

Introdução

O estágio académico efetuado no 2º ano de Mestrado, teve lugar na APAV (Associação Portuguesa de Apoio a Vítima).

Esta instituição é uma instituição particular de solidariedade social, sem fins lucrativos, em que promove e contribui para a informação, proteção e apoio aos cidadãos vítimas de infrações penais.

Como o nome indica, esta instituição destina-se a dar apoio a qualquer tipo de vítima (assalto, roubo, violência doméstica, entre outros tipos de crime), sendo assim não poderemos deixar de explorar conceitos como a vítima e a vitimização, a violência, que constitui num grave problema social, a violência doméstica, onde se irá procura efetuar uma reflexão temática relativamente a esta problemática, incluindo o ciclo da violência doméstica, a violência contra a mulher, e os seus agressores.

Contudo quando se fala de violência não se pode deixar de fazer menção as reações ao stress que são desencadeadas por esse tipo de situações nomeadamente o stress pós traumático.

Assim, este relatório será dividido em quatro partes, a primeira parte irá consistir na apresentação e descrição do local de estágio, a segunda parte corresponderá a parte teórica onde serão abordados as temáticas de violência, vítima e vitimização, violência doméstica, reações de stress e o stress Pós-traumático entre outros conceitos, na terceira parte irá ser descrito as atividades realizadas ao longo do estágio, atividades diretas e indiretas e o plano de estágio. Na quarta e última parte irá ser feita uma apresentação de dois casos clínicos (um sobre assalto a mão armada e o segundo sobre violência doméstica), onde se encontra a história clínica, a respetiva análise, a conclusão e o plano terapêutico de cada caso e por último será feito uma conclusão e uma reflexão

pessoal relativamente a todos os conhecimentos adquiridos, dificuldades, aprendizagens e sentimentos que ocorreram ao longo do estágio, das triagens e dos acompanhamentos psicológicos.

I Parte

Local de estágio

Caracterização da Instituição

A Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) foi fundada em 25 de Junho de 1990 é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), de utilidade pública, que tem como objetivo estatutário promover e contribuir para a informação, proteção e apoio aos cidadãos vítimas de infrações penais. É uma organização sem fins lucrativos e de voluntariado, que apoia de forma individualizada, qualificada e humanizada vítimas de crimes, através de prestação de serviços gratuitos e confidenciais (APAV, 2005)

A APAV é uma instituição de âmbito nacional, estando a sua sede localizada em Lisboa; atuando através dos seus gabinetes, atualmente quinze, localizados em vários pontos do país (APAV, 2005).

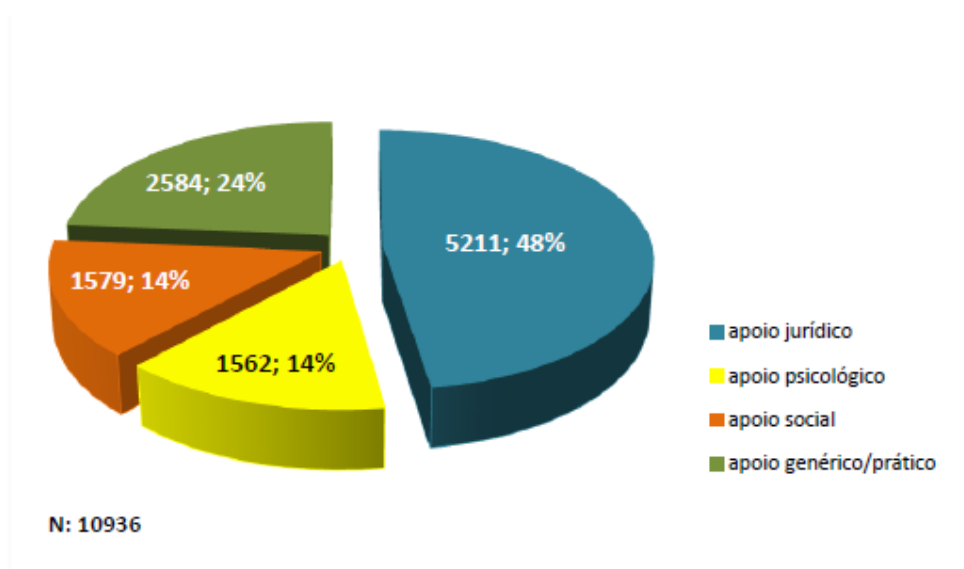
Relativamente aos objetivos, a APAV propõe-se nomeadamente a promover a proteção e o apoio às vítimas de infrações penais em geral e em particular às mais carenciadas, designadamente através da informação, do atendimento personalizado e encaminhamento, do apoio emocional, social, jurídico, psicológico e económico; colaboração com as componentes entidades da administração da justiça, policiais, segurança social, saúde, bem como as autárquicas locais, regiões autónomas e outras entidades públicas ou particularidades, na defesa e exercício efetivo dos direitos e interesses das vítimas de infrações penais e respetivas famílias (APAV, 2005).

Para ajudar as vítimas que solicitam a ajuda e o apoio da APAV, a instituição dispõem de uma equipa, que será descrita em seguida.

A equipa que constitui a APAV é constituída pela assessoria técnica, secretária, uma gestora, voluntários e estagiários. As áreas de formação da equipa variam entre psicólogos, assistentes sociais e juristas, de modo a ir ao encontro dos interesses dos utentes que procuram a instituição (APAV, 2005).

Iremos então agora compreender um pouco melhor, quais os serviços que estes técnicos podem prestar nesta instituição, e quais os mais requeridos, como se pode observar na Figura 1.

Figura 1- apoio prestado pela APAV



Retirado do site www.apav.pt (2010)

Os Técnicos de Apoio a Vítima (TAV) referem-se a todos os técnicos que, pertencem a equipa remunerada, ao voluntariado, ou estando a efetuar estágio académico num dos Gabinetes de Apoio a Vítima (GAV), prestam serviços de apoio direto as vítimas de crime que procuram a APAV (APAV, 2005).

Assim, exercer o apoio às vítimas de crime, exige um papel de competências indispensáveis para o bom desempenho de um serviço qualificado e humanizado, de competências pessoais e técnicas (APAV, 2005).

Para compreender, qual o motivo que levou o utente a instituição, é feita uma triagem, de modo a compreender as suas necessidades.

O procedimento da tiragem inicia-se pelo atendimento e abertura de um processo, seguido pela identificação de crimes no contexto do discurso do utente, informa-lo se é vítima de crime e qual (quais) promover a consciencialização do utente sobre os seus direitos, e quando necessário, proceder ao encaminhamento dos utentes para outras instituições (APAV, 2005).

Propiciar sempre o contacto presencial, de preferência para o gabinete geograficamente mais próximo da sua área de residência dando seguimento ao processo de apoio jurídico, psicológico e/ou social (APAV, 2005).

O apoio psicológico na APAV decorre dentro de determinadas condições, isto é, os problemas psicológicos que o utente apresentar tem que estar diretamente relacionados com o crime de que foi vítima, crime esse que de algum modo o impossibilite de seguir a sua vida quotidiana normal (APAV, 2005).

Será então necessário fazer uma tiragem dos pedidos de apoio psicológico que são feitos à APAV. Este tipo de apoio psicológico tem como objetivos os mesmos que são propostos na psicoterapia de apoio (APAV, 2005).

A APAV, enquanto local de estágio tem a mais-valia de prestar apoio psicológico aos utentes, e ao estagiário permitir por em prática aquilo que se estudou ao longo dos anos e que, no meu caso, tanto ansiei por experimentar e vivenciar.

Assim, iremos compreender qual o papel do psicólogo na instituição, uma vez que (como já foi referido) algumas das vítimas solicitam apoio psicológico

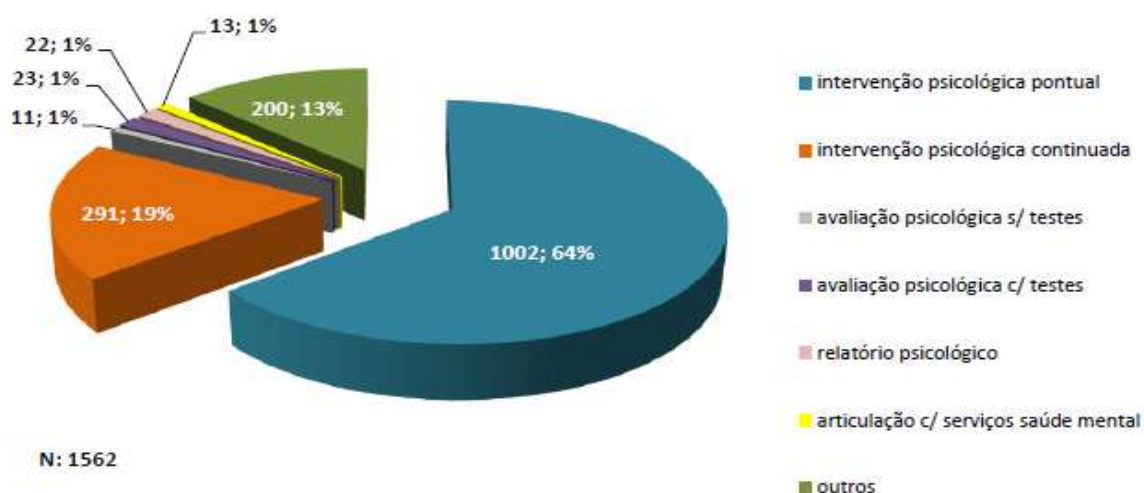
Papel do Psicólogo na Instituição

O psicólogo na APAV é um técnico de apoio à vítima que presta os seus serviços através de atendimento telefónico e/ou presencial; contudo antes de prestar estes serviços, terá recebido uma formação inicial prévia, estando assim deste modo apto também para informar sobre o apoio jurídico e social (APAV, 2005).

Segundo a APAV (2005) o acompanhamento psicológico das vítimas assenta numa psicoterapia de apoio breve, ou seja, existe um setting, que são as salas disponíveis na instituição para fazer os atendimentos; é estabelecido um contracto terapêutico com o utente e a partir daí irão começar as sessões de apoio psicológico. O apoio prestado abrange todas as idades, o que requer preparação técnica específica, nomeadamente um conhecimento adequado, de modo a que possa ser prestado um maior apoio e acompanhamento aos utentes que necessitam (APAV, 2005).

Observemos então de seguida na Figura 2, os tipos de apoios psicológicos mais aplicados.

Figura 2 – apoio psicológico



Retirado do site www.apav.pt (2010)

Como sabemos a APAV destina-se ajudar e apoiar todas as pessoas que tenham sido vítimas de algum crime, por isso iremos de seguida, compreender um pouco melhor a que população que procura os serviços da APAV.

População

A instituição destina o seu apoio unicamente às vítimas de crime como consta no Manual de Procedimento dos serviços de apoio à vítima de crime, a vítima é definida como pessoa que sofre um atentado à sua integridade física ou mental, sofrimento de ordem moral ou perda material em consequência de ato ou omissão violadora das leis penais em vigor (APAV, 2005).

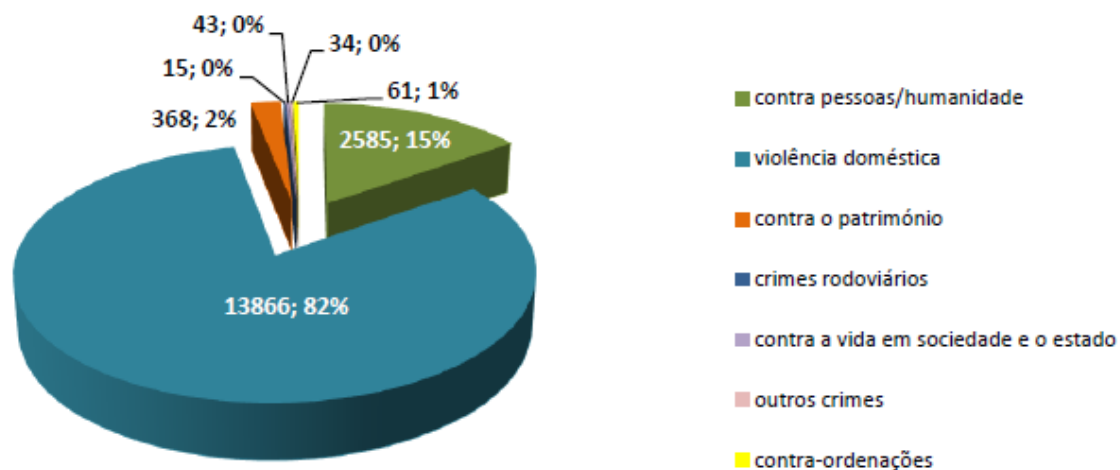
Assim o conceito de vítima abrange a família próxima que é dependente direta da vítima, ou pessoas que tenham sofrido prejuízo ao intervirem para prestar auxílio as vítimas ou para impedir a vitimação (APAV, 2005).

Apesar de ter como finalidade estatutária específica o apoio e a proteção de vítimas de crimes, a APAV é contactada por uma diversidade de pessoas.

O contacto pode ser feito presencialmente (em que a pessoa se dirige pessoalmente a APAV), por telefone ou por missiva (APAV, 2005).

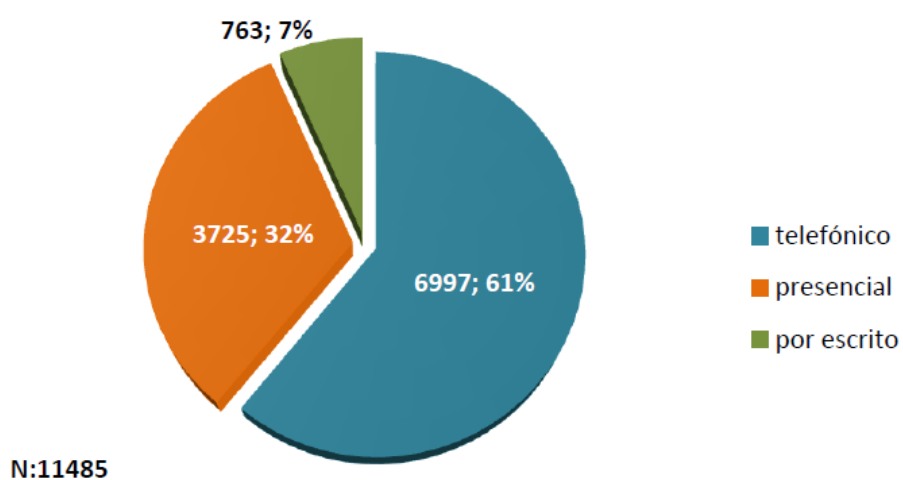
De seguida irá ser abordada na parte teórica algumas problemáticas tais como a violência onde será inserido a vítima e vitimização, a violência doméstica, uma vez que a população que se apresenta na APAV, cerca de 82% sofre ou sofreu deste tipo de crime (violência domestica), como se pode constatar na Figura 3 apresentado em baixo.

Figura 3 – categoria de crime

Retirado do site www.apav.pt (2010)

Como podemos observar na Figura 4, cerca de 61% dos contactos são feitos telefonicamente seguido do contacto pessoal cerca de 32%.

Figura 4 – tipo de contacto

Retirado do site www.apav.pt (2010)

II Parte

Enquadramento Teórico

Violência

Segundo os autores, Strey, Azambya & Jaeger (2004), a violência tem-se mostrado presente em diferentes contextos culturais, ao longo da história da humanidade.

Percebe-se, assim, que, ao mesmo tempo que importantes avanços científicos e tecnológicos são alcançados, as pessoas tem sido cada vez mais expostas a degradantes situações de violência e a um elevado risco social (Strey et al., 2004).

A desvalorização dos seres humanos, do ser e do viver, em prol do ter e do fazer são apontados como elementos intensamente presentes no nosso cotidiano (Strey et al., 2004).

Segundo Araújo & Mattioli (2004), entende-se por violência uma realização determinada das relações de força tanto em termos de classes sociais quanto em termos interpessoais.

Para Magalhães (2010), a violência constitui um grave problema social que, no entanto só há cerca de um século começou a ser encarado como tal, passando a conceção criminológica e vitimológica dos comportamentos violentos e abusivos a assumir algum relevo.

Pode-se dizer que a violência pode ser dividida em dois contextos, a violência intencional e a violência não intencional (Magalhães, 2010).

Assim, compreende-se por violência intencional, homicídios, violência interpessoal, violência juvenil, maus tratos, violência doméstica, violência sexual, violência autoinfligida, violência coletiva, guerra entre outras. Relativamente ao termo violência não intencional, pode ser usada para designar os acidentes, tais como, acidentes de aviação, de trabalho, industriais, domésticos, desportos entre outros (Magalhães, 2010).

Iremos debruçarmo-nos sobre a violência intencional e interpessoal, que diz respeito a um comportamento voluntário, direto ou indireto, ou seja, que surge num contexto de interação ou relação entre duas ou mais partes envolvidas, em situação de desigualdade de poder, e que se caracteriza pelo uso da força, coação ou intimidação, de carácter individual ou coletivo, comportando assim vários graus de gravidade atingindo a vítima nas suas necessidade, integridade física e moral, nos seus bens e /ou nas suas participações simbólicas e culturais, causando desta forma prejuízo, dano e sofrimento (Magalhães, 2010).

Quando abordamos a problemática da violência, não podemos deixar de falar das vítimas e da vitimação resultantes dessa ação/ato, assim, para compreendermos melhor o significado de vítima e vitimização começaremos por uma breve definição destes dois conceitos.

Vítima e Vitimização

A violência, é algo cada vez mais representativo na nossa sociedade, muitas das características da nossa sociedade podem influenciar, de modo direto ou indireto o desenvolvimento de comportamentos violentos.

Segundo os autores APAV (2005); Marchiori, Bido & Fortete (n.d.) pode-se entender por vítima, pessoa que individual ou colectivamente, sofreu danos, inclusive danos físicos, mentais ou emocionais, perda financeira ou prejuízo substancial dos seus direitos fundamentais (APA, 2005; Marchiori, Bido & Fortete, n.d.).

Relativamente a vitimização, consiste num “trauma coletivo”, ou seja, grupo de pessoas que advém de ser vítima da sua própria conduta ou da conduta de terceiros, ou de um fator da natureza (Marchiori et al., n.d.).

Assim segundo os mesmos autores, só a cerca de um século é que a violência começou a ser encarada como um grave problema social, passando assim a concepção criminológica e vitimológica dos comportamentos violentos e abusivos (Marchiori et al., n.d.).

O termo violência pode ser utilizado para referir a violência intencional, que consiste na violência interpessoal, homicídios, maus tratos, violência domestica, violência sexual, violência autoinfligida, violência coletiva etc. (Marchiori et al., n.d.).

Enquanto o termo de violência não intencional, poderá ser usado para distinguir os acidentes (acidentes de aviação, de trabalho, industriais, domésticos ou do desporto etc. (Marchiori et al., n.d.).

Contudo, para os autores Cusson, Ouimet e Proulx (2000), a terminologia mais exata da violência será a violência predatória e a violência relacionada com as brigas/discussões. Contudo iremos debruçar-nos sobre a violência predatória, onde se poderá observar como é que o agressor escolhe as suas vítimas, quais os motivos que o levam a atacar as vítimas escolhidas.

A agressão predatória é um ataque unilateral e deliberado, destinado a proporcionar ao seu autor qualquer benefício em detrimento da sua vítima (Cusson et al, 2000).

Ele reúne um ataque, dispondo de uma força necessária e de uma vítima que pareça interessante e vulnerável (Cusson et al., 2000).

O assaltante é impulsionado pela esperança de ganhos monetários rápidos, por um prazer sexual ou pelo prazer de ver o sofrimento da vítima (Cusson et al., 2000).

A vítima desponta o interesse do atacante por um motivo ou por outro, ou seja, a vítima pode possuir dinheiro, que o agressor quer/cobiça, a vítima também o pode atrair sexualmente entre outras coisas (Cusson et al., 2000).

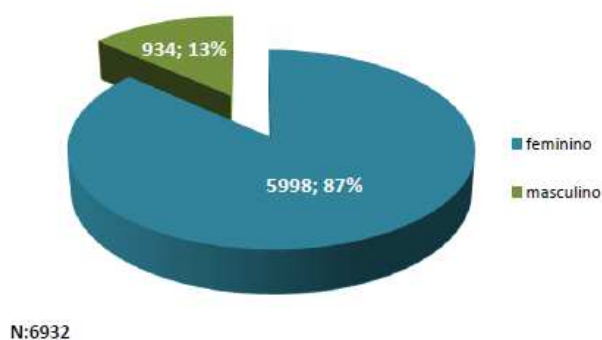
Quando prepara o ataque, o assaltante escolhe o seu alvo em função dos benefícios ou dos prazeres esperados mas também vulnerabilidade e da acessibilidade da vítima. A escolha do ataque depende das experiências adquiridas pelo agressor, da sua personalidade e das circunstâncias (Cusson et al., 2000).

Assim na situação de execução, o ladrão, o violador ou o assassino coloca o plano em prática. Ele quer chegar aos seus fins o mais rapidamente possível, contudo mantendo o controlo da situação. Eles usam o engano, a velocidade e a violência para produzir um efeito surpresa e neutralizar as vítimas. A violência utilizada de maneira instrumental, muitas vezes é a ameaça suficiente para neutralizar, contudo por vezes o agressor recorre a força ou ataca (golpeia) a vítima. A reação da vítima afeta o comportamento do agressor se ela resiste ele irá utilizar uma força adicional (Cusson et al., 2000).

Acabamos de compreender o desígnio da violência exercida assaltantes, como atuam e escolhem as suas vítimas, mais a baixo, iremos compreender quais as consequências psicológicas destes atos nas vítimas.

Podemos observar na Figura 5, segundo as estatísticas da APAV, as vítimas são da sua grande maioria do sexo feminino.

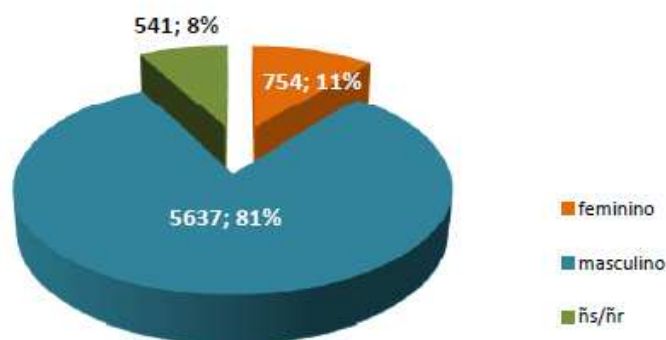
Figura 5- sexo da vítima



Retirado do site www.apav.pt (2010)

Podemos constatar na também na Figura 6, que segundo a estatísticas da APAV, a grande maioria dos autores do crime são do sexo masculino.

Figura 6 – sexo do/a autor/a do crime



Retirado do site www.apav.pt (2010)

Impacto Psicológico

Segundo Wemmers (2003), o impacto do crime sobre a saúde mental da vítima é muitas vezes mais importante que todas as consequências materiais.

Os bens materiais podem ser substituídos, uma perna partida pode-se curar em alguns meses, mas as feridas psicológicas, essas permanecem (Wemmers, 2003).

As vítimas de violação apresentam mais sintomas de stresse Pós-traumático do que as vítimas de outros tipos de violência ou crime contra os bens (Wemmers, 2003).

No entanto, a reação à vitimização depende não só da gravidade da infração, mas também da situação da vítima e da sua percepção em relação ao evento sofrido (Wemmers, 2003).

Como se os transtornos traumáticos, e as dificuldades de processamento do trauma não bastassem à vítima, logo reconhece que a vitimização não termina com o ato inicial de violência (Brown, 2007).

As muitas injustiças que ocorrem às vítimas depois do crime são frequentemente referidas como “vitimização secundária” (Brown, 2007).

A vitimização tem um impacto significativo sobre a psicologia da vítima de violência, esse impacto consiste nos três sentimentos primários (segurança, auto-estima e confiança) que são afetados causando grande angústia (Wemmers, 2003).

O medo é a reação ao crime mais frequentemente relatado na literatura, vários fatores podem estar na origem desse medo (Wemmers, 2003).

A vítima pode ter medo durante o crime, por exemplo, se acha que a sua vida esta em perigo, e mesmo após o crime, a vítima pode continuar a temer retaliações (Wemmers, 2003).

Este fenómeno é sobretudo observado em vítimas que conhecem os assaltantes ou nas vítimas de violência doméstica (Wemmers, 2003).

As vítimas também podem ter medo/temer os lugares ou as situações que possam desencadear as lembranças do crime (Wemmers, 2003).

Assim, uma vítima de assalto a mão armada evita andar na rua ou no local onde ocorreu o assalto, como uma pessoa que tenha sido vítima de crime no seu local de trabalho pode ter dificuldade em regressar ao seu local de trabalho. O mesmo acontece com a vítima, que sofreu um assalto a sua casa pode ter medo de ficar sozinha em casa (Wemmers, 2003).

Reações ao Stresse

As reações ao stresse traduzem-se numa adaptação normal do organismo face a uma agressão. Em certos casos, poderá ser exagerado, manifestando-se por uma carga emocional intensiva acompanhado de sinais neurovegetativos, tais como, suores, tremores, palidez, taquicardia entre outros (Debray, 2007).

Estas reações de stresse são sempre superiores, apesar de serem a curto prazo, podem ser acompanhados por comportamentos marcados por agitação (postura desesperada de fuga; gesticulação) ou pela inibição (imobilidade apesar da aproximação do perigo) (Debray, 2007).

Estas reações puderam ocorrer também quando o sujeito saiu de uma situação crítica, permitindo-lhe descarregar a tensão e a ansiedade acumulada (Debray, 2007).

Quando as pessoas estão sob stresse, muitas vezes reagem emocionalmente. Maior parte das vezes, o stresse tende a transcender o tempo e cultura (Weitem, 2008; Weitem, Lloyd, Dunn e Hammer, 2008).

Encontram-se evidências de que essas reações emocionais negativas em relação ao trauma, não mudaram ao longo dos milénios (Weitem, 2008; Weitem, Lloyd, Dunn e Hammer, 2008).

Segundo o mesmo autor, as respostas das pessoas ao stresse é complexa e multidimensional. O stresse afeta o indivíduo em vários níveis (Weitem, 2008; Weitem, Lloyd, Dunn e Hammer, 2008).

Assim podemos analisar as reações de uma pessoa ao stresse em três níveis:

- Respostas fisiológicas, muitas vezes o stresse provoca fortes reações emocionais, estas respostas trazem importantes mudanças fisiológicas mesmo em casos de stresse

moderado, reações essas, como aceleração dos batimentos cardíacos, respiração acelerada, suores entre outros (Weitem, 2008; Weitem, Lloyd, Dunn e Hammer, 2008).

- Resposta luta ou fuga, é uma reação fisiológica à ameaça em que o sistema nervoso autônomo mobiliza o organismo para atacar (luta) ou fuga (fugir) de um inimigo. O sistema nervoso autônomo é constituído por uma musculatura lisa de vasos sanguíneos e glândulas (Weitem, 2008; Weitem, Lloyd, Dunn e Hammer, 2008).

A resposta de luta ou fuga é medida pela divisão simpática do sistema nervoso autônomo. Contudo, no mundo moderno a resposta de luta ou fuga pode ser menos adaptativa para o funcionamento humano, do que era a milhares de gerações.

Mas o stresse humano, não pode ser tratado simplesmente com a luta ou fuga, problemas de trabalho, pressões conjugais e dificuldades financeiras exigem respostas muito mais complexas (Weitem, 2008; Weitem, Lloyd, Dunn e Hammer, 2008).

- Respostas comportamentais, as respostas emocionais ao stresse que muitas vezes são indesejáveis tendem a ser amplamente automáticas face ao stresse. No entanto lidar eficazmente com o stresse a nível comportamental, pode desligar essas reações potencialmente prejudiciais emocionalmente e fisiologicamente (Weitem, 2008; Weitem, Lloyd, Dunn e Hammer, 2008).

A maioria das respostas comportamentais ao stresse envolvendo *coping*.

O *coping* refere-se a esforços ativos para dominar, reduzir ou tolerar as demandas criadas pelo stresse (Weitem, 2008; Weitem, Lloyd, Dunn e Hammer, 2008).

Segundo Brown (2007), é importante considerar como é que cada um dos seguintes estilos específicos de *coping* serve de uma proteção para a vítima.

- Negação, a negação pode ser um mecanismo de defesa poderoso de coping, estabelecido no início do evento traumático, a negação ajuda a isolar a vítima em relação a realidade de um evento traumático (Brown,2007).

- Dissociação é uma forma “inventiva” das vítimas, de modo a ajuda-las a distanciar-se de uma situação de abuso Brown (2007).

Durante o próprio abuso, a vítima emocionalmente “retira-se” do evento, ou seja, visualiza-se num lugar seguro de modo a proteger o seu núcleo emocional durante a vitimização (Brown,2007).

A definição de dissociação como um estado de alerta da consciência inclui sintomas de despersonalização e de realização que descrevem a função de proteção de dissociação (Brown,2007).

- Autos fragmentação, as vítimas interiorizam conceitos distintos sobre si mesmo. Elas podem desenvolver uma autoconstrução que consiste no “puro” mesmo antes da vitimização e “sujo” depois da vitimização. Assim as vítimas interiorizam esta quebra em si, o que resulta em uma visão de si mesmas em desarmonia (Brown,2007).

- Excitação, a hipervigilância das vítimas pode ser visto nas formas em que elas estão mais conscientes do que as outras, o seu ambiente, e os seus próprios esquemas de segurança pessoal através de um aumento da resposta automática (Brown,2007).

- Repressão, através da repressão, a vítima trabalha inconscientemente para manter as memórias do trauma de virem a superfície, desta forma, a negação pode permanecer intacta (Brown,2007).

Muitas vezes quando uma pessoa passa por uma experiência traumática pode desenvolver stresse pós-traumático, iremos agora abordar esta temática de modo a perceber um pouco melhor, o que é isso do stresse Pós-traumatico, quando surge e quanto tempo dura.

Stresse Pós-traumático

“...Atentados, catástrofes naturais, acidentes graves...muitas circunstâncias em que os sobreviventes, profundamente chocados com a proximidade da morte sofreram de um estado de stresse Pós-traumático, nos dias que se seguiram...”(Gloaguen, 2005, p.20)

Nos dias atuais, os seres humanos estão expostos a muitos tipos de perigos e ameaças, além das ameaças naturais há outras relacionadas com a sociedade.

Este tipo de ameaças podem desencadear ansiedade, sendo assim prejudicial à vida das pessoas quando se manifesta em situações inapropriados ou de forma desproporcional como é o caso dos transtornos de ansiedade (Angelotti, 2007; Neto, Gover & Furtado, 2003).

Tanto o transtorno de stresse pós-traumático (TSPT), e o transtorno de stresse agudo (TSA) são os distúrbios psiquiátricos mais conhecidos como consequência ao stresse traumático, o stresse agudo pode ser considerado, em alguns aspetos, como um transtorno de stresse pós-traumático de curta duração, com uma duração inferior a três meses (Angelotti, 2007; Crocq, 2007; Dierick, Peuskens, Ansseau, D'Haenen & Linkowski, 2003; Neto, Gover, Furtado, 2003; Vaiva, 2005).

Segundo Bruno & Oldenburg (2005); Neto, Gover & Furtado (2003) a perturbação de stresse pós-traumático, é caracterizado por uma condição que pode surgir após a ocorrência de um evento no qual a pessoa tenha sido vítima de uma agressão física, de maneira violenta, ou tenha sofrido muitas ameaças, assaltos, desastres, acidentes, guerras, entre outras coisas (Bruno & Oldenburg,2005; Neto, Gover & Furtado,2003).

Familiars das vítimas também podem desenvolver as mesmas condições e pode surgir em qualquer idade, até mesmo na infância (Bruno & Oldenburg, 2005; Neto, Gover & Furtado, 2003).

Assim os sintomas característicos desta problemática são alterações do sono, distúrbios emocionais, depressão, ansiedade, sentimento de culpa, irritabilidade e a revivência persistente do evento traumático. Além disso, podem ocorrer ou/e ser observado sintomas fisiológicos tal como; cefaleias, alterações gastrointestinais, tonturas, dor torácica e mal-estar, sintomas fisiológicos de hipervigilância; insônia e raiva (Bruno & Oldenburg, 2005; Neto, Gover & Furtado, 2003).

Independentemente do que causa um acontecimento traumático, a reação comum é a desorganização completa, ou seja, ocorre uma desorganização interna.

A visão que a pessoa tem do mundo normal muda repentinamente, os padrões de pensamento são interrompidos e ela pode sentir-se insegura em relação a si mesma e em relação aos outros (Bruno & Oldenburg, 2005).

Segundo Angelotti (2007), a terapia cognitivo-comportamental é recomendada no tratamento do stress agudo e no stress pós traumático.

Conforme Guay & Marchand (2006), um episódio traumático, constitui uma experiência difícil para o indivíduo. É possível constatar que o impacto de um episódio traumático terá uma maior precursão num indivíduo que se encontre com uma condição psicológica fragilizada, por exemplo as mulheres vítimas de violência doméstica (Guay & Marchand, 2006).

Quando as pessoas são expostas a uma situação de perigo, como por exemplo no caso das vítimas de crimes (assalto, violência doméstica entre outros), é desencadeado um sentimento de medo, iremos então compreender o que é o medo, e como é que este sentimento é desencadeado.

Medo

O medo é uma herança evolutiva, que leva um organismo a evitar ameaças, sendo um contribui vital para a sobrevivência (Camargo, 2001).

É uma emoção produzida pela percepção de um perigo presente ou eminente, sendo normal em situações apropriadas. Se houvesse uma ausência de medo, poucos poderiam sobreviver por longo tempo, em condições naturais (André, 2004; Neto, 2000; Novaes, 2007).

Podemos dizer então, que é impossível viver sem medo, contudo o medo deve ser, entendido com atributo saudável, imprescindível e que protege o ser humano dos perigos que o cercam (André, 2004; Neto, 2000; Novaes, 2007).

Vejamos então, em termos neurológicos como se manifesta o medo.

Segundo alguns autores, (Alves, 2002; Caldas, 2000; Greco, 2006; Habib, 2003; Lima, 2006; Oliveira, 2005; Stemme, 2004) o cérebro humano é dividido em dois hemisférios, o direito e o esquerdo.

Em cada hemisfério existe uma amígdala do formato de uma amêndoa, conhecida como amígdala cortical, estas desempenham um papel decisivo nas questões emocionais.

Assim, as amígdalas funcionam como verdadeiras sentinelas avançadas do cérebro, ou seja, é a amígdala que dá o sinal do alarme durante uma situação de perigo enviando mensagens urgentes as principais partes do cérebro localizadas no hipotálamo (Alves, 2002; Caldas, 2000; Damasio, e Blanc 2006; Fleury, Khouri e Hug, 2008; Greco, 2006; Habib, 2003; Lima, 2006; Oliveira, 2005; Stemme, 2004).

A amígdala é responsável pelas questões emocionais do ser humano, sem estas não existiriam emoções (Camargo, 2001).

Numa situação de medo o cérebro age, ou seja, quando um ruído ou uma ameaça chega aos ouvidos passa pelo tronco cerebral, chega ao tálamo e daí dirige-se para a amígdala e ao hipocampo de onde se espalha pelas várias áreas do cérebro (Camargo, 2001).

Porém este medo deve ser um medo “saudável”, que contribua para a nossa proteção e sobrevivência e não um medo irracional, que nos faz viver a vida com medo (André, 2004; Novaes, 2007 & Neto, 2000).

Quando uma pessoa sofre um assalto, é provável que a maioria das pessoas, em tal situação, experimente medo em uma determinada intensidade. Intensidade essa, suficiente para inibir qualquer atitude como por exemplo reagir em relação ao assaltante, protegendo-se dessa forma de ser atingido (Neto, 2000).

Por outro lado, se a intensidade do medo fosse excessiva, esse alguém poderia ter uma atitude mais descontrolada, tal como gritar ou tentar fugir levando assim a consequências tão ou mais nefastas que o não reagir. Assim, o medo deve estar presente em uma intensidade ideal nem mais nem menos (Neto, 2000).

Quando o medo é excessivo, ou quando ocorre em situações em que a maior parte das pessoas não o manifestariam, tornando-se dessa forma exagerado ou irracional, passando a ser considerado um medo anormal, ou melhor patológico, podendo-se converter assim em um transtorno ansioso (Neto, 2000).

Pode-se dizer portanto, que a ansiedade é uma emoção semelhante ao medo mas emerge sem que haja uma fonte de perigo real (Neto, 2000).

Depois de nos termos debruçado sobre a temática de violência, vítima/vitimização, iremos de seguida compreender o que é a violência doméstica, porque ocorre e quando ocorre.

Violência Doméstica

“...A violência contra as mulheres é talvez a mais vergonhosa violação dos direitos humanos, não conhecem fronteiras geográficas, culturais ou de riqueza. Enquanto se mantiver, não podemos afirmar que fizemos verdadeiros progressos em direção à igualdade, ao desenvolvimento e à paz...”
(Mendonça, 2000, p.75)

Como podemos constatar na temática anterior, a violência é considerada um ato violento ou de violentar, e traz consigo significados como a impetuosidade, intimidação, intensidade e o uso da força bruta (Araújo & Mattioli, 2004).

A violência doméstica encontra-se inserida num dos critérios da violência intencional. O termo de violência doméstica refere-se a qualquer ato, conduta ou omissão que sirva para infligir, reiteradamente ou não, e com intensidade, sofrimentos físicos, psicológicos, sexuais e/ou económico ⁽¹⁾ de modo direto ou indireto, a qualquer pessoa que habite no mesmo agregado doméstico privado, ou não, isto é, pode ser também exercida por ex-companheiro, ex-cônjuge ou Ex- namorado.

A violência doméstica, não ocorre apenas na classe socioeconómica baixa e/ou em famílias com dificuldades financeiras, mas também ocorre em classes médias e altas (Arcand, Gