



Universidades Lusíada

Gomes, Jessica Sofia Catunheira, 1993-

Psicologia clínica em contexto forense : instituição de apoio a reclusos e ex-reclusos

<http://hdl.handle.net/11067/2624>

Metadados

Data de Publicação	2017-01-09
Resumo	O trabalho apresentado é referente ao estágio académico desenvolvido na Instituição Particular de Solidariedade Social “O Companheiro” – Associação de Fraternidade Cristã. A instituição apoia sujeitos reclusos, ex-reclusos e as suas famílias, numa perspetiva de integração psico-socio-laboral. O trabalho desenvolvido com esta população foca-se na reabilitação, esta tem um carácter educativo em detrimento de um punitivo, trabalhando com as famílias contra a discriminação. A prevenção primária deve...
Palavras Chave	Ex-prisioneiros - Psicologia, Psicologia clínica - Prática profissional, O Companheiro - Ensino e estudo (Estágio)
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2025-05-17T08:58:33Z com informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

**Psicologia clínica em contexto forense: instituição
de apoio a reclusos e ex-reclusos**

Realizado por:

Jessica Sofia Catunheira Gomes

Supervisionado por:

Prof.^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

Orientado por:

Dr.^a Vanda Cristina Nunes Franco Simão

Constituição do Júri:

Presidente:

Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Supervisora:

Prof.^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

Arguente:

Prof.^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer

Relatório aprovado em:

13 de Dezembro de 2016

Lisboa

2016



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A D E L I S B O A

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

**Psicologia clínica em contexto forense:
Instituição de apoio a reclusos e ex-reclusos**

Jessica Sofia Catunheira Gomes

Lisboa

Outubro 2016



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

**Psicologia clínica em contexto forense:
Instituição de apoio a reclusos e ex-reclusos**

Jessica Sofia Catunheira Gomes

Lisboa

Outubro 2016

Jessica Sofia Catunheira Gomes

Psicologia clínica em contexto forense: Instituição de apoio a reclusos e ex-reclusos

Relatório de estágio apresentado ao Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Lusíada de Lisboa para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Coordenadora de mestrado: Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Supervisora de estágio: Prof.^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

Orientadora de estágio: Dr.^a Vanda Cristina Nunes Franco Simão

Lisboa

Outubro 2016

Ficha Técnica

Autora	Jessica Sofia Catunheira Gomes
Coordenadora de mestrado	Prof. ^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
Supervisora de estágio	Prof. ^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita
Orientadora de estágio	Dr. ^a Vanda Cristina Nunes Franco Simão
Título	Psicologia clínica em contexto forense: instituição de apoio a reclusos e ex-reclusos
Local	Lisboa
Ano	2016

Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

GOMES, Jessica Sofia Catunheira, 1993-

Psicologia clínica em contexto forense : instituição de apoio a reclusos e ex-reclusos / Jessica Sofia Catunheira Gomes ; coordenado por Tânia Gaspar Sintra dos Santos ; supervisionado por Túlia Rute Maia Cabrita ; orientado por Vanda Cristina Nunes Franco Simão. - Lisboa : [s.n.], 2016. - Relatório de estágio do Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada de Lisboa.

I - CABRITA, Túlia Rute Maia, 1972-

II - SIMÃO, Vanda Cristina Nunes Franco, 1971-

III - SANTOS, Tânia Gaspar Sintra dos, 1977-

LCSH

1. Ex-prisioneiros - Psicologia
2. Psicologia clínica - Prática profissional
3. O Companheiro - Ensino e estudo (Estágio)
4. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
5. Teses - Portugal - Lisboa

1. Ex-convicts - Psychology

2. Clinical psychology - Practice

3. O Companheiro - Study and teaching (Internship)

4. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations

5. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. RC489.C63 G66 2016

Agradecimentos

Agradeço à Universidade Lusíada de Lisboa e ao “Companheiro” pela oportunidade de estágio. Agradeço a todos os professores que fizeram parte do meu percurso académico, que inspiraram as minhas escolhas e moldaram o meu conhecimento.

Às professoras Tânia Gaspar e Túlia Cabrita que me acompanharam ao longo do curso e prestaram apoio com bastante sensibilidade e sabedoria, o que foi especialmente importante neste 2º ciclo de estudos.

Às minhas colegas Filipa Silva e Daniela Orrico pela amizade, companheirismo, pelo apoio nos momentos mais frustrantes e pela alegria que tornou tudo mais fácil.

À Dra. Vanda Franco e Dra. Verónica Leirião, pela disponibilidade sempre presente e pelo acompanhamento e oportunidade.

Às técnicas da associação “O companheiro” que foram verdadeiras colegas enquanto estive no estágio, sempre disponíveis, atenciosas e divertidas.

Às minhas amigas que são como família pelo apoio e compreensão demonstrados.

O maior agradecimento à minha mãe batalhadora e resiliente, com quem aprendi iguais qualidades.

E a todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste trabalho.

Resumo

O trabalho apresentado é referente ao estágio académico desenvolvido na Instituição Particular de Solidariedade Social “O Companheiro” – Associação de Fraternidade Cristã. A instituição apoia sujeitos reclusos, ex-reclusos e as suas famílias, numa perspetiva de integração psico-socio-laboral. O trabalho desenvolvido com esta população foca-se na reabilitação, esta tem um carácter educativo em detrimento de um punitivo, trabalhando com as famílias contra a discriminação. A prevenção primária deve tomar lugar aquando da existência de fatores de risco, uma vez que pretende ser eficaz na redução da delinquência.

No desenvolvimento do documento são abordados temas teóricos relacionados com a intervenção do psicólogo clínico ao nível forense, relacionados com o impacto da reclusão no sujeito e na sua rede de suporte, os fatores de risco e fatores protetores aos comportamentos desviantes, o risco de reincidência, a prevenção e a reabilitação. São discutidos dois casos clínicos, uma avaliação psicológica e um acompanhamento psicológico. Casos cujo seguimento foi efetuado no local de estágio. É elaborada uma discussão para cada um dos casos e uma conclusão global acerca do desenvolvimento desviante, desenvolvimento este que pode ser verificado em sujeitos sem fatores de proteção e integrados um ambiente disfuncional, como exemplos disso são os dois casos apresentados. Concluiu-se no presente trabalho, a importância de um acompanhamento ao nível da reinserção, para a adaptação dos sujeitos em sociedade ser feita de forma saudável, em termos de relações interpessoais, familiares, sociais e ao nível laboral. O enfoque na prevenção primária deve reunir os profissionais que trabalham com crianças e jovens de risco, de modo a neutralizar comportamentos antissociais futuros.

Palavras-chave: Psicologia clínica; Psicologia forense; Reclusão; Reinserção social; O companheiro

Abstract

This work is related to the internship developed in the Private Institution of Social Solidarity "O Companheiro". The institution supports prisoners, ex-prisoners and their families, in a perspective of psycho-socio-labor integration. The work with this population focuses on rehabilitation, this has an educational character rather than a punitive, and should work with families together against discrimination. Primary prevention should take place when there are risk factors.

This document speaks about intervention of the clinical psychologist on a forensic level, about the impact of imprisonment on the subject and its support network, the risk factors and protective factors to deviant behavior, the risk of going back to crime, prevention and rehabilitation. Two cases are discussed, a psychological evaluation and counseling, cases whose follow-up was performed on the internship. There are a discussion for each case and an overall conclusion about the deviant development, which can be seen in subjects without protective factors. As examples of this are the two cases presented. As a conclusion, monitoring the level of reintegration and adaptation of subjects in society are important to be done in a healthy way, in terms of interpersonal relationships, family, social and professional level. The professionals who work with children and risk youth use de primary prevention in order to neutralize future antisocial behavior.

Key words: Clinical psychology; Forensic psychology; Reclusion; Social reintegration

Lista de abreviaturas

APA – American Psychological Association

AVIP - Anti-Vandalism Incentive Program

BIP - Inventário de Personalidade e Competências para as Organizações

DGRS -Direção Geral de Reinserção Social

EP – Estabelecimento Prisional

HCR-20 - Historical Clinical Risk Management

MMSE – Mini Mental State Examination

PCL-R - Psychopathy Checklist Revised

PEP – Práticas Educativas Parentais

PII – Plano Individual de Inclusão

PIR- Plano Individual de Readaptação

SAPROF - Structured Assessment of Protective Factors for violence risk

Lista de tabelas

Tabela 1 - Descrição dos participantes das avaliações psicológicas

Tabela 2 - Descrição do participante de acompanhamento psicológico

Tabela 3 - Tarefas desempenhadas dentro da psicologia clinica

Tabela 4 - Plano terapêutico de RF

Índice

Agradecimentos	VI
Resumo	VIII
Abstract	X
Lista de abreviaturas	XII
Lista de tabelas	XIV
Índice	XVI
Introdução	2
Caracterização da Instituição	6
Caracterização da população-alvo	10
Enquadramento Teórico	12
Psicologia clínica no contexto forense	12
Papel do psicólogo clínico em contexto forense	17
Intervenção psicossocial	19
Intervenção psicológica	21
Observação clínica	22
Entrevista psicológica	23
Psicoterapia de apoio e aconselhamento	24
Intervenção de Orientação Cognitivo Comportamental	26
Psicoterapia de apoio com crianças	28
A fase de reclusão	29
Fatores de risco e proteção	30
Reclusão e o seu impacto no indivíduo e na família	33
Psicopatologia na reclusão	34
Psicopatologia e o consumo de substâncias	36

Risco de reincidência	38
Prevenção primária na adolescência e reabilitação	39
A nova liberdade e reinserção social	41
Ética e deontologia	44
Objetivos	46
Método	48
Participantes	48
Instrumentos	50
Procedimentos	58
Estudos de caso	62
Caso A (Avaliação psicológica)	62
Identificação de dados	62
Apresentação do problema	62
História familiar	63
História do desenvolvimento e escolar	65
História profissional	65
Relacionamento interpessoal	66
Consumo de substâncias	67
Comportamento antissocial e percurso criminal	68
Avaliação psicológica	69
Hipótese diagnóstica	70
Discussão do caso	72
Caso B (Acompanhamento psicológico)	74
Pedido	74
Identificação de dados	74

Apresentação do problema	74
Observação clínica	75
História pessoal e familiar	76
História clínica	76
História do desenvolvimento	77
História escolar	77
Avaliação	78
Hipótese diagnóstica	80
Plano terapêutico	80
Evolução terapêutica.....	81
Discussão do caso	89
Conclusão global	92
Conclusão final	94
Reflexão	96
Referências bibliográficas	98
Anexos	110

Introdução

O presente documento foi realizado no âmbito do mestrado em psicologia clínica na Universidade Lusíada de Lisboa, com o objetivo de concluir o 2º ciclo de estudos e obtenção do grau de Mestre em psicologia clínica. O documento é referente ao trabalho de estágio que foi desenvolvido ao longo de 450 horas, no ano letivo de 2015/2016, na Instituição Particular de Solidariedade Social “O Companheiro” – Associação de Fraternidade Cristã, que apoia população reclusa, ex reclusa e suas famílias.

A população reclusa apresenta um grande sofrimento psicológico, pela situação de reclusão, pelo afastamento da família, pela adaptação ao meio prisional, pelos medos do futuro, receios do estigma, todas estas situações tornam esta população vulnerável a fatores de risco, e posterior reincidência em caminhos desviantes.

Desta forma, torna-se imperativo existirem medidas de reinserção e programas reabilitadores para estes sujeitos, que se encontram fragilizados e que podem perpetuar a vida do crime que já conhecem. Pretende-se assim com medidas de reinserção e com o trabalho dos técnicos da área forense, a adaptação dos sujeitos a caminhos congruentes com a lei.

Para esta intervenção deparamo-nos com alguns obstáculos, tais como a resistência por parte dos ex reclusos a algum tipo de programas, exemplo, programas de prevenção da violência. Isto acontece quando não existe insight relativamente às características psicológicas dos próprios sujeitos.

Um enfoque importante são os fatores de proteção, estes fatores são responsáveis pelo aumento da resiliência nos sujeitos. Assim os fatores de risco são neutralizados pela existência de fatores protetores, que encaminham os sujeitos a padrões saudáveis de funcionamento.

Estes sujeitos, com históricos de vida que os levaram à privação da liberdade, sem fatores protetores encontram-se sem sentimento de identidade ou de pertença, existe um vazio que necessita de ser preenchido. O trabalho a fazer é evitar que esse vazio seja preenchido por uma onda de adrenalina, com prazeres fugazes, agressões, vandalismo, destruição, emoções fortes, numa tentativa de encontrar sentido à vida.

O conhecimento dos fatores de risco e dos fatores de proteção demonstram ser fundamentais para a manutenção dos ambientes saudáveis, onde estejam presentes comportamentos adaptativos como a demonstração de afeto e a presença de regras e limites. Em relação aos fatores de risco, pode haver uma intervenção precoce, quando estes são fatores dinâmicos, ou seja, quando existem variáveis clínicas que podem responder a tratamento. Já os fatores estáticos incluem variáveis históricas, que não são suscetíveis de mudança.

A delinquência é um fenómeno influenciado por estes fatores, sendo possível traçar um perfil de jovens delinquentes. É necessário intervir precocemente para que tais comportamentos não evoluam para comportamentos criminosos na vida adulta. Um perfil de jovens delinquentes pode basear-se na presença de um ambiente pobre em termos económicos, afetivos, e com referências parentais desadaptativas. Este é um perfil traçado através da interação de vários fatores de risco. É necessário promover os fatores protetores que neutralizem os efeitos destas experiências negativas, para ser possível haver uma reinserção precoce na sociedade, e não uma vida às margens desta. Este é o trabalho desenvolvido pela instituição “O companheiro”, que trabalha com crianças, jovens e adultos, onde esta intervenção se encontra presente.

O relatório está dividido por capítulos, começa por um enquadramento teórico com temáticas já discutidas anteriormente nesta introdução, temáticas pertinentes face à população interveniente no local de estágio. Dessa forma, o relatório começa com um

enquadramento teórico, seguido do método, que inclui o trabalho realizado no local de estágio, as tarefas desempenhadas, os instrumentos, os participantes; o relatório inclui também um capítulo com os 2 casos práticos da intervenção feita em avaliação psicológica e em acompanhamento psicológico. Estes casos incluem uma discussão teórica sobre as conclusões finais de cada um, ainda há uma conclusão sobre os dois casos e em que medida podem estar relacionados face à teoria apresentada, ainda que os sujeitos sejam tão distintos face às suas idades (adulto e crianças), há uma conclusão final sobre o relatório e uma reflexão pessoal.

Caracterização da Instituição

O Companheiro – Associação de Fraternidade Cristã, é uma Instituição Particular de Solidariedade Social, que atua na comunidade desde há 29 anos. Foi fundada pelo Padre Dâmaso a 13 de fevereiro de 1987, através da necessidade de apoio que os sujeitos sentiam após a reclusão, visto que eram mais apoiados no contexto prisional. A instituição tem desenvolvido o seu trabalho com sujeitos durante o período de reclusão e pós-reclusão numa perspetiva de integração psico-socio-laboral. Uma intervenção precoce é essencial uma vez que os primeiros tempos após a reclusão são os mais difíceis para a reinserção, onde sem qualquer apoio há um grande risco de reincidência (Barbosa, 2012).

A instituição procura promover um processo de inclusão, habilitando os sujeitos para estilos de vida normativa, competências pessoais e sociais, pretendendo-se a autonomia dos mesmos. A vertente de intervenção psicossocial objetiva uma ação reabilitadora e preventiva dos clientes. Os clientes que procuram a instituição encontram-se em situação de carência, quer seja habitacional, económica, afetiva e/ou laboral. Dessa forma, “O Companheiro” trabalha para dar resposta a esta rutura na vida dos sujeitos, que dificulta a integração dos mesmos.

A instituição tem a valência da residência para 22 pessoas do sexo masculino, com mais de 18 anos, na sua maioria provenientes dos Estabelecimentos Prisionais (EP), por meio do acordo com a Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais. Esta residência apoia sujeitos com um historial que acusa problemas com a justiça, que não tenham rede social a quem recorrer e, conseqüentemente habitação onde permanecer. A instituição acolhe os sujeitos e apoia-os na sua reinserção em comunidade, tanto a nível social, como psicológico e laboral. É realizada uma avaliação psicológica a todos os clientes que pretendam beneficiar da valência residência e, após a análise da mesma,

emite-se um parecer técnico, acerca da integração dos sujeitos (parecer positivo ou negativo), com respetiva proposta de intervenção. Este parecer técnico irá depender dos resultados das provas de avaliação e de todas as informações que constam no processo do cliente (ex: relatório social, análises clínicas). O Protocolo de Avaliação inclui provas que avaliam a psicopatia, o risco de violência e os fatores protetores, faz-se também um teste de personalidade e um teste que afere as competências organizacionais. Os resultados das provas são analisados e, posteriormente, emitido o parecer do Gabinete de Intervenção Clínica e Psicológica. Este parecer é discutido com o Gabinete de Intervenção Social, que em concordância gera o parecer que irá ser submetido à apreciação do Diretor, em reunião de conselho Técnico.

A instituição promove e apoia a integração educativa/laboral dos seus clientes, por um lado, no sentido de aumentar as habilitações literárias dos sujeitos ou de promover a sua especialização, através da formação profissional e, por outro lado com vista à sua integração no mercado de trabalho, pois a instituição não acredita numa plena inclusão em sociedade sem um emprego estável. Assim, O Companheiro dispõe de diversos Protocolos com entidades públicas e privadas, com o intuito de uma integração célere em atividade ocupacional, que tem como principais objetivos, o desenvolvimento de competências laborais (aprendizagem de uma profissão), a aquisição de hábitos e rotinas de trabalho e a autonomia financeira. Não obstante, estas atividades são de carácter temporário, sem vínculo laboral, pelo que os clientes deverão manter a procura ativa de emprego, procurando uma situação profissional estável.

Quando nos referimos aos residentes d'O Companheiro, é elaborado para cada um, um Plano Individual de Inclusão (PII), onde são definidos diversos objetivos, atendendo às necessidades e motivações dos mesmos e que se considerem fulcrais à sua inclusão. Este plano é definido e acordado em conjunto com o cliente.

O Companheiro dispõe de sete processos-chave, claramente definidos e que servem de orientação a todo o trabalho desenvolvido desde o momento da inscrição/pedido de apoio. Os processos são a Candidatura; Processo de avaliação; Admissão E Acolhimento; Plano individual de inclusão; Cuidados Pessoais de Saúde; Plano de atividades Socioculturais; Nutrição e Alimentação

Estes processos são desenvolvidos com todos os clientes que integram a residência, desta forma, são identificadas as necessidades dos sujeitos, bem como as suas motivações. O encaminhamento dos clientes poderá ser realizado por entidades públicas e/ou privadas (os estabelecimentos prisionais na maioria das vezes), ou por iniciativa dos próprios sujeitos. O processo de candidatura será realizado pelo gabinete de intervenção social d'O Companheiro e, em caso de preencherem os critérios de admissibilidade, são canalizados para a realização do processo de avaliação psicológica. Tal como explanado anteriormente, o parecer final é dado, e posteriormente emitido e transmitido ao próprio sujeito ou à entidade de encaminhamento.

O plano individual de inclusão contempla três áreas de atuação: Desenvolvimento pessoal; saúde e bem-estar e inclusão social, sendo definidos os objetivos a alcançar em cada uma delas. Este plano é monitorizado continuamente, através dos registos efetuados e das reuniões de equipa técnica. É revisto no mínimo semestralmente.

O acompanhamento psicológico é realizado por psicólogas da instituição e pode ser igualmente por um profissional externo à instituição, por uma questão de maior perceção de confidencialidade por parte dos clientes residentes. O psicólogo procura fazer um plano terapêutico com os objetivos psicológicos que irá trabalhar nesse encontro, com o cliente. São trabalhadas as competências do sujeito numa abordagem no aqui e agora, pela teoria cognitivo-comportamental.

O processo de avaliação é composto pela avaliação da informação social, avaliação do estado de saúde e pela avaliação psicológica. A avaliação psicológica investiga sintomatologia, queixas, e elabora diagnósticos, tal como prognósticos. São identificados aspetos patológicos, mas também os recursos potenciais do cliente. A partir desta avaliação traça-se um plano de tratamento e as hipóteses diagnósticas que devem ser continuamente testadas, visto que não se conclui um diagnóstico num único momento de avaliação. Após a recolha dos dados elabora-se o relatório final. A avaliação contempla vários instrumentos, nomeadamente: Mini Mental State Examination (MMSE); Mini-mult; PCLR-R; Inventário de personalidade e competências para organizações (Bip); HCR-20 e SAPROF.

É prestado apoio não só a residentes, mas também a sujeitos e famílias que apresentem carências pela qual as valências da instituição possam fazer face, nomeadamente através do apoio: de banco alimentar, cantina social, banco de roupa, apoio jurídico, apoio na inclusão educativo/laboral, desporto e consulta psicológica.

Caracterização da população-alvo

A população que precisa de apoio pela instituição está assim fragilizada e com necessidades a nível de habitação, alimentação, emprego e afeto. A população a quem se destina o apoio apresenta ruturas nestas dimensões.

Em termos de residência são apoiados adultos maiores de 18 anos, do sexo masculino, que tenham ou já tiveram problemas com a justiça ou que se encontrem sem habitação permanente. A maioria destes indivíduos é encaminhada pelos estabelecimentos prisionais, outros têm conhecimento do objetivo da instituição e contactam a mesma por iniciativa própria. Os crimes mais comuns dentro da população residente revelam ser o tráfico de estupefacientes e furto/roubo. Em relação à escolaridade dos sujeitos, estes na sua maioria completaram o ensino básico, havendo sujeitos sem escolaridade. Esta população apresenta patologia em termos de consumo de substâncias, distúrbios de humor e perturbações psicóticas (Rodrigues, 2012).

A população não residente que é apoiada são pessoas que têm ou tiveram problemas com a justiça e seus familiares, como exceção apoia pessoas sem problemas com a justiça, com carências sociais através do banco de roupa que é aberto à comunidade. Existe o projeto de práticas educativas parentais, que trabalha com crianças os seus métodos de estudo. Existe o projeto Desporto é Companheiro que trabalha com jovens em situação de exclusão social e adultos ex-reclusos, para uma inserção na sociedade de forma saudável, fora de comportamentos desviantes, através do desporto. Apoia famílias ao fornecer refeições diárias, bem como banco alimentar e banco de roupa. Apoia a população com problemas com a justiça através do gabinete de aconselhamento jurídico. Apoia igualmente a população desempregada através do gabinete de educação, formação e empregabilidade.

Enquadramento Teórico

Psicologia clínica no contexto forense

A psicologia clínica demonstrou interesse pela explicação dos comportamentos que são originários de uma natureza psíquica. Para isso tem por base um conjunto de teorias que sustentam a sua atividade prática, em que são desempenhadas avaliações, diagnósticos, apoio psicológico com objetivo de cessar o sofrimento psíquico sentido. A psicologia clínica foca-se no conhecimento singular do indivíduo e utiliza o método desta ciência, designado por método clínico onde existe observação individual e global do indivíduo. Aliado a este método existe o estudo de caso que nos permite uma abordagem das várias dimensões constituintes do indivíduo (Brito, 2008).

A atuação do psicólogo em contexto forense surge através da necessidade que os vários profissionais do sistema de justiça sentiram em questões forenses. Questões como a necessidade de obter respostas sobre as motivações dos sujeitos à prática de crimes, avaliação de testemunhos e arguidos (Rolo, 2012). A psicologia clínica é assim exercida em diversos settings, estes são diferenciados pelo local de trabalho, pelas populações, pelos quadros teóricos do psicólogo, o que tem impacto na ação prática a desenvolver. Desta forma, o crescimento desta ciência depende da capacidade de aceitarmos novos desafios e evoluir a par com as transformações sociais da atualidade. A atividade em psicologia clínica torna-se mais abrangente do que apenas a psicopatologia e o tratamento de problemas mentais (Brito, 2008).

O modelo médico foi influente tanto na atuação desta disciplina bem como no seu nome, clínica tem a sua origem no termo *klinikus* que significa estar à beira do leito do paciente, baseando-se na atenção e tratamento da doença (Dutra, 2004).

Já a definição da psicologia forense não é um tema consensual, é feita a distinção desta com outras disciplinas irmãs, como psicologia da justiça, a psicologia

jurídica, a psicologia legal, a psicologia criminal ou a psicologia do comportamento desviante, entre outras. Não sendo estas equivalentes, a maioria dos autores apontam a psicologia da justiça como a disciplina mais ampla, visto que abrange um conjunto de conhecimentos da psicologia aplicados a várias vertentes da justiça (Manita & Machado, 2012). A psicologia forense é por sua vez uma subdisciplina desta outra, visto que trata da aplicação do conhecimento psicológico ao serviço da tomada de decisão judicial (Blackburn, 2006; Gonçalves, 1996, 2010; Gonçalves & Machado, 2005, 2011 citado por Manita & Machado, 2012).

O psicólogo forense tem o papel de auxiliar os decisores judiciais a esclarecer as motivações dos sujeitos que cometem crimes, tal como a averiguar a veracidade e a credibilidade das vítimas e de outros intervenientes processuais (Gonçalves, 2010). Manita e Machado (2012) apontam vários domínios à intervenção do psicólogo forense como os da avaliar vítimas e arguidos em processos-crime, de pais e filhos envolvidos em processos de regulação do exercício das responsabilidades parentais ou de adoção, avalia o dano pós-traumático e a promoção e proteção de crianças no âmbito tutelar educativo.

A psicologia forense intervém no âmbito da avaliação psicológica e da intervenção aos sujeitos que seguem uma trajetória antissocial ou criminal. Neste sentido, uma investigação tem abordado características potenciadoras do risco em adolescentes, uma vez que presentes a fatores de risco podem seguir esta trajetória antissocial. Os fatores de risco que são problemáticos para os adolescentes são amenizados pela presença de um desenvolvimento socio emocional positivo, sendo possível um ajustamento psicossocial geral. As relações interpessoais são apontadas como indicador de saúde psicológica dos indivíduos, que é sentido como um fator protetor e de resiliência associado a comportamentos adaptativos (Prette & Prette,

2006). Esta disciplina utiliza o conhecimento da psicologia aplicando-o nas questões de Direito e tomada de decisão judicial (Blackburn, 2006).

A psicologia forense tem uma função de ressocialização dos indivíduos, desenvolvendo práticas mais adequadas aos problemas deste tipo de população de risco. Como exemplo, são os estudos desenvolvidos na prisão de Vermont, na área das habilidades sociais direcionados para reclusos que cometeram crimes violentos. No sentido de haver uma reabilitação psicossocial dos indivíduos desenvolveram uma intervenção chamada “terapia de adoção de perspetiva”, com abusadores de menores, com o objetivo de trabalhar uma habilidade social, a empatia, que constitui uma das bases do comportamento moral. Isto através da análise da visão e do sofrimento das vítimas de abuso sexual, colocando-se no lugar delas. Como projeto de investigação analisaram várias necessidades dos adolescentes, a fim de se avaliar as habilidades sociais dos mesmos e as suas dificuldades. Nas escolas deve-se incluir os vários profissionais neste rastreio, professores e psicólogos educacionais, para reduzir o fracasso escolar e maximizar o processo de inclusão, reduzindo os fatores de risco (Prette & Prette, 2006).

A avaliação psicológica forense e a sua intervenção diferem da avaliação psicológica clínica, no sentido em que a primeira foca-se no ato criminoso, orientando a intervenção no sentido desta problemática, enquanto a avaliação clínica foca-se no bem-estar e condição clínica do sujeito (Rolo, 2012). No caso de adolescentes em situação de risco, a psicologia forense atua com um carácter mais terapêutico e remediativo, enquanto a psicologia educacional tem uma intervenção mais preventiva destes jovens. Existe desta forma, uma ligação entre as duas disciplinas, uma com intervenção ativa no desenvolvimento das habilidades e competências sociais, que se revelam fatores protetores para o futuro e outra muito além da passagem de conhecimento, com um

papel ativo na formação geral dos jovens. A psicologia forense tem interesse neste défice em habilidades sociais e a sua associação a comportamentos desadaptativos, a transtornos psicológicos e outro tipo de problemas que se podem desenvolver nos adolescentes, que os podem encaminhar por caminhos de risco e posteriormente situações antissociais, casos que estão diretamente ligados à psicologia forense (Prette & Prette, 2006).

A utilização de instrumentos é importante para uma compreensão individualizada da conduta do sujeito e das práticas de intervenção a realizar. Podemos avaliar com esses instrumentos o funcionamento psicológico, o risco e as necessidades criminógenas (Rolo, 2012). É utilizado um instrumento, IHS-Del-Prette, que serve para caracterizar o desempenho social em diversas situações, tal como no trabalho, escola, família, cotidiano, em que resulta num diagnóstico para uso tanto em situação clínica, educacional e forense. Esta é uma ferramenta utilizada para profissionais que partilhem interesse em avaliar as relações interpessoais e habilidades sociais no geral. Pode ser passado a professores, uma vez que são profissionais em que a habilidade social é essencial para a relação professor-aluno, utilizam-se também para avaliar intervenções em habilidades sociais com adolescentes em situações de risco, em contexto educacional e clínico, aferindo assim a eficácia das intervenções. Também já se utilizou para pais de adolescentes em situação de risco, para uma validação de um questionário de estilos parentais. Em contexto forense utiliza-se para trabalhar estas mesmas competências sociais, no sentido de preparar os sujeitos para a reinserção social, bem como em contexto profissional (Prette & Prette, 2006).

Já a avaliação da personalidade em psicologia forense é uma tarefa complexa, uma vez que indivíduos com transtorno de personalidade antissocial tendem a

minimizar características pessoais socialmente inadequadas, sobretudo quando estas têm implicações legais sobre os mesmos (Davoglio & Argimon, 2010).

O instrumento utilizado para a aferição da psicopatia é a PCL-R (Psychopathy Checklist Revised), este instrumento analisa a personalidade do sujeito, o que vai fornecer informação acerca da possível reincidência ao crime. A psicopatia é entendida como a mais grave alteração da personalidade. Esta perturbação contempla um conjunto de alterações de conduta, em que os sujeitos têm tendência comportamental antissocial, onde se evidenciam delinquência juvenil, falta de controlo e reincidência criminal (Ambiel, 2006). Nas avaliações feitas a sujeitos com características antissociais é essencial a observação dos seus comportamentos como técnica complementar. Estes sujeitos são particularmente manipuladores e podem simular as suas respostas e comportamentos, distorcendo a sua imagem real (Morana, Stone, & Abdalla-Filho, 2006).

Novos instrumentos têm sido desenvolvidos para a avaliação deste mesmo transtorno, a Medida Interpessoal de Psicopatia (Interpersonal Measure of Psychopathy, IM-P); Kosson e colaboradores, 1997), esta é uma escala que avalia aspetos durante a entrevista, entre o entrevistado e o entrevistador, tal como aspetos afetivos e interpessoais. Esta medida em associação à PCL: YV (pcl young version) aponta resultados psicométricos satisfatórios e possibilita acesso a outras fontes de informação sobre o comportamento interpessoal do sujeito (Davoglio, 2009).

Em termos forenses, a avaliação do sujeito com traços antissociais é importante ser ampla, uma vez que se direciona para questões da personalidade. Assim, instrumentos psicométricos e projetivos trabalham questões diagnósticas de forma conjunta, com o objetivo de compreender o fenómeno em estudo, e não apenas uma questão nosográfica.

A avaliação dos comportamentos antissociais beneficia de entrevistas estruturadas, que rastreiam os comportamentos típicos dos sujeitos. A estas informações também se pode complementar relatos de familiares, amigos, cuidadores institucionais (Caballo, 2008). Outras formas de avaliação baseiam-se na aplicação de duas escalas, Escala Fatorial de Socialização (EFS) e a Escala Fatorial de Extroversão (EFE). Num estudo de Nunes, Nunes, & Hutz (2006), utilizaram-se as escalas concomitantemente com uma entrevista semiestruturada para a identificação de traços antissociais em grupos clínicos e não clínicos. Os resultados revelam que a utilização conjunta dos instrumentos apresenta um grande poder de predição em ambos os grupos, as escalas são bons instrumentos para o diagnóstico de transtorno de personalidade antissocial.

Papel do psicólogo clínico em contexto forense

O psicólogo clínico como parte integrante de uma equipa multidisciplinar, na área da saúde, atua em diversas funções, tais como, diagnóstico, tratamento, ensino, investigação e prevenção. A sua intervenção inclui exames psicológicos, onde são utilizadas entrevistas e testes psicológicos, bem como psicoterapias que respeitam a singularidade dos sujeitos, e produzem conhecimento científico. Não existem modelos únicos e incontestáveis, mas sim uma diversidade de intervenções, de métodos de recolha e de tratamento de informações (Brito, 2008).

A atuação do psicólogo clínico está presente em intervenções familiares, saúde escolar, problemas de adaptação social, no tratamento e prevenção de comportamentos de risco. A área da sua principal dedicação é a saúde mental, onde trabalha com diferentes populações, crianças, adultos, idosos, em que realiza diferentes tipos de intervenção, tal como intervenção preventiva, o tratamento em si e a reabilitação dos sujeitos. Esta atuação é válida em centros de aconselhamento, clínicas privadas, equipas de saúde mental, hospitais, hospitais psiquiátricos, unidades de neuropsicologia, centros

de reabilitação, maternidades, centros de geriatria, unidades de dor crónica, centros educativos, entre outros (Molina, 2003).

O psicólogo tem como funções em contexto forense dar resposta a pedidos judiciais como relatórios de avaliação psicológica e perícias sobre a personalidade. O psicólogo pronuncia-se assim sobre o risco de reincidência dos sujeitos criminosos, sobre a credibilidade dos testemunhos e a perigosidade criminal. O psicólogo nos serviços de reinserção social lida com os sujeitos que tiveram contacto com o sistema judicial, tendo tarefas como elaboração de relatórios sociais com avaliações psicológicas e relatórios de perícias sobre a personalidade. Estes relatórios são requeridos no âmbito tutelar educativo ou penal (Rolo, 2012).

O psicólogo clínico bem como o psicólogo forense exploram o estado mental dos sujeitos, no entanto apresentam diferenças nas suas práticas. O psicólogo clínico efetua avaliações psicológicas com a possibilidade de intervenção futura, ao contrário das avaliações forenses que têm o objetivo de fornecer uma resposta ao sistema judicial, quanto ao estado mental do sujeito (Ackerman, 2010). Existem igualmente diferenças quanto aos objetivos da avaliação nestes dois contextos diferentes, quanto ao segredo profissional, quanto ao destino da avaliação, à atitude do sujeito face à avaliação e quanto ao âmbito da avaliação. O objetivo da avaliação forense foca-se no auxílio à tomada de decisão do sistema judicial, enquanto a avaliação clínica pretende fazer um diagnóstico e traçar um plano terapêutico, esta rege-se pela confidencialidade, enquanto na avaliação forense as informações recolhidas são destinadas aos elementos judiciais que solicitaram a avaliação; o destino da avaliação forense é o sistema judicial, enquanto a avaliação clínica entrega os resultados ao próprio sujeito; a atitude dos sujeitos numa avaliação forense pode ser simulada, em comparação com a avaliação clínica, onde os sujeitos participam voluntariamente, quando são estes a solicitar a

avaliação, uma vez que são os principais interessados no processo; o âmbito da avaliação forense é focado no estado mental do sujeito, face aos factos que se querem apurar em tribunal e o âmbito em avaliação clínica é efetuar uma avaliação global do funcionamento do sujeito (Echeburúa, Muñoz, & Loinaz, 2011).

Intervenção psicossocial

Neste tipo de intervenção os sujeitos devem estar ativamente presentes no desenvolvimento da intervenção, incluídos no levantamento de necessidades e nas decisões tomadas para solução de problemas evidenciados. Esta intervenção visa a transformação das condições de vida dos sujeitos e pretende potenciar a comunidade (Dantas & Ansara, 2010).

O psicólogo em abordagens sociais quando trabalha em proteção social procura fortalecer os vínculos familiares e comunitários, ultrapassar vulnerabilidades decorrentes da pobreza, da exclusão e da violência presente no núcleo familiar. Tem igualmente o papel de construir alianças, proporcionar espaços para transformações, promover a cidadania e potenciar a resolução de problemas, autonomamente por parte dos sujeitos. É importante analisar as singularidades dos grupos familiares, a vulnerabilidade dos contextos sociais, os seus recursos, quer simbólicos como afetivos, tal como a disponibilidade para se transformar. Desta forma, a intervenção feita com crianças é essencial, uma vez que todo o contexto envolvente estrutura o seu crescimento, contribuindo para a sua formação enquanto adultos. A intervenção psicossocial tem o papel de trabalhar nas crianças a prevenção do risco e outras vulnerabilidades a que estas possam estar expostas, tal como vínculos familiares e sociais fragilizados (Campos & Oliveira, 2005).

Ao analisar o paradigma psicossocial em contexto de doença mental, compreendemos que a tónica do processo se baseia numa abordagem interdisciplinar

que tem por base processos sociais complexos. Num processo de atenção psicossocial dá-se relevância ao contexto de vida dos sujeitos, ao trabalho e relações interpessoais. As redes sociais de suporte são um enfoque importante para a reabilitação dos sujeitos (Yasui & Costa-Rosa, 2008). Este paradigma visa colocar o sofrimento e as condições que o produzem em tratamento, visa a inclusão de indivíduos que sofram de exclusão social, estigma e preconceito através de práticas sociais (Rotelli, Leonardis, & Mauri, 2001).

Já por sua vez, programas de assistência social com proteção social encaminham a sua ação para a prevenção, superação de vulnerabilidades e exclusão, trabalham situações de fragilização de vínculos familiares e comunitários. Este tipo de intervenção irá dotar as crianças de competências para uma melhor relação familiar e comunitária, diminuindo situações de exclusão e vínculos sociais frágeis. A vinculação familiar é dos fatores mais importantes a ser trabalhado, uma vez que é um fator de proteção básico, onde a família é o primeiro espaço de proteção e socialização dos sujeitos. A partir daqui a intervenção psicossocial foca a interdependência entre os sujeitos e o encontro social, aborda as influências de cada sujeito no grupo e como essas influências provocam ou alteram o mesmo. A intervenção psicossocial lida com situações onde estes vínculos foram comprometidos e a intenção é restaurá-los (Campos & Oliveira, 2005).

Trabalhar neste sentido com sujeitos reclusos e ex-reclusos também é possível. Com base num projeto que visa a inclusão, recuperação e construção de cidadania dos reclusos. São implementadas atividades com o propósito da reinserção social e profissional, tais como trabalho em atividades internas e cursos de trabalhos manuais (Guedes, 2006).

De modo, a ser possível alguma mudança por parte das famílias, ao nível das suas crenças e práticas, é necessário que estas estabeleçam igualmente vínculos com os atores externos e que estas sejam bem acolhidas, para potenciar o processo de envolvimento dos sujeitos na sua transformação. Numa perspetiva de assistência social, esta intervenção psicossocial procura facilitar a expressão das diferenças através da ligação entre os sujeitos, famílias e a comunidade, a fim de se atingir a mudança (Campos & Oliveira, 2005).

Quando há algum tipo de sofrimento do indivíduo, de um grupo ou comunidade, é chamada a atuar uma intervenção comunitária. É necessário analisar os elementos envolvidos na origem do sofrimento e a relação indivíduo-sociedade. Desta forma, é possível elaborar-se um trabalho comunitário derivado de uma abordagem clínica, através de um enfoque nas relações, que se desenrola através de técnicas desenvolvidas por terapeutas familiares; através da mobilização da rede social, que impulsiona o desenvolvimento e mudanças individuais e familiares; através da vinculação com instituições e líderes da comunidade, visto que a instituição é o espaço onde as relações comunitárias se estabelecem; através da ação que vise autonomia e autogestão, onde os sujeitos são atores principais na transformação das suas realidades e não devem permanecer dependentes das intervenções (Costa & Brandão, 2005).

Intervenção psicológica

A intervenção do psicólogo aos sujeitos reclusos consiste em avaliações, acompanhamentos psicológicos, reabilitação e investigação. No processo de avaliação identificam-se os sujeitos que carecem de apoio psicológico ou até a frequência em programas de tratamento. Neste processo, avalia-se a presença de psicopatologias e traça-se uma intervenção caso haja a presença de alguma perturbação, propondo a

entrada dos sujeitos em programas de tratamento depois de analisar a necessidades dos mesmos (Pedrosa & Dias, 2005).

O psicólogo utiliza estratégias de avaliação psicológica com o objetivo de encontrar soluções aos problemas psicológicos dos sujeitos. Este processo pretende avaliar as forças e fraquezas do funcionamento psicológico, denominando-se de psicodiagnóstico. O psicodiagnóstico é um processo que identifica e avalia aspetos específicos, utilizando testes psicológicos e técnicas, a nível individual ou não, limitado no tempo, para fornecer os resultados e conclusões a quem fez o pedido (Cunha, 2000).

O psicodiagnóstico pode ser desenvolvido através de vários pedidos, estes pedidos já apontam hipóteses que vão orientar o processo. Numa perspetiva de prevenção, o psicodiagnóstico vai identificar problemas precocemente, avaliar o risco, avaliar forças e fraquezas do ego, capacidade para enfrentar situações difíceis. Numa perícia forense, o psicodiagnóstico fornece informação sobre o risco, capacidade funcional, patologias associadas à infração da lei (Cunha, 1996, citado por Tabora, Prado-Lima & Brusnelo, 1996).

Observação clínica

Observação clínica é um método que contribui para a psicologia possibilitando o estudo das interações, fornece indicadores sobre psicopatologia e elementos normativos de comportamentos. Esta é uma fonte importante de informação para a prática em psicologia (Ferreira & Mousquer, 2004). A observação é um método de recolha de informação que se pode aliar a outras técnicas, ou ser utilizado isolado, é considerado um método de investigação (Gil, 1999). Esta possibilita a exploração de comportamentos dos participantes que não poderiam ser estudados de outra forma, tal como a exploração dos elementos que orientam esses comportamentos (Lakatos & Marconi, 2002 citado por Ferreira & Mousquer, 2004).

A observação pode ser auxiliada por material de apoio como tabelas, palavras-chave, códigos, que são transcritos na altura da análise (Dannas & Matos, 2006, citado por Belei, Gimenez-Paschoal, Nascimento, & Matsumoto, 2008). Este tipo de observação é estruturada e tem a finalidade de objetivar problemas ou o funcionamento de um estudo de caso. A observação clínica relacional desenrola-se em setting de terapia, uma vez que o terapeuta se encontra como observador a receber o que lhe é transmitido pelo cliente, observa-se o teor afetivo e emocional da situação; elemento subjetivos ditos e não ditos. O observador deve ter atenção a si mesmo, às suas reações e aos efeitos que tem sobre a situação observada. A observação clínica tem sempre em atenção os sintomas, o que irá auxiliar a traçar um diagnóstico, segundo uma classificação das perturbações mentais (Ciccone, 2000).

Entrevista psicológica

A entrevista psicológica é composta pelas técnicas de um profissional treinado, com conhecimentos psicológicos, tendo o objetivo de avaliar aspetos do sujeito e propor uma intervenção que melhore esses mesmos aspetos (pessoais, familiares, interpessoais). Pretende-se uma investigação utilizando várias técnicas para a obtenção de informação, que permita descrever e avaliar eventos importantes para as conclusões finais. A entrevista faz parte de um processo, esta antecede a psicoterapia em si e proporciona um encaminhamento do sujeito. Na entrevista ocorre o processo avaliativo, este requer a utilização de técnicas de entrevista, observação, utilização de testes psicológicos, para a formulação de hipóteses e decisões terapêuticas. A entrevista é direcionada para o alcance dos objetivos iniciais, tendo sempre alguma estruturação, podendo os objetivos iniciais serem reformulados (Tavares, 2000).

No entanto, a entrevista tem 3 níveis de estruturação, sendo eles, entrevista estruturada, semiestruturada e não estruturada. Estas dependendo do nível de

estruturação contêm questionários rígidos e com perguntas fechadas ou uma orientação anterior feita por um guião com perguntas abertas ou maior liberdade na direção da entrevista e na interação do entrevistado, respetivamente. É importante, o entrevistador demonstrar empatia para com o entrevistado, demonstrar que está a escutar de forma ativa, demonstrar atenção sobre os detalhes e confirmar fisicamente que está a escutar. O entrevistador deve aliar igualmente a observação como técnica de recolha de informação, verificando incongruências do discurso com expressões faciais (Manzini, 2004).

Psicoterapia de apoio e aconselhamento

A psicoterapia de apoio é um modelo eclético, no sentido em que não se baseia numa única teoria, mas utiliza fundamentos teóricos e intervenções de diversas teorias. Desta forma, a psicoterapia de apoio é dotada de um vasto conhecimento teórico, que aplica na compreensão e intervenção dos seus casos clínicos (Cordioli, 2008). O psicólogo tem a sua atitude clínica assente em 3 fatores, a psicoterapia individual do profissional, o conhecimento teórico e a supervisão da sua prática clínica. Estes fatores integram o conhecimento teórico e a prática através da experiência pessoal de terapia e através da supervisão (Aguirre et al., 2000).

Esta psicoterapia é indicada para sujeitos com várias problemáticas, tais como descompensações psicóticas, funcionamento social deficiente, luto, doença física grave. Neste processo, o apoio é o fator essencial da intervenção que o terapeuta exerce sobre o paciente, e das modificações que o paciente apresenta durante a terapia. Este apoio é verificado como fator essencial em outras psicoterapias, mesmo de outras orientações. A aceitação incondicional é fator igualmente essencial para o processo, este consegue explicar como um paciente que traga as suas problemáticas para a terapia, ao sentir-se aceite e que pode confiar no terapeuta, apresentando expectativas positivas sobre o

trabalho terapêutico, pode apresentar um estado de humor positivo e motivação para as mudanças futuras (Cordioli, 2008).

O psicólogo neste processo pode intervir ao nível do diagnóstico, tratamento e prevenção, pode fazê-lo através do exame psicológico, onde utiliza testes psicológicos, a entrevista e técnicas que contribuem para o desenvolver da terapia (Brito, 2008). A psicoterapia de apoio pretende eliminar sintomas e comportamentos desadaptativos, não utiliza técnicas como a interpretação de conteúdos inconscientes, mas reforça os mecanismos de defesa adaptativos, promove o afastamento de pressões ambientais intensas, visa o alívio de sintomas e o controlo de condutas desadaptativas, promove o crescimento psicológico. Desta forma, pretende-se reforçar o ego para que o sujeito se torne adaptado ao seu meio (Cordioli, 2008).

O aconselhamento caracteriza-se por um encontro pontual, através de entrevista, com um paciente, que pretende resolver um problema específico com o apoio do psicólogo. Este problema não é necessariamente patológico, no entanto, o paciente não o consegue resolver sem o acompanhamento de um profissional, que o irá auxiliar no encontro de uma solução. O psicólogo não interfere nas decisões do paciente, ou impõe a opção que lhe parece melhor, o trabalho do psicólogo é analisar o problema do paciente, ajudando-o a expor a situação e a perceber quais as implicações da sua decisão. O psicólogo respeita o sujeito, os seus valores e as suas decisões. Esta intervenção costuma ser utilizada em contexto escolar, de saúde e institucional, devido ao seu carácter facilitador com efeitos psicoterapêuticos (Pedinelli, 1999).

O aconselhamento pretende facilitar a adaptação do sujeito aos seus contextos de atuação, otimizando o autoconhecimento e autonomia, com a finalidade de promover o bem-estar psicológico. Neste processo estão envolvidas 3 etapas, onde se inclui o estabelecimento da relação, onde se pretende o envolvimento do sujeito no processo de

mudança; a avaliação dos problemas atuais, onde se avaliam características da personalidade, reforços dos comportamentos de risco e saudáveis, suporte social; e a etapa de reorientação que envolve o processo de mudança e reestruturação comportamental, através de técnicas cognitivas e comportamentais (Trindade & Teixeira, 2000).

Intervenção de Orientação Cognitivo Comportamental

Este é o modelo base da intervenção pela qual a instituição trabalha. Esta é uma teoria que abrange pressupostos referentes a duas abordagens distintas. Apesar das diferenças, essas duas abordagens apresentam resultados satisfatórios na prática da abordagem cognitivo-comportamental, apresentando diversas aplicações. A terapia cognitiva foca os fatores cognitivos da psicopatologia e a atribuição de significados. Tais significados são construídos pelos sujeitos, e podem ser disfuncionais ou mal adaptativos, quando isto acontece existe uma vulnerabilidade cognitiva o que pode desencadear uma síndrome específica. Desta forma, o sujeito constrói os seus significados e conseqüentemente a sua realidade, e esta interpretação condiciona a forma como o mesmo se comporta no seu mundo (Bahls & Navolar, 2004).

A teoria comportamental preocupa-se com as variáveis que controlam os comportamentos problemáticos, predizendo o comportamento futuro ao entender a relação entre as variáveis e os problemas (Lettner, 1998). Esta foca-se nas leis que regem o comportamento. Dois conceitos são estudados neste sentido, a possibilidade de reforçar um comportamento desejável e a de cessar um menos desejável, através de reforço positivo e da punição, respetivamente. No entanto, chega-se à conclusão que a punição produz a diminuição de determinado comportamento temporariamente, enquanto o elemento estiver presente, e dessa forma o reforço positivo é o ideal para promover uma mudança de comportamentos a longo prazo. O comportamento operante

está dependente das consequências destes reforços, modificando o comportamento de acordo com as condições do ambiente (Bahls & Navolar, 2004).

A terapia cognitivo-comportamental é assim a ligação das contribuições das teorias anteriores, enfatizando o seu enfoque na psicoeducação, um exemplo, explicar ao cliente processos básicos, tal como, o que são pensamentos automáticos disfuncionais e de que forma identificá-los, de modo a modificá-los, aliviando os sintomas. Na terapia são levantadas hipóteses com base nas informações obtidas, estas hipóteses são confirmadas, modificadas ou eliminadas ao longo do processo terapêutico, conforme se verificarem pertinentes ou não. Este modelo ensina os clientes a identificar pensamentos, emoções e situações, a resolver problemas, numa base de modelo cognitivo que irá trazer alterações comportamentais (Saffi, Savoia & Neto, 2008).

A teoria de Beck aponta que os esquemas mentais por detrás de alguns sintomas são aprendidos através de experiências muito precoces, na nossa infância. Esta teoria aponta três componentes que estão relacionados com a formulação de casos do modelo cognitivo-comportamental. Os componentes são os sintomas do paciente, as suas crenças e as situações de vida que ativam essas crenças. Na formulação de um caso do modelo cognitivo-comportamental são analisadas as situações que desencadearam o problema, bem como os problemas apresentados, as crenças fundamentais, situações desencandadoras, hipóteses de tratamento, experiências precipitantes, plano de tratamento e uma listagem de possíveis obstáculos ao tratamento. Este é um plano a desenvolver com o paciente, com o objetivo de aliviar os sintomas e os problemas. O plano deve ser revisto caso os resultados não estejam a atingir os objetivos (Persons, 1997).

O modelo cognitivo-comportamental tem por base características que regem a sua forma de intervenção, podemos nomear o estabelecido do contato entre o paciente e

o terapeuta; os objetivos terapêuticos que são definidos de forma clara, tal como, o processo que se desenrola para alcançá-los; a definição da duração do tratamento, que neste modelo é geralmente breve. Face à elaboração do plano terapêutico e seus objetivos obtemos um resultado quantitativo e qualitativo da mudança (Bénony, 2002).

Psicoterapia de apoio com crianças

A psicoterapia com crianças começou por tratar dos problemas das crianças que eram mais evidentes, tais como o mau comportamento identificado pelos adultos. Desta forma, foram aplicadas intervenções a crianças impulsivas para aumentar o autocontrolo e os resultados foram positivos. No entanto, não tão positivos em crianças com perturbação de deficit de atenção/hiperatividade, o que se conclui que a intervenção mais eficaz envolve a farmacologia, neste caso (Cordioli, 2008). Em relação a perturbações de conduta e à presença de agressividade nas crianças, a intervenção cognitivo-comportamental apresenta resultados benéficos. Esta utiliza técnicas como a orientação dos pais, controlo das emoções e enfoque na resolução de problemas (Southam-Gerow, Kendal, 1998, citado por Cordioli, 2008).

A terapia realizada com crianças pode ser desenvolvida em vários settings, com recurso a vários materiais. No entanto, o fator mais importante é a transmissão de um ambiente de segurança. A sessão com a criança permite-lhe a oportunidade de se redefinir dentro de uma relação, através do processo terapêutico. Este processo fornece à criança um espaço de aceitação, liberdade para sentir, falar o que escolher, o que resulta na capacidade de crescimento da criança (Harper, 1994).

É necessário criar um ambiente propício à comunicação afetiva e não a uma postura defensiva. Existem vários modos de comunicação com as crianças, tais como, o jogo, onde a criança revela angústias e onde se projeta; o diálogo imaginário, onde há histórias faz-de-conta e troca de papéis; o desenho, onde nos podemos auxiliar de uma

técnica projetivo; o diálogo tradicional, o diálogo frente a frente em sessão. Estas formas de comunicação têm em conta a idade das crianças, bem como a linguagem do clínico. A sua linguagem deve ser acessível, com atenção a questões diretas que podem exercer uma ação inibidora, e deve ter-se em atenção a entoação de voz e postura (Marcelli, 1998).

A fase de reclusão

Os sujeitos reclusos são pessoas semelhantes àquelas em liberdade, no entanto, tiveram alguma falha no apoio das redes que sustentam a sua permanência na sociedade. Depois de privados da liberdade, existem medidas preparadas para os ex-reclusos conduzirem o seu caminho de forma responsável, sem a prática de crimes para uma reintegração saudável na sociedade. A este projeto dá-se o nome de plano individual de readaptação (PIR), este é composto por uma fase de ação após a entrada dos sujeitos no sistema prisional, que caracteriza e identifica o sujeito e numa segunda fase que determina em que sistema prisional ficará e que necessidades irão ser satisfeitas, tais como, educação, formação, flexibilização da pena (Silva, 2013). Plano esse semelhante ao plano traçado na instituição “O companheiro”, para cada cliente (PII), com a finalidade de se obter uma reintegração plena e ajustada.

Este sistema preocupa-se com as necessidades dos reclusos e com a reinserção social dos mesmos. No entanto, este projeto PIR ficou desenhado em papel sem grande utilização na prática (Gomes, 2003, citado em Silva, 2013). No presente, é a Direcção-Geral de Reinserção Social que desenvolve medidas de serviço social prisional e no pós-reclusão, criando condições para a reinserção. Existe uma escassez de técnicos para acompanhar os percursos individuais de cada recluso, no entanto para todos os reclusos existe o objetivo de estimular a responsabilidade, as atitudes positivas e competências para uma vida independente fora da prisão (Silva, 2013). Existe também a perspetiva de

um plano de reinserção que conte com a participação presente do recluso, uma vez que não se devem impor comportamentos e valores aos sujeitos (Machado, 2009).

Independentemente de existir uma preparação para a saída dos reclusos da prisão, este é um momento angustiante e de confronto com as fragilidades dos sujeitos face ao mundo exterior. Pode-se tornar ainda mais angustiante pelo facto de saírem com o rótulo de ex-recluso, e pela saída ocorrer finalmente num momento de adaptação ao meio prisional (Silva, 2013).

Fatores de risco e proteção

A delinquência é um fenómeno estudado com várias respostas às suas causas, dependendo dos autores, no entanto, existem fatores comuns que são considerados explicativos da delinquência. Algumas das variáveis sociais explicativas de comportamentos delinquentes são o estatuto social, rendimento familiar, nível de educação dos pais, tipo de habitação, número de pessoas por habitação, dependência dos serviços sociais, privação económica e afetiva. Para aquelas explicações comuns que invocam a pobreza como um fator de delinquência em si, chegou-se à conclusão através de análises cuidadas que a privação afetiva representa um maior risco para a delinquência. Englobando vários fatores, os jovens que se reúnem na rua, sem controlo parental e com modelos presentes de delinquência na zona de residência, tornam-se assim vulneráveis ao risco de delinquência (Cordeiro, 2003).

Os fatores de risco são assim considerados uma interação multi determinante de fatores biológicos e fatores ambientais. Não sendo o conjunto destas variáveis, mas sim determinados por uma relação complexa das mesmas. No entanto, nem todos os jovens expostos a fatores propícios à adoção de comportamentos desviantes são delinquentes (Gallo & Williams, 2005).

Estas crianças e jovens em que os pais vivem em ambiente de precariedade profissional, ou com um estatuto socioeconómico baixo, que estão expostas a práticas violentas na educação, disputas parentais, consumo de substâncias, falta de disciplina afetiva, impulsividade, pais ou pares delinquentes estão expostos a uma influência social não benéfica (Cordeiro, 2003). A presença de um único fator de risco dificilmente conduz um jovem à prática de comportamentos desviantes, desta forma, condições socioculturais, bem como, condições pessoais têm influência neste percurso (Gallo & Williams, 2005). Perante o insucesso escolar possível depois deste quadro, os resultados profissionais podem ser igualmente insatisfatórios, o que perpetua o risco de delinquência.

Existem personalidades que tendem para comportamentos antissociais, sendo vulneráveis à presença dos fatores a cima referidos. Essas personalidades têm características como não conseguir manter relações pessoais afetivas; são instáveis no trabalho; ligam-se facilmente a grupos marginais; têm dificuldade em subsistir sem ajuda; são impulsivas e têm pouca resistência à frustração; geralmente em crianças tiveram comportamentos cruéis para com animais, cometeram delitos, eram hiperativos ou fugiram de casa (Cordeiro, 2003). Estas características são na sua maioria condizentes com a história de vida do sujeito avaliado no capítulo do estudo de caso A, que apresenta comportamentos antissociais e criminosos.

Estes jovens encontram-se vulneráveis, face às condições precárias de vida, a uma situação de exclusão, que é económica, escolar, familiar, profissional, relacional. A entrada num mundo marginal com a presença de comportamentos delinquentes enfatiza esta exclusão (Castro & Guareshi, 2007).

A interação de uma personalidade antissocial com o ambiente propício a comportamentos desviantes resulta na presença de comportamentos delinquentes,

havendo desta forma uma grande influência do meio tal como os fatores anteriores explicitavam, que podem potenciar as tendências da personalidade (Cordeiro, 2003).

Os fatores de risco são desta forma características pessoais ou circunstanciais que tornam o sujeito vulnerável à adoção de comportamentos desviantes, por sua vez, os fatores de proteção neutralizam essa vulnerabilidade. Os fatores de risco podem ser estáticos ou dinâmicos. Sendo que, os fatores estáticos são aqueles que não se alteram, enquanto os dinâmicos são sujeitos a mudança ao longo do tempo. Os fatores dinâmicos são desta forma alvos de intervenção (Dolny, Mc Share & Williams III, citado por Barbosa, 2012).

Os fatores de proteção dificultam a apresentação de comportamentos desviantes, apesar da presença de fatores de risco. Esta proteção verifica-se na altura em que os sujeitos lidam com estímulos de risco, de forma adaptativa. A presença de um ambiente familiar pacífico, com supervisão parental, apoiada nos afetos e assente em limites e regras, permite um espaço de crescimento protetor da criança, protetor aos imensos fatores de risco que esta pode estar exposta fora deste meio (Gallo & Williams, 2005).

Nos fatores de proteção intrínsecos ao sujeito são consideradas as habilidades sociais, capacidade de resolução de problemas, vínculos seguros, autonomia e autoestima. Estas são características que fomentam segurança e a satisfação com as suas atividades, uma vez que se sentem seguros nos seus desempenhos e relacionamentos. Os fatores familiares demonstram a importância da disponibilidade afetiva, o ensinamento dos limites e regras e do lidar com as frustrações, para que o jovem aprenda a lidar com a frustração de forma adaptativa e mantenha comportamentos igualmente adaptativos. Nos fatores de proteção escolares destacam-se a boa adaptação e ligação à escola, vínculos afetivos com professores e colegas, descoberta de talentos pessoais e de um projeto de vida (Albertini, Scivoletto, & Zemel, 2006).

As escolas que enfatizam as melhorias do ambiente escolar têm maior probabilidade de sucesso na redução dos problemas de delinquência, desenvolvendo um ambiente justo, comunicativo, com objetivos e valores aumentando o compromisso do aluno com a escola. Desta forma, o desenvolvimento de uma ligação dos jovens com a escola desde cedo é um fator protetor e de prevenção (Doob, 2006).

É necessário fortalecer os fatores de proteção com o objetivo de diminuir o risco. Consideram-se várias dimensões onde se podem desenvolver fatores de proteção, estas dimensões incluem fatores do próprio sujeito, fatores familiares, fatores escolares, fatores sociais. Estes incluem comportamentos que se desviam do caminho da delinquência, bem como do consumo de substâncias. Os fatores sociais enfatizam as oportunidades de trabalho e lazer, o clima comunitário livre de violência e o respeito às leis sociais. O crescimento destes fatores cria uma rede de proteção contra os riscos que integram a delinquência (Albertini, Scivoletto, & Zemel, 2006).

Reclusão e o seu impacto no indivíduo e na família

O recluso passa por um processo de adaptação ao ambiente físico e social da prisão, mas também de adaptação da sua personalidade a esse ambiente. Neste processo, o sujeito assimila as regras do sistema prisional aos seus esquemas comportamentais. (Gonçalves, 2008). A adoção de novos comportamentos está associada à capacidade de resiliência do sujeito recluso, esta que vai sendo adquirida durante a reclusão. A adaptação não passa apenas pelo meio envolvente, mas também pela adaptação do sujeito a ele mesmo, agora como recluso, e em termos de interação com os outros reclusos (Cordillia, 1983, citado por Novais, Ferreira, & Santos, 2010).

No início da pena, são frequentes problemas adaptativos e distúrbios emocionais, no entanto estes atenuam-se com a integração no sistema prisional. (Zamble & Porporino, 1988, citado por Novais, Ferreira, & Santos, 2010). Esta

adaptação é como que imposta para a sobrevivência no mundo da reclusão, o que pode proporcionar a criação de esquemas de pensamento e comportamentos disfuncionais (Travis & Waul, 2003). Os mesmos autores Travis & Waul, (2003), apontam que as vivências de um recluso, causam efeitos psicológicos como apatia emocional crónica derivada do facto de esconder os seus sentimentos, o que torna as relações interpessoais pobres. Outra situação é o afastamento que os reclusos têm dos filhos, havendo desta forma, uma barreira à parentalidade, o que produz sentimentos de desvalorização e baixa autoestima (Hairston, 2002).

Embora o sujeito sinta na primeira pessoa o sofrimento pela reclusão, a sua família pode ser mais afetada com a situação, dependendo das mudanças a que está sujeita pelo afastamento do ente querido (Codd, 2008). As relações familiares são afetadas pelo contacto restrito com o parente, o que pode desfazer essas relações (La Vigne, Naser, Brooks, & Castro, 2005). Outros impactos incluem a perda de um rendimento para as despesas, as despesas exigidas com a defesa do sujeito, a despesa para manter contacto frequente com visitas e o facto de enviar dinheiro ou bens para o familiar recluso (Hairston, 2002).

As famílias também sofrem de estigma, podem sofrer igualmente de hostilidade por parte dos vizinhos. O impacto negativo é provocado por toda a experiência em si, incluindo o estigma social, a pobreza, problemas domésticos e a própria separação do casal (Codd, 2008).

Psicopatologia na reclusão

A presença de psicopatologia nos sujeitos não é condição para o encontro de comportamentos desviantes nesta população. No entanto, a existência de psicopatologia corresponde a um fator de risco ao desenvolvimento desses comportamentos. Em estudos realizados em Portugal revelam a prevalência de diagnósticos de perturbações

da personalidade em reclusos nos estabelecimentos prisionais nacionais. Concluiu-se desta forma, que existe uma relação significativa entre comportamento desviante/crime e Perturbações da Personalidade. Torna-se imperativo assim focar na reabilitação psicossocial dos reclusos para que estes consigam uma reintegração na sociedade, e como resultado haver diminuição do risco de reincidência (Carvalho, 2012).

A sintomatologia clínica pode estar presente sobre várias formas, uma delas a manipulação em sujeitos com perturbação antissocial da personalidade que provocam auto lesões apenas com a intenção de ganhos secundários. Existem igualmente comportamentos de auto lesão com a intenção de acabar com o sofrimento experienciado, por parte de sujeitos com perturbação borderline da personalidade (Chapman, Gratz, & Brown, 2006; Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996; Moreira, 2008, citado por Moreira & Gonçalves, 2010).

Foram identificados vários fatores de risco relacionados com comportamentos de auto lesão nos reclusos. Toda a fase inicial do processo de prisão inclui sentimentos de revolta, vergonha e medo, associados à perceção de falta de apoio familiar, onde o sujeito se sente sozinho, triste e em grande sofrimento. Após a sua entrada na prisão, existe a fase de adaptação, longe da sua rede de apoio social e familiar, onde os sujeitos são obrigados a viver num meio violento, com novas normas e vários elementos stressantes que potenciam os comportamentos auto lesivos (Moreira, 2008).

Num estudo realizado por Moreira & Gonçalves (2010), compararam-se grupos de reclusos com ideação suicida e sem ideação suicida em dois momentos diferentes, após a primeira semana de reclusão e após seis meses. Os resultados revelam que a ideação suicida está correlacionada com o facto do recluso se encontrar perturbado emocionalmente. Este resultado foi constatado para o período após 6 meses de reclusão. Os sujeitos avaliados com ideação suicida apresentaram nos dois momentos sempre um

nível superior de perturbação emocional, em relação ao grupo de sujeitos sem ideação suicida. As dimensões encontradas nestes sujeitos com ideação suicida eram principalmente depressão, ansiedade, psicoticismo e hostilidade.

Outros estudos pretendem avaliar o efeito do tempo da reclusão na psicopatologia de reclusas e qual o efeito da psicopatologia na ideação suicida. As mulheres reclusas com maiores indicadores de obsessões, compulsões, depressão, hostilidade e ansiedade são as que se encontram em reclusão num tempo inferior a 2 anos e meio, e são estas que revelam níveis mais elevados de ideação suicida. Após este tempo de reclusão existe um sentimento de resignação para com a situação atual, uma adaptação ao novo contexto de vida. Adaptação esta que não se encontra adquirida pelas reclusas que entraram no sistema há pouco tempo (Nunes, 2015).

Apesar dos sujeitos padecerem de quadros psicopatológicos antes da reclusão, o período de transformações e adaptações que têm de passar no processo de reclusão pode agravar esses quadros. Desta forma, é verificada a importância da reabilitação do sujeito, otimizando as suas relações e a adaptação da pessoa.

Psicopatologia e o consumo de substâncias

O consumo de substâncias é precipitado por vários fatores, tais como, psicológicos/psiquiátricos, influência dos pares, ambiente e contexto sociofamiliar. Estas influências dependem do desenvolvimento dos sujeitos, dessa forma estes fatores não são os mesmos que influenciam o consumo em adolescentes e em adultos (Spear, 2000; Deas & Thomas, 2002, citado por Vilela, Macho, & Almeida, 2011). O consumo de álcool é influenciado nos adolescentes pela presença de psicopatologia, segundo algumas teorias. Por outro lado, o abuso do álcool pode influenciar, por sua vez, o desenvolvimento de psicopatologias. A psicopatologia torna-se um fator de risco ao início de consumo de substâncias, as psicopatologias mais associadas ao consumo de

álcool são a perturbação de comportamento, perturbação de hiperatividade e défice de atenção, perturbação depressiva e de ansiedade (Vilela, Macho, & Almeida, 2011).

O álcool devido à sua facilidade de acesso é daí usado pela sua ação ansiolítica e tranquilizante (Torres & Rodrigues, 2007, citado por Barrocas, 2011). Este consumo em abuso juntamente com sintomas da psicopatologia ativa dificultam o tratamento das dependências. Isto pela possibilidade de ocorrerem recaídas e pelas consequências à saúde dos sujeitos, quer físicas, quer mentais (Barrocas, 2011).

Reis & Castro (2016) revelam que não precisam existir fatores diversos que influenciem o consumo de álcool, como fatores predisponentes, precipitantes e de manutenção, mas pode existir apenas um ambiente que seja disfuncional ao ponto de englobar todos estes fatores, um ambiente familiar instável é um exemplo para desencadear um consumo abusivo de álcool. Estes fatores de risco estão relacionados com vulnerabilidades emocionais (fatores predisponentes); situações de stress (fatores precipitantes) e repetição de situações traumáticas e dos significados atribuídos a essas situações (fatores de manutenção).

O consumo de drogas proporciona um prazer ilusório aos seus consumidores, uma vez que é portador de várias negatividades intrínsecas, esconde efeitos perigosos destinados a consequências dolorosas. No início existe uma sensação de prazer, uma busca por novas sensações, progressivamente torna-se no evitamento da falta dessa sensação, evitamento da abstinência e do sofrimento causado pela falta da substância. O prazer torna-se ilusório uma vez que é uma sensação farmacológica, pela ação das drogas no sistema nervoso central, que aciona o prazer de forma bastante sintética (Fíore, 2008).

Entre os fatores individuais relacionados com a personalidade, que influenciam o consumo de substâncias pode-se enumerar a baixa autoestima, impulsividade e

autoconceito. Quando estes e outros fatores de risco estão em presença superior em relação a fatores protetores, existe maior risco para o consumo (Reis & Castro, 2016).

Risco de reincidência

A reincidência criminal é apontada por Lykken (1995, citado por Barbosa, 2012), como características dos sujeitos que apresentam uma perturbação antissocial da personalidade, visto manterem condutas antissociais desde cedo até à evolução para o comportamento criminoso. O comportamento destes sujeitos fundamenta-se em 3 variáveis, os fatores individuais internos e externos que se baseiam no comportamento, meio ambiente e a mente. Outros autores, Dhami, Mandel, Loewenstein, & Ayton (2006) defendem que a reincidência criminal está associada a outros fatores, como a pré reclusão, a reclusão e a pós reclusão. A reincidência compreende-se como uma resposta às fracas medidas de reinserção do sujeito, após a reclusão. Os fatores de risco e de proteção discutidos anteriormente, continuam a ser determinantes à persecução da prática criminosa ou à promoção da resiliência, influenciando a possível reincidência (Quadros et al., 2012, citado por Barbosa, 2012).

É realizada uma avaliação de risco quando se pretende fazer a previsão da reincidência. No processo de avaliação tem de se avaliar os fatores de risco, os quais estão associados à maior probabilidade de reincidência no futuro. Estes fatores podem ser estáticos ou dinâmicos. A previsão do risco é mais rica quando há a combinação dos fatores de risco, tanto estáticos como dinâmicos (Barbosa, 2012).

A avaliação do risco é importante para o estudo da reincidência, de modo a identificarmos os sujeitos que apresentam um maior risco, intervindo com os mesmos. Dentro deste processo de reabilitação existe o modelo RNR (risco-necessidade-responsividade), este consiste na predição do risco criminógeno e na identificação dos fatores dinâmicos que podem sofrer intervenção e na resposta que o sujeito dá à

intervenção. O risco criminógeno engloba as características da pessoa e o meio envolvente que influenciam a maior probabilidade de reincidência. Dessa forma, predizemos o risco até certo ponto, e a partir daqui traça-se a intervenção segundo esse risco. As necessidades criminógenas englobam os fatores de risco dinâmicos, ou seja, aqueles que sofrem a intervenção e que depois desta diminuem a probabilidade de reincidência criminal (Maruschi, 2010).

A responsividade analisa o ajuste do programa de intervenção à pessoa, devendo adequar o programa segundo uma estratégia de aprendizagem cognitiva social, através de uma aliança de trabalho segura e de confiança, através de uma atitude pró-social com estratégias de resolução de problemas (Bonta & Andrews, 2007).

Prevenção primária na adolescência e reabilitação

Face aos fatores de risco expostos, os jovens que adotam comportamentos delinquentes tendem a afastar-se dos mesmos com a entrada na idade adulta, ao estabelecer relações afetivas e familiares, ao desenvolver um percurso profissional estável e com o afastamento dos pares delinquentes (Cordeiro, 2003).

A prevenção primária deve tomar lugar aquando da existência de fatores de risco, uma vez que pretende ser eficaz na redução da delinquência. Para prevenção primária existem programas que incluem educação e treinamento parental; programas pré-escolares para treino intelectual; treinamento de professores. Estes programas com ênfase individual e familiar visam atacar fatores de risco como deficit na criação dos filhos, fraco controlo parental, impulsividade, falta de empatia e egocentrismo (Farrington, 2002).

Estratégias de prevenção baseiam-se nos próprios fatores de risco, onde estas necessitam do apoio de estruturas sociais, tais como, escolas, igrejas, organizações comunitárias que atuem no imediato nos comportamentos delinquentes. É importante

identificar e controlar a quantidade de jovens que já fazem parte deste percurso. Intervir e monitorizar as características individuais, influências familiares, experiências escolares, influência dos pares (Wilson & Howell, 1994, citado por Assis & Souza, 1999).

A reabilitação pretende-se que tenha um carácter educativo em detrimento de um punitivo, trabalhando com as famílias juntamente contra a discriminação (Gomes, Silva, & Njaine, 1999). Como já foi referido, a escola é um elemento que tem influência para ser protetor, dessa forma, além de fator protetor pode ser igualmente reabilitador.

Nos Estados Unidos, as escolas secundárias desenvolveram programas com o objetivo de controlar a delinquência juvenil, tais como, programas de modificação de comportamento, grupos de aconselhamento, incentivos financeiros. Estes programas utilizam técnicas diferentes com o mesmo objetivo de reabilitação. Há escolas que usam uma intervenção positiva, onde desde os menos significantes comportamentos de risco os alunos entram num programa de intervenção, por exemplo, desobediência, fumar, faltar às aulas. As sessões de intervenção resultam em aconselhamento individual ou em grupo, em que abordam assuntos relativos aos valores pessoais, relações interpessoais, família e sentimentos (Dubin, 2012).

Outro programa inseriu um incentivo contra o vandalismo nas escolas Anti-Vandalism Incentive Program (AVIP). Existe um fundo com um montante que tem a finalidade de reparar danos causados pelo vandalismo. No entanto, no final do ano letivo, o montante restante pode ser gasto pelos estudantes para equipamento de lazer que estes mesmos decidam. Para a administração deste programa existe um comité formado pelo diretor, professores e alunos, estes avaliam se os danos são de causa natural ou de vandalismo (Davis & Thomson, 1976).

No estado de Missouri, no Missouri's Division of Youth Services, estão presentes programas de reabilitação para jovens que tenham cometido algum tipo de ato delinvente, tais como posse de droga, estes são focados na terapia e educação em detrimento da punição. Este modo de atuação é partilhado com as escolas da região. Existem igualmente residências de reabilitação para jovens que tenham cometido crimes graves como por exemplo, assalto à mão armada ou agressões sexuais, onde a filosofia é a mesma, tratam os jovens como estudantes e não criminosos (Dubin, 2012). A intervenção preventiva em casos de delinquência e em problemas de comportamento é tida como necessária, devido à verificação precoce desses comportamentos, o que possibilita uma intervenção imediata (Laranjeira, 2007).

Os jovens residentes no centro apresentam uma rotina estruturada, preenchida com práticas escolares, com uma rotina diária adequada e com as sessões de terapia. Todos estes jovens integram um plano de educação especial com metas específicas, com um grupo de estudantes reduzido, professores e auxiliares com os quais mantêm um contacto próximo. Desta forma, o grupo cria um vínculo forte que os permite sentirem um ambiente de confiança. No final do programa, os jovens são preparados para o regresso a casa, com saídas periódicas para o reencontro com a família. Este programa enfatiza a segurança e o restabelecimento de regras, afetos e conhecimento, bem como autoconhecimento. Dos participantes do programa entre 84% a 88% dos jovens são casos de sucesso, terminam o programa inseridos na sociedade de forma adequada, estando a estudar ou a trabalhar (Dubin, 2012).

A nova liberdade e reinserção social

A reinserção social entende-se como a integração do sujeito delinvente que está a ser acompanhado, a um estilo de vida dentro dos limites da lei (Gomes, 2008). A fase do pós reclusão gera sofrimento para os ex-reclusos, quer por terem de se readaptar às

normas sociais, quer pela discriminação pelo título de ex-recluso. O sofrimento é partilhado com os familiares dos sujeitos, estes que estiveram afastados do familiar detido e que agora necessitam de reestabelecer o vínculo. O estigma da qual o sujeito é vítima dificulta a sua integração saudável em sociedade, tal como conseguir um emprego, sem ser associado a preconceitos (Costa, 1998).

Uma medida de ressocialização é a ocupação de atividade profissional dentro da prisão. Estas atividades pretendem aumentar as competências sociais, manter os sujeitos ocupados e o aumento de confiança para a futura integração no mercado de trabalho. É importante reestabelecer as redes de suporte, para que se os sujeitos se sintam parte ativa em sociedade. A readaptação à sociedade torna-se difícil devido à anterior adaptação ao meio prisional e às suas especificidades (Domingos, 2010).

A Direção Geral de Reinserção Social é a entidade responsável pelo suporte ao recluso no pós reclusão. A DGRS pretende criar políticas de prevenção criminal, através de medidas tutelares educativas e de medidas alternativas à pena de prisão, o que reforça as condições de reinserção social, diminuindo o estigma, aumentando a ressocialização. Os técnicos de reinserção social são quem faz chegar aos sujeitos as medidas que procuram visar os direitos sociais dos sujeitos, direitos económicos, culturais e enfatizar a dignidade do homem (Gomes, 2008). A intervenção feita com estes sujeitos deve enfatizar características como a responsabilização dos atos, aumentar a tolerância à frustração, resolução de problemas, projeção de objetivos para o futuro e traçar um plano de vida (Rebelo, 2007). A família é um elemento fundamental no processo de reinserção social, pela qual deve prestar apoio e estar presente na construção de um novo projeto de vida do sujeito (Domingos, 2010).

À nova liberdade podem ser colocadas algumas barreiras, tais como o receio que a sociedade apresenta face aos ex-reclusos e rejeição dos locais de trabalho face aos

mesmos, estes são considerados os obstáculos primários. Os obstáculos secundários caracterizam-se pelo estigma vivido, através do rótulo de ex-recluso (Gomes, 2008).

Ética e deontologia

A ética resulta como reguladora das práticas profissionais, neste caso dos psicólogos (Jesuíno, 2008). A profissão de psicologia é sujeita a questões morais e, dessa forma, está sujeita a várias questões deontológicas. Questões que regem a atividade profissional (os profissionais e os clientes), princípios e normas a que todos os profissionais estão obrigados a respeitar, os seus deveres face ao cliente, aos colegas e à sociedade no geral (Etxeberria, 2003).

O profissional deve ser conhecedor deste código de ética, a fim de o implementar na sua prática. Deve conhecer igualmente os regulamentos das instituições onde atua, de modo, a assegurar a implementação das normas éticas. O código de ética representa os valores de excelência da psicologia, visando sempre promover o bem-estar do Homem. No entanto, o psicólogo deve conhecer as suas limitações e pode recorrer a outros profissionais, ou a comissões de ética especializadas, se for necessário para garantir uma atuação em conformidade com as normas de conduta (Ricou, 2011).

A *American Psychological Association* (APA, 2010) refere 5 princípios de atuação da psicologia, que servem para guiar e inspirar os psicólogos. Os princípios são a beneficência e não-maleficência que implica estar alerta acerca do uso da sua influência; Fidelidade e responsabilidade que implica a responsabilidade sobre os seus atos e o respeito pela ética; Integridade que implica o rigor e honestidade da sua prática e evitam compromissos imprudentes; Justiça que implica a consciência dos potenciais vieses e das suas limitações para que não influenciem injustamente as suas práticas; Respeito pelos direitos das pessoas e da dignidade implica o respeito à confidencialidade e autodeterminação dos indivíduos, respeitar diferenças individuais e culturais, e trabalhar sem o efeito do preconceito.

O código de ética é um retrato do que se produz em psicologia, de como se caracteriza a profissão. Este retrato deve ser munido de responsabilidade e de um retrato fiel ao que se faz e à forma como se atua. Este código não é um manual de obrigações e instruções, mas sim um manual de reflexão acerca da nossa atividade e de como se quer que esta seja reconhecida pela sociedade (Conselho federal de psicologia, 2014).

Situações práticas em que o psicólogo trabalha podem suscitar questões éticas, que convidam o profissional a refletir sobre que ações tomar. As questões éticas estão sempre presentes, tanto a nível de ética pessoal como deontológico, pelas regras e deveres da ética aplicada ao meio profissional (Pediñelli, 1999).

Objetivos

Os objetivos traçados ao desenvolvimento do trabalho de estágio do aluno aspirante a mestre em psicologia clínica são construídos numa perspetiva de enquadramento prático, de toda a dotação teórica ao qual o aluno foi exposto ao longo da sua experiência académica. Os objetivos dessa forma prendem-se com a) Proporcionar aos alunos um contacto direto com práticas profissionais e formas de intervenção ligadas às competências desenvolvidas ao longo do curso; b) Desenvolver capacidades de utilização de instrumentos teóricos e metodológicos adequados à abordagem de problemas concretos; c) Incrementar o grau de maturidade, preparação e de relacionamento humano do estagiário para o desempenho profissional futuro.

De forma mais relacionada com o trabalho específico do estagiário no contexto da instituição “O Companheiro” os objetivos traçados para a sua prática foram a) Conhecimento da dinâmica da Associação e do Gabinete de Intervenção Clínica e Psicológica; b) Trabalhar em equipa e interagir com os profissionais de outras áreas do saber; c) Executar tarefas de avaliação psicológica; d) Planear procedimentos preventivos e de intervenção psicológica; e) Desenvolver capacidades de comunicação orais e escritas fundamentais para a elaboração de relatórios e outros documentos; f) Desenvolver capacidades de escuta e de realização de atividades individuais e em grupo, em contextos de prevenção e de intervenção.

Método

O estágio académico foi desenvolvido na instituição de solidariedade social “O Companheiro”, o qual teve início em outubro de 2015 e término em junho de 2016, neste estágio foram desenvolvidas diversas atividades, que estão presentes na rotina de um psicólogo na instituição, de forma a ganhar contacto com a realidade do profissional da psicologia. Foram desenvolvidas atividades tais como avaliações psicológicas; entrevistas de integração de clientes nos serviços da instituição; participação em projetos de orientação vocacional; consulta psicológica; desenvolvimento de programas de promoção de competências.

Serão neste capítulo apresentados os participantes que integraram as atividades desenvolvidas, serão explanadas as atividades realizadas no estágio, bem como, os instrumentos utilizados em contexto de avaliação psicológica e consulta psicológica.

Participantes

As tarefas de estágio fundamentalmente focaram-se na intervenção e interação com os clientes da instituição, intervenção essa psicossocial maioritariamente para com os clientes da instituição, em cada contacto que se estabelecia. Os participantes que estabeleceram um contacto de carácter avaliativo e interventivo foram 6 adultos e 1 criança, todos do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 11 e os 60 anos com 2 tipos de pedidos, um no sentido de avaliação psicológica com o objetivo de elaboração de um relatório psicológico, a fim de analisar um pedido de residência dos sujeitos para a instituição e um caso de acompanhamento psicológico, de uma criança cliente da instituição. As informações estão explanadas no quadro a baixo, no mesmo encontram-se os sujeitos E.A.D e R.F que foram analisados como casos individuais no capítulo dos casos clínicos.

Tabela 1

Descrição dos participantes das avaliações psicológicas

Identificação	Idade	Encaminhamento	Motivo	Avaliação	Resultados
A.R	47	E.P. Carregueira	Pedido de Residência	MMSE Mini-Mult PCL-R BIP SAPROF HCR-20	Parecer negativo
T.C.	32	Iniciativa própria	Pedido de Residência	MMSE Mini-Mult PCL-R BIP SAPROF HCR-20	Parecer negativo
E.D	33	Iniciativa própria	Pedido de Residência	MMSE Mini-Mult PCL-R BIP SAPROF HCR-20	Parecer favorável
E.T.S	60	Iniciativa própria	Pedido de Residência	MMSE Mini-Mult PCL-R BIP SAPROF HCR-20	Parecer negativo
A.C.J	49	E.P. Alcoentre	Pedido de Residência	MMSE Mini-Mult PCL-R SAPROF HCR-20	Parecer negativo
A.U.D	20	Iniciativa própria	Pedido de Residência	MMSE Mini-Mult PCL-R SAPROF HCR-20	Parecer favorável

Um parecer favorável implica uma resposta positiva ao pedido de entrada dos sujeitos na residência da instituição, depois de uma apreciação aos resultados dos testes e após discussão dos gabinetes de intervenção psicológica e social, e posteriormente em conselho técnico. Um parecer negativo implica uma apreciação negativa dos resultados dos testes e do perfil dos sujeitos à entrada dos mesmos na residência da instituição.

Visto existirem residentes com características diversas, problemáticas e perturbações diferentes não poderá integrar a residência um elemento desestabilizador do grupo. Uma das condições na residência é o não consumo de substâncias, esta regra bem como todas

as outras à habitação na residência é explicada aos sujeitos no dia da avaliação, quando os sujeitos demonstram resistência às mesmas essa informação é importante à formulação do parecer final, como predição do comportamento futuro. São analisadas as necessidades dos sujeitos e verificadas as ferramentas da instituição para apoiá-los.

Tabela 2

Descrição do participante de acompanhamento psicológico

Identificação	Idade	Encaminhamento	Motivo	Nº de sessões	Avaliação	Resultado
R.F.	11	Sinalização da Instituição	Intolerância à frustração	15	Observação; entrevista, desenho da família real e imaginária	Intervenção ao nível da regulação emocional e aumento da tolerância à frustração

O acompanhamento psicológico foi realizado a uma criança de 11 anos, cliente da instituição, a qual foi sinalizada para beneficiar deste apoio.

Instrumentos

Perante as atividades desenvolvidas ao longo do estágio houve a necessidade de utilizar instrumentos para recolha de informação, para além da entrevista clínica e observação clínica. Os instrumentos utilizados nas avaliações psicológicas pertencem a um protocolo de avaliação pela qual a instituição se rege, os quais estão descritos nos manuais de qualidade. Estes instrumentos são importantes para uma avaliação global e completa do perfil do indivíduo em várias dimensões do seu eu pessoal. É avaliada a capacidade cognitiva despistando qualquer deficit, avalia-se a personalidade dos sujeitos, bem como do risco de violência e dos fatores protetores que o protegem desse risco, avaliam ainda as competências organizacionais úteis em contexto profissional. Além deste protocolo de instrumentos utilizados em avaliações psicológicas, também

foi utilizada a prova do desenho da família real e imaginária, com o caso de acompanhamento psicológico. De seguida apresenta-se uma descrição dos instrumentos.

MMSE (Mini Mental State Examination) é um instrumento utilizado para a identificação de deterioração cognitiva, que pode ser utilizado em vários contextos de saúde. Este é um instrumento breve que pode ser utilizado como instrumento de rastreio de deficit cognitivo, bem como de avaliação da resposta a tratamentos. O ponto de corte para a deterioração cognitiva/demência está entre 23 e 24 pontos, no entanto o desempenho dos sujeitos na prova é influenciado pela idade e literacia. Nos estudos feitos para adaptação à população portuguesa por Guerreiro, Silva e Botelho, em 1993, definiram-se diferentes valores de corte de acordo com a literacia dos sujeitos. Dessa forma 15 pontos para indivíduos analfabetos; 22 pontos para indivíduos entre 1 ano e 11 anos de escolaridade; 27 pontos para mais de 11 anos de escolaridade. Morgado et al. (2009) atualizaram os dados normativos para Portugal, com base numa amostra robusta com sujeitos com idades superiores a 50 anos na região de Lisboa, onde se propôs os valores de 22 pontos para 2 anos ou inferior de escolaridade; 24 pontos entre 3 e 6 anos de escolaridade e 27 pontos para 7 anos ou superior de escolaridade. Freitas et al. (2015) apresentaram um estudo com uma amostra representativa da população portuguesa, com sujeitos com idades superiores a 25 anos, recorreram a uma amostragem estratificada que considera as principais variáveis demográficas do universo populacional do país. Concluíram que a idade e a escolaridade eram significativas e responsáveis por 26% da variância das pontuações do MMSE. A demência apresentou-se com um ponto de corte de 26 pontos, com resultados mais favoráveis para demência de alzheimer (Santana et al., 2016).

Este é um teste de papel/lápis, de fácil e rápida aplicação, o tempo de execução não é cronometrado. Utiliza-se a versão adaptada à população portuguesa proposta por

Guerreiro. O teste é constituído por 30 questões divididas em 6 domínios cognitivos: Orientação temporal e espacial 10 itens; Retenção 3 itens; Atenção e cálculo 5 itens; Evocação 3 itens; Linguagem 2 itens; Repetição 1 item; Compreensão verbal 1 item; Compreensão escrita 1 item; Escrita espontânea 1 item e Capacidade Construtiva 1 item. Pontuação máxima são 30 pontos e os pontos de corte são utilizados segundo o grau de escolaridade e idade.

Mini-Mult (Multiphasic Personality Inventory)

É uma versão reduzida do inventário multifásico de personalidade minnesota, do autor Kincannon, 1969, traduzido para a língua portuguesa por Lopes (1985). É um instrumento composto por 71 afirmações que medem a sintomatologia clínica e traçam um perfil psicológico do sujeito, avaliando o funcionamento global do mesmo, aplica-se a sujeitos com idade superior a 16 anos (Pinto, 2008; Martins, 2011). O instrumento é constituído por 3 escalas de validade e por sete escalas clínicas. Escala de mentira (L); Escala de infrequência (F); Escala e correção (K). As escalas clínicas são as seguintes: Escala de hipocondria considera queixas e preocupações relacionadas com a saúde corporal; Escala de histeria assinala sujeitos com mecanismo de defesa conversivo; Escala de desvio psicopático, assinala um desajustamento social e deficit no controlo dos impulsos; Escala de paranoia assinala quadros de paranoia com delírios e ideias grandiosas; Escala de psicastenia assinala aspetos fóbicos e obsessivos; Escala de esquizofrenia assinala ideias e comportamentos bizarros bem como distorções da realidade; Escala de mania assinala hiperatividade, excitação emocional, fuga de ideias. São assinaladas as questões com verdadeiro ou falso referente à posição do sujeito perante as afirmações.

Estas escalas pretendem uma exploração da personalidade dos sujeitos, aspetos normais e patológicos. Os resultados acima do ponto de corte 70 apresentam patologia

nas dimensões descritas, o que pode ser verificado em comparação com as outras dimensões através de um gráfico que é elaborado.

PCL-R (Psychopathy Check List – revised)

É um instrumento utilizado para a avaliação da psicopatia que contém uma estrutura bi-fatorial, cujos 20 itens se distribuem perante 2 fatores, itens ligados aos traços da personalidade e ligados ao estilo de vida desviante. O instrumento identifica a psicopatia através de uma entrevista semi-estruturada, onde a cotação acima dos 29 pontos assinala a presença de psicopatia (Salvador-Silva, Vasconcellos, Davoglio, Gauer, & Kosson, 2012). A pontuação abaixo de 20 pontos assinala ausência de psicopatia, 20 pontos ou mais psicopatia moderada e acima de 29 assinala a presença efetiva (Pimentel, 2010). Este é um instrumento baseado no funcionamento da pessoa ao longo da vida. Foi elaborado por Hare, 1991, a versão portuguesa foi aferida por Gonçalves em 1999 (Lobo, 2007). O instrumento visa avaliar o grau de risco de reincidência criminal e traços de personalidade de psicopatia, através de 20 itens. Estes devem ser cotados entre 0 e 2, em que 0 o item não se aplica, 1 a presença é moderada e 2 para a presença forte das características descritas. As 20 dimensões que o instrumento engloba são as seguintes: 1. Loquacidade/charme superficial (1); 2. Autoestima inflada (1); 3. Necessidade de estimulação/tendência ao tédio (2); 4. Mentira patológica (1); 5. Controlador/manipulador (1); 6. Falta de remorso ou culpa (1); 7. Afeto superficial (1); 8. Insensibilidade/falta de empatia (1); 9. Estilo de vida parasitário (2); 10. Frágil controle comportamental (2); 11. Comportamento sexual promíscuo; 12. Problemas comportamentais precoces (2); 13. Falta de metas realísticas em longo prazo (2); 14. Impulsividade (2); 15. Irresponsabilidade (2); 16. Falha em assumir responsabilidade; 17. Muitos relacionamentos conjugais de curta duração; 18. Delinquência juvenil (2); 19. Revogação de liberdade condicional (2); 20. Versatilidade criminal.

BIP (Inventário de Personalidade e Competências para as Organizações)

Este instrumento avalia as competências dos sujeitos em termos profissionais para uma integração organizacional mais satisfatória. Foi adaptado à versão portuguesa por Machado, Rocha e Ferreira (2006), os seus autores são Hossiep e Paschen. É aplicada a adultos maiores de 20 anos, a aplicação pode ser individual ou em grupo. Os resultados fornecem-nos aspetos relacionados com a eficácia dos sujeitos em contexto profissional através da combinação de fatores motivacionais, de personalidade e de estilos de trabalho. O inventário é composto por 14 escalas que se organizam em 4 domínios (Motivação profissional; Competências Centradas na tarefa; Competências sociais; Estrutura psicológica individual). É constituído por um caderno de aplicação e folha de respostas onde os sujeitos têm de se posicionar face às afirmações feitas, numa escala que varia entre o concordo plenamente e o discordo plenamente (Cegoc, 2006).

SAPROF (Structured Assessment of Protective Factors for violence risk)

Este é um instrumento que foi concebido para utilização em complemento com o instrumento HCR20 (instrumento de avaliação de risco de violência), foi dessa forma desenvolvida para a avaliação estruturada de fatores de proteção desse mesmo risco. O SAPROF pretende uma avaliação compreensiva e orientadora de uma intervenção eficaz. Investigações realizadas no país de origem do instrumento, Holanda, demonstram boa validade preditiva em relação à reincidência violenta pós-intervenção e durante a mesma, o que se revelou para agressores violentos e sexuais. Durante as intervenções a aplicação do instrumento demonstra alterações nos fatores de proteção dinâmicos, estes tornam-se assim preditores da reincidência (Vogel, Ruiters, Bouman, & Robbé, 2012).

HCR-20 (Historical Clinical Risk Management)

É um instrumento de avaliação de risco que sugere três níveis do mesmo, risco baixo, moderado e elevado. Esta classificação é ponderada através da análise dos 20 itens do instrumento que avaliam fatores históricos de violência, fatores clínicos e fatores de gestão do risco. Cada item recebe uma pontuação entre 0 e 2 pontos, consoante a ausência do fator, presença moderada ou presença definitiva, existe a opção do item omissa, quando não temos informação para a cotação, no entanto não é recomendada a omissão superior a 5 itens. Não existe um ponto de corte estimado para os níveis do risco, uma vez que a cotação não deve ser implementada de forma rígida, mas sim ponderada pelo avaliador, visto que este pode perceber um alto risco de violência num único fator. Os fatores agrupam-se entre as dimensões dos itens históricos, com 10 itens, itens clínicos com 5 itens e itens de gestão do risco com 5 itens. Desta forma, os itens são os seguintes: Itens históricos: H1: violência prévia; H2: primeiro incidente violento em idade jovem; H3: instabilidade nos relacionamentos; H4: problemas de emprego; H5: problemas com uso de drogas; H6: doença mental grave; H7: psicopatia; H8: desajustamento precoce; H9: transtorno de personalidade; H10: fracasso em medidas de supervisão anteriores. Itens clínicos: C1: falta de insight; C2: atitudes negativas; C3: sintomas ativos de doença mental maior; C4: impulsividade; C5: falta de resposta ao tratamento. Itens de gerenciamento de risco: R1: planos inexecutáveis; R2: exposição a fatores desestabilizadores; R3: falta de apoio pessoal; R4: não-aderência a tentativas de correção; R5: estresse.

Desenho da família real e imaginária

Este instrumento é favorável à expressão de tendências inconscientes, é de aplicação fácil e bem aceite pela criança e adolescente, aplicado a crianças a partir dos 5 anos, pode também ser aplicado a adolescentes e adultos (Corman, 2003, citado por Rosário & Kobayashi, 2016). A preparação do teste é feita com uma folha branca, um lápis preto afiado e é fornecida a indicação à criança “Desenha uma família” (Rosário & Kobayashi, 2016).

Corman apresenta uma versão do teste em que é pedido que a criança desenhe uma família que ela imagina e posteriormente, deve desenhar a sua família. Existem diversas perspetivas sobre a utilização da borracha durante o desenho. Existem autores que fornecem borracha, enquanto outros preferem atribuir uma folha nova, cabe ao psicólogo decidir o material que vai fornecer e ter este em conta na interpretação do teste. A interpretação do teste não é feita segundo um guia específico, no entanto, há hipóteses comuns entre vários autores (Freitas, 2000).

A criança deve identificar as figuras desenhadas e responder a perguntas de um questionário, que pretende saber de entre os elementos desenhados qual é considerado o melhor, o pior, o mais feliz, o mais infeliz, qual o seu preferido, quem seria se fizesse parte da família imaginária e as razões da escolha dessa personagem.

Corman (1967, citado por Freitas, 2000) aponta 3 níveis de interpretação do desenho da família, estes são o nível gráfico, nível das estruturas formais e nível do conteúdo. O nível gráfico contempla a amplitude do traçado, se é maior ou restrita; a força do traçado, que representa a força dos impulsos; o ritmo do traçado, se é espontâneo, estereotipado, minucioso; a localização do desenho na página, em que parte da página desenha e que significação se atribui; o movimento do traçado. As estruturas formais conseguem avaliar a maturidade da representação da figura humana, analisam a

diferença entre o tipo de representação das figuras. Aqui consegue-se verificar um tipo mais livre de desenho em contraste com um mais rígido. O nível de conteúdo apresenta os aspetos projetivos do desenho. É importante fazer a comparação da família desenhada com a família real, verificando o princípio da realidade, faz-se também a integração de informação de outros testes e informações clínicas, para confirmação das hipóteses. Este nível considera a valorização da personagem principal, a desvalorização de uma personagem, a distância entre as figuras e a presença de representações simbólicas.

Este é um teste projetivo que complementa a avaliação psicológica, fornecendo informação acerca do funcionamento interno e adaptativo da criança, de conflitos familiares e sentimentos do sujeito face à sua família (Cardoso & Capitão, 2006).

A personagem principal evidencia-se sendo a primeira a ser desenhada, ou por estar em primeiro lugar, pelo maior tamanho, por ter mais adornos ou por estar numa posição central. A desvalorização de uma personagem é evidenciada pela omissão de uma figura, ou de detalhes desta, pelo tamanho menor, pela colocação em último lugar, pela localização horizontal ou em plano inferior. A distância entre as figuras é indicada pelo afastamento ou por um traço de separação das personagens. As representações simbólicas avaliam a presença de elementos no desenho, como animais, que se desenhados na pele de elementos da família pode significar a desvalorização desses elementos, no entanto, deve-se aferir as possíveis significações. As representações simbólicas devem ser analisadas com atenção, uma bola desenhada pode significar interação entre as personagens, pode também significar competitividade entre as mesmas (Freitas, 2000).

Procedimentos

Nesta secção são descritas as tarefas desenvolvidas, bem como os seus propósitos e formas de atuação.

O descrito estágio académico foi realizado na instituição de solidariedade social “O Companheiro” com a duração de 9 meses, realizados entre 8 de outubro de 2014 e 30 de junho de 2016 com o total de 490 horas. Durante este período foram desenvolvidas diversas atividades estabelecidas nos objetivos de estágio, bem como outras que sem estarem definidas fazem parte da dinâmica interna da instituição e que são dessa forma enriquecedoras ao desenvolvimento do aluno dentro do funcionamento da instituição, bem como pessoal, uma vez que a esfera da instituição se situa numa perspetiva comunitária.

Das diversas atividades desenvolvidas na instituição, dentro da psicologia foram acompanhadas e realizadas avaliações psicológicas, acompanhamento psicológico, houve a integração num projeto de orientação vocacional, bem como a participação das reuniões de equipa técnica da instituição que abordam casos que merecem atenção da equipa multidisciplinar; participação em formações acerca de temáticas importantes à prática profissional do psicólogo na instituição. Dentro das atividades de avaliação psicológica e acompanhamento psicológico foram avaliados 7 participantes, onde 2 deles serão estudos de caso no próximo capítulo.

Parte da intervenção realizada na instituição foi no serviço GEFE – Gabinete de Educação, Formação e Empregabilidade, que pretende apoiar os clientes da instituição no aumento de competências a nível de procura ativa de emprego, bem como integração laboral ou escolar. Neste sentido, foi elaborado um projeto intitulado de “Plano de ação: Procura ativa de emprego/redefinição da carreira” onde pretende uma orientação a jovens/adultos desempregados de longa duração ou que pretendem estudar mas sem

ideia da área a seguir, dessa forma desenvolve-se um projeto de orientação vocacional, com alguns clientes que apresentam este perfil ou que demonstrem interesse. A par com esta atividade era desenvolvido o trabalho de apoio a todos os clientes no serviço GEFE. Eram realizadas igualmente as entrevistas de novos clientes interessados na integração deste serviço. As tarefas em específicos estão detalhadas na tabela a baixo.

Tabela 3

Tarefas desempenhadas dentro da psicologia clinica

Tarefas	Participantes	Sessões	Objetivos	Resultados
Apoio na procura de emprego	Todos os clientes do GEFE	9 meses	Apoiar e autonomizar os clientes na pesquisa	Clientes fazem procura de emprego autonomamente
Projeto de orientação vocacional	9	8 meses	Conhecer as áreas profissionais existentes	Conhecem os seus interesses profissionais
Entrevistas institucionais	30	30	Recolha de informação	Integração dos sujeitos como clientes da instituição
Avaliações psicológicas	6	7	Recolha de informação	Emissão de um parecer com a resposta ao pedido de residência.
Acompanhamento psicológico	1	15	Trabalhar características psicológicas	Avaliação psicológica e hipótese diagnóstica

Outras tarefas desenvolvidas

A instituição encontra-se a desenvolver projetos de divulgação do seu trabalho com frequência, o que conta com o apoio dos técnicos da instituição que já têm as suas tarefas diárias e dessa forma conta ainda mais com o apoio dos estagiários que recorrentemente fazem parte do trabalho da instituição. Dessa forma, houve a participação em várias atividades, tais como integração nas equipas de rua, consistindo

estas na distribuição de trípticos informativos acerca do trabalho desenvolvido pelo O Companheiro, durante várias semanas por diversos pontos do distrito de Lisboa; participação de uma distribuição massiva de informação que pretendia angariação dos 0,5% do IRS dos contribuintes; participação numa recolha nacional de medicamentos por parte do banco farmacêutico com “O Companheiro” como um dos beneficiários; apoio no desenvolvimento do primeiro dia do torneio de futebol de rua desenvolvido pela instituição que se desenvolveu no Estádio do Sport Lisboa e Benfica que abrange várias equipas de futebol de rua que se desenrolou em 4 dias de competição, espaçados no tempo; realização de um filme com o testemunho de um cliente da instituição para divulgação dos serviços da instituição; participação em atividades de angariação de fundos para a instituição através de vendas de produtos alimentares numa festa popular; vistoria de forma periódica da residência da instituição com outra técnica, o que é realizado todas as semanas de forma a controlar as regras implementadas do uso do espaço utilizado pelos residentes

Participação em formações internas organizadas pela instituição com o objetivo de capacitar os técnicos de conhecimentos úteis às suas práticas profissionais, tanto de contacto com a população ex-reclusa no sentido da sua inserção, formações em direito penal e workshops de intervenção na pós-reclusão.

Participação no Congresso Internacional da Criança e do Adolescente, com apresentação de um Poster com a temática do desporto desenvolvida na instituição, com o título “Apanha esta bola... Chuta a exclusão” com a participação de uma colega do curso e de estágio, com a coordenação da orientadora de estágio e supervisora do estágio na faculdade.

Pelas características de uma IPSS a instituição carece de recursos humanos suficientes ao desenvolvimento de todas as atividades a que se propõe, dessa forma a

participação dos estagiários é de facto importante e uma contribuição útil ao funcionamento das atividades.