aspetos sentido foi a desculpabilização do agressor e o recusar fase ao processo judicial em curso (Maia, 2012).

Os acompanhamentos realizados decorreram de forma normal, tendo uma avaliação final positiva. Apesar de ser uma nova abordagem na nossa aprendizagem, uma vez que nunca tínhamos realizado acompanhamentos psicológicos, consideramos que o trabalho realizado foi efetuado de forma correta. Contudo, possuiu algumas dificuldades sentidas, como o desconforto inicial que tínhamos ao realizar os acompanhamentos. A fim de ultrapassar o desconforto e a insegurança, tivemos que procurar estudar e discutir as problemáticas com a orientadora, tentando colmatá-las.

Os aspetos positivos prenderam-se com a aquisição de competências relativamente à realização de acompanhamentos psicológicos, bem como de um raciocínio mais crítico e mais ponderado face a determinadas situações. Gostaríamos também que os outros dois casos que acompanhamos não tivessem decidido abandonar o acompanhamento, mas compreendemos que isso é um fenómeno normal que se encontra descrito na literatura. Um dos casos que seguimos foi de um homem que agrediu a companheira, mas que também se referia ter sido agredido pela mesma. Gostaríamos que não tivesse abandonado o acompanhamento, para que tivéssemos conseguido compreender a história de vida de um agressor, bem como aquilo que sente no momento da agressão. Achamos que teria sido pertinente realizar um acompanhamento psicológico a um militar, concretamente para compreender o seu ponto de vista, as frustrações que sente face ao seu trabalho com as vítimas e o impacto que isso provoca na sua própria vida.

Inicialmente não sabíamos se iríamos conseguir realizar de forma correta os acompanhamentos, tendo dúvidas, e sentindo ansiedade e algum receio, uma vez que

pensávamos que não conseguiríamos ajudar a pessoa, devido à nossa inexperiência. Antes da primeira sessão sentíamos-nos muito receosos, pois não sabíamos como iria correr, se seríamos capazes de responder de forma adequada ao cliente, se este não iria sentir os nossos receios, se seríamos capazes de o escutar e compreender. As reuniões com a orientadora antes do início do processo, serviram para limar alguns aspetos, bem como colocar algumas questões. No decorrer da sessão mantivemos a calma, percebendo que seríamos capazes de corresponder de forma positiva ao que nos era pedido.

Se conseguimos superar as nossas expectativas iniciais, foi porque realizamos um trabalho de pesquisa e de aquisição de competências teóricas, que até então sentíamos não possuir. Com o decorrer do tempo, passamos a sentir-nos mais confortáveis e calmos, face às sessões de acompanhamento. Concretamente, porque fomos capazes de adquirir competências, como a escuta ativa, uma melhor memorização, um olhar mais ponderado e crítico, fase aquilo que era verbalizado, mas também à linguagem não verbal. Passamos a perceber pequenas mudanças de humor, expressões que não coincidiam com o que era verbalizado, momentos de sofrimento verdadeiro. No fundo tornámo-nos mais empáticos, sensíveis, tendo conseguido compreender a pessoa de uma forma que não sabíamos que éramos capazes.

Entendemos que quando interagimos com uma pessoa temos de estar atentos e dispostos para diversos aspectos. Concretamente, para os receios e reservas que as pessoas possuem, sabermos respeitar o seu tempo para nos contar o sucedido, aceitar que poderá desconfiar de nós. Foi importante compreender que a confiança e a relação empática, são processos contínuos que ocorrem ao longo de todas as sessões, sendo que se fortalecem a cada momento, mas também se podem perder repentinamente. A

expressão, “cada ser é único e individual”, passou a fazer mais sentido após os acompanhamentos psicológicos.

Os assuntos abordados ao longo das sessões podem nem sempre ser fáceis de ouvir. As experiências relatadas podem por vezes ser pesadas, acabando por ferir susceptibilidades. O psicólogo deverá estar pronto para ouvir esses relatos, sem expressar emoções não verbais, demasiado transparentes, a fim de não assustar o cliente, sendo este aspecto importante sempre, mas com grande relevância no caso da violência doméstica.

No caso da violência doméstica devemos também ter em conta os verdadeiros aspetos pelos quais o cliente procura ajuda, mas também os aspetos que fazem as vítimas desistir dos processos, de forma a tentar ajudá-las convenientemente.

Tendo em conta todo o trabalho desenvolvido no decorrer do estágio, devem existir boas práticas tanto na formação dos militares, como na intervenção psicológica. No que respeita às boas práticas na formação, a preocupação deve centrar-se em fornecer informação atualizada e pertinente. Tentando colmatar as dúvidas pontuais dos militares, ou seja, a formação deve ser efetuada em curtos espaços de tempo.

Relativamente às boas práticas na intervenção com a vítima estas devem recair sobre competências e estilos de comunicação adequados, utilizando sempre uma escuta ativa e a empatia, criando uma ligação de confiança com a vítima. A vítima deverá também estar ciente que a confidencialidade será mantida, não correndo risco em falar abertamente das suas problemáticas (Alhabib & Jones, 2010). É importante estabelecer com a vítima uma relação de confiança, mostrando-lhe que ela não tem culpa daquilo que lhe acontece e mostrando-lhes os seus direitos enquanto vítimas (CESIS, 2013).

A vítima deverá também sentir-se apoiada nas decisões que toma, cabe ao psicólogo e ao militar, mostrar todas as opções que a vítima poderá seguir, informando-a

corretamente das opções que possui. No entanto, não devem ser dados conselhos pessoais, efetuados juízos de valor, ou quaisquer tipos de julgamentos, a fim de não influenciar a vítima, mas deixando-a escolher livremente (Manita *et al*, 2009).

No futuro gostaríamos de continuar ligados ao trabalho desenvolvido com todos os intervenientes de violência doméstica. Concretamente na GNR gostaríamos de desenvolver atividades específicas na área da violência, tanto na sensibilização, como na formação. Seria interessante trabalharmos as intervenções psicológicas com os agressores, bem como com os familiares, uma vez que foi uma área que nos suscitou interesse pessoal. A área da violência doméstica é uma área onde existe uma multiplicidade de atuações possíveis, que gostaríamos de experimentar.

As competências adquiridas no decorrer do estágio foram importantes, pois adquirimos conhecimentos sobre a prática de formação e de intervenção, mas também sobre as áreas onde gostaríamos de trabalhar, futuramente. Sendo que adquirimos algumas competências específicas, do ponto de vista da formação, que melhoradas continuamente, nos poderiam ser úteis no nosso futuro profissional. Percebendo que seria interessante trabalhar na prevenção de diversas temáticas, através de ações de sensibilização, nomeadamente à juventude, para sensibilizar para problemáticas importantes presentes na sociedade actual.

No que refere à área da intervenção psicológica este trabalho contribuiu para percebermos a importância da especificidade no trabalho nesta área concreta. Esta área de atuação possui diferentes formas de abordagem consoante as faixas etárias, em que a problemática se desenvolve, bem como populações específicas com as quais gostaria de trabalhar futuramente. Seria para nós prazeroso poder atuar do ponto de vista da intervenção psicológica, não apenas na área da violência doméstica, como na área prisional ou em problemáticas juvenis.

No fundo temos a certeza que gostaríamos de trabalhar em psicologia, com pessoas e para pessoas, produzindo uma ajuda concreta em situações e vivências problemáticas, como em áreas de sensibilização juvenil. Sabemos que para isso teremos de continuar a atualizar a nossa formação e o nosso conhecimento, colmatando as nossas lacunas e as nossas dificuldades, crescendo como profissionais e como pessoas.

Referências Bibliográficas

- Adeodato, V., Carvalho, R., Siqueira, V., & Souza, F. (2005). Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. *Revista Saúde Pública*, 39 (1), 108-113.
- Alhabib, S., & Jones, R. (2010). Domestic violence against women: systematic review of prevalence studies. *Journal of Family Violence*, 1, 179-192.
- Almeida, I., & Soeiro, C. (2010). Avaliação de risco de violência conjugal: versão para polícias (sara: pv). *Análise Psicológica*, 28 (1), 179-192.
- Alvim, S., & Souza, L. (2005). Violência conjugal em uma perspectiva relacional: homens e mulheres agredidos/agressores. *Psicologia: Teoria e Prática*, 7 (2), 171-206.
- American Psychiatric Association. (2006). *DSM-IV-TR - diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª Edição ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2009). *Serviços de apoio*. Consultado em 13 de Junho de 2013 através de [http:// www.apav.pt](http://www.apav.pt).
- Bostock, J., Plumpton, M., & Pratt, R. (2009). Domestic violence against women: understanding social process and women's experiences. *Jornal of Community & Applied Social Psychology*, 19, 95-110.
- Brown, J., James, K., & Taylor, A. (2010). Caught in the rejection - abuse cycle: are we really treating perpetrators of domestic abuse affectively?. *Journal of Family Therapy*, 32, 280-307.
- Canço, D., & Santos, F. (2011). *Igualdade de género em portugal 2010*. Lisboa: Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género.

- Castanho, A., Quaresma, C., Isidro, L. M., Ferreira, A., Marques, A., Vieira, A., . . .
Pereira, V. (2012). *Policiamento da violência doméstica*. Lisboa: Ministério da
Administração Interna.
- Castro, Z., & Baltazar, I. (2011). *Faces de eva: estudos sobre a mulher*. Lisboa: Edições
Colibri.
- Cavanaugh, C., Messing, J., Petras, H., Fowler, B., Flais, L., Kub, J., Campbell, J.
(2012). Patterns of violence against women: a latent class analysis.
Psychological Trauma: Theory, Research; Practice and Policy, 4 (2), 169-176.
- CESIS (2013). EU comparative: counselling survivors of domestic violence.
Intervenção psicológica a vítimas de violência doméstica (pp. 1-13). Lisboa:
CESIS.
- Correia, I., & Vala, J. (2003). Crença no mundo justo e vitimização secundária: o papel
moderador de inocência da vítima e da persistência do sofrimento. *Análise
Psicológica*, 21(3), 341 - 352.
- Cunha, J. A. (2000). *Psicodiagnóstico - V* (5ª Edição ed.). Porto Alegre: Artemed.
- Day, V., Telles, L., Zoratto, P., Azambuja, M., Machado, D., & Silveira, M. (2003).
Violência doméstica e as suas diferentes manifestações. *Revista de Psiquiatria
do Rio Grande do Sul*, 25 (suplemento 1), 9-21.
- Deprince, A., Priebe, S., & Newton, A. (2011). Learning about violence against women
in research methods: a comparison to traditional pedagogy. *Psychological
trauma: Theory, Research Practice and Policy*, 3(3), 215-222.
- Despacho nº 07/03, de 21 de Janeiro (2003). Criação da chefia de investigação criminal
e da estrutura de investigação criminal da guarda nacional republicana.
Ministério da Administração Interna.

- Dias, A., & Machado, C. (2008). Género e violência conjugal - uma relação cultural. *Análise Psicológica*, 26 (4) , 571-586.
- Dodd, L. (2009). Therapeutic groupwork with young children and mothers who have experience domestic abuse. *Educational Psychology*, 25(1), 21-36.
- Fleck, A., & Wagner, A. (2003). A mulher como a principal provedora do sustento económico familiar. *Psicologia em Estudo*, 8, 31-38.
- Garabedien, M., Lain, K. H., Garcia, L., Williams, C., & Crofford, L. (2011). Violence against women and postpartum depression. *Journal of Women's Health*, 20 (3), 447-453.
- Giffin, K. (1991). Noso corpo nos pertence: a dialética do biológico e do social. *Cadernos de Saúde Pública*, 7(2), 190-200.
- GNR (2012). Base de dados oficial de violência doméstica. Lisboa: GNR.
- Gonçalves, R. (2004). Agressores conjugais: investigar, avaliar e intervir na outra face da violência conjugal. *Revista Portuguesa da Ciência Criminal*, 14, 541-558.
- Gonçalves, R., & Machado, C. (2002). Vitimologia. Em R. Gonçalves, & C. (Coord.), *Violência e vítimas de crime. Vol 1: Adultos* (pp. 19-41). Coimbra: Quarteto.
- Googlin, W., & Dunn, C. (2010). Three patterns of domestic violence in households: sing victimization, reapt victimization, and co-occurring victimization. *Journal of Family Violence*, 25, 107-122.
- Harpe, K., & Boonzaier, F. (2011). Women's experiences of an intervention for violent men. *Psychological Society of South Africa*, 41 (2), 147-156.
- Harris, J. (1986). Couseling violent couples using walker's model. *Psychotherapy*, 1, 613 - 621.

- Hatzenberg, R., Lima, A., Lobo, B., Leite, L., & Kristensen, C. (2010). Transtorno de estress pós-traumático e prejuízos cognitivos em mulheres vítimas de violência pelo parceiro íntimo. *Ciência e Cognição*, 15 (2), 94-110.
- Heise, L. (1994). Gender-based abuse: the global epidemis. *Cadernos Saúde Pública*, 10, 135-145.
- Henting, V. H. (1948). *The criminal and his victim*. New Haven: Yale U. Press.
- Hetling, A., & Zhang, H. (2010). Domestic violence, poverty, and social services: does location matter?. *Social Science Quarterly*, 91 (5), 1144-1164.
- Iberson, K., Shenk, C., & Fruzzeti, A. (2009). Dialectical behavior therapy for women victims of domestic abuse: a pilot study. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40 (3), 242-248.
- Krug, S. (1997). *CAQ - Questionário de Analise Clínica - Manual*. Madrid: TEAE Ediciones, S.A.
- Lei nº 21/2000 de 10 de Agosto (2000).Organização da investigação criminal. *Diário da República 1ª série-a*, N.º 184 (10/08/2000), 3875-3878.
- Lei nº 49/2009 de 5 de Agosto (2009).Regula as condições de acesso e exercício das atividades de comércio de bens e tecnologias militares. *Diário da República 1ª série*, N.º 150 (05/08/2009), 5065-5072.
- Lei nº 59/2007 de 4 de Setembro (2007).Vigésima terceira alteração ao código penas, aprovado pelo decreto-lei n.º 400/82, de 23 de setembro. *Diário da República 1ª série*, N.º 170 (04/07/2007), 6181-6258.
- Lei nº 69/2007 de 6 de Novembro (2007). Aprova a orgânica da Guarda Nacional Republicana. *Diário da República 1ª série*, N.º 203 (06/11/2007), 8043-8051.
- Lei n.º 112/2009 de 16 de Setembro (2009). Estabelece o regime jurídico aplicável à prevenção da violência doméstica, à proteção e à assistência das suas vítimas e

revoga a lei n.º107/99, de 3 de Agosto, e o decreto-lei n.º 323/2000, de 19 de Dezembro. *Diário da República 1.ª série*, N.º 180 (16/09/2009), 6550-6561.

Lisboa, M., Barroso, Z., Patrício, J., & Leandro, A. (2009). *Violência e género: inquérito nacional sobre a violência doméstica exercida contra mulheres e homens*. Lisboa: Comissão Para a Cidadania e Igualdade de Género.

Lourenço, N., & Carvalho, M. (2001). Violência Doméstica: Conceito e Âmbito. Tipos e espaços de violência. *Themis, II (3)*, 95-121.

Lundberg, S. G. (1990). Domestic violence: a psychodynamic approach and implications for treatment. *Psychotherapy, 27 (2)*, 243 - 248.

Machado, C. (2004). Intervenção psicológica em vítimas de crimes: dilemas teóricos, técnicos e emocionais. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 4 (2)*, 399-411.

Maia, L. (2012). *Violência doméstica e crimes sexuais*. Lisboa: Factor.

Manita, C. (2008). Programas de intervenção em agressores de violência conjugal. *Ousar Integrar - Revista de Reinserção Social e Prova, 1*, 21-32.

Manita, C., Ribeiro, C., & Peixoto, C. (2009). *Violência doméstica: compreender para intervir - guia de boas práticas para profissionais de saúde*. Lisboa: Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género.

Martins, M., Viegas, P., Mimoso, R., Pauncz, A., Tóth, G., Hiimae, R., . . . Cosgrove, S. (2008). *Poder para mudar*. Budapest: Possum Ltd.

Matlow, R., & DePrince, A. (2012). The influence of victimization history on PTSD symptom expression in women exposed to intimate partner violence. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy, 1-10*.

- Matos, M. (2006). *Violência nas relações de intimidade: estudo sobre a mudança psicoterapêutica na mulher*. Dissertação de doutoramento não publicada. Braga: Universidade do Minho.
- Matos, M., & Machado, C. (1999). Violência conjugal e o modelo de intervenção em crise. *Psicologia: Teoria, Intervenção e Prática*, 4 (2), 373-388.
- McGarry, J., Simpson, C., & Hinchliff-Smith, K. (2011). The impact of domestic abuse for older women: a review of literature. *Health and Social Care in the Community*, 19 (1), 3-14.
- Mendelsonh, B. (1963). The origin of the doctrine of victimology. *Excerpta Criminologica*, 3:30, 234-244.
- Neves, S., & Fávero, M. (2010). *Vitimologia: ciência e activismo*. Coimbra: Almedina.
- Neves, S., & Nogueira, C. (2004). Terapias feministas, intervenção psicológica e violências na intimidade: uma leitura feminina crítica. *Psychologica*, 36, 15-32.
- Oliveira, E., & Jorge, M. (2007). Violência contra a mulher: sofrimento psíquico e adoecimento mental. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 8(2), 93-100.
- Organização Mundial de Saúde de Genebra. (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID - 10: descrições clínicas e directrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artmed.
- Pesce, R. (2009). Violência familiar e comportamento agressivo e transgressor na infância: uma revisão de literatura. *Ciência & Saúde Colectiva*, 14(2), 507-518.
- Quaresma, C. (2012). *Violência doméstica: da participação da ocorrência à investigação criminal*. Lisboa: DGAI.

- Rahman, M., Hoque, M., & Makinoda, S. (2011). Intimate partner violence against women: is women empowerment a reducing factor? A study from a national banglades sample. *Journal of Family Violence*, 26, 411-420.
- Resolução do conselho de ministros n.º 55/99 de 15 de Junho (1999). Plano nacional contra a violência doméstica. *Diário da República 1ª série - B*, N.º 137 (15/06/1999), 3426-3428.
- Resolução do conselho de ministros n.º 100/2010 de 17 de Dezembro. (2010). IV plano nacional contra a violência doméstica. *Diário da República 1ª série*, N.º 243 (17/12/2010), 5753-5773.
- Ribeiro, M. d., & Sani, A. I. (2009). Modelos explicativos da agressão: revisão teórica. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*, 6, 96-104.
- Russell, M., & Karol, D. (1998). *16PF-5 Manual*. Madrid: TEAE Ediciones.
- Saffioti, H. I. (1999). Já se mete a colher em briga de marido e mulher. *São Paulo em Perspectiva*, 13 (4), 82-91.
- Sani, I. (2011). *Temas de vitimologia: realidades emergentes na vitimação e respostas sociais*. Coimbra: Almedina.
- Sellier, J.-L. (1977). *Como compreender e utilizar os testes*. Sintra: Circulo de Leitores.
- Silva, L., Coelho, E., & Caponi, S. (2007). Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 11 (21), 93-103.
- Simmons, C., Lehmann, P., & Collier-Tenison, S. (2008). From victims to offender: the effects of male initial violence on women arrested for using intimate partner violence. *Journal of Family Violence*, 23, 463-472.

- Walker, L. (1995). Current perspectives on men who batter women - implications of intervention and treatment to stop violence against women: comment on gottman et al. (1995). *American Psychological Association*, 9 (3), 264-271.
- Walker, L. E. (1999). Psychology and domestic violence around the world. *American Psychologist*, 54 (1), 21-29.
- Wetzel, L., & Ross, M. (1983). Psychological and social ramifications of battering: observations leading to a counseling methodology for victims of domestic violence. *The Personnel and Guidance Journal*, 423-428.
- Wieviorka, M. (1997). O novo paradigma da violência doméstica. *Tempo social, Revista Sociológica da Universidade de São Paulo*, 9(1), 5-41.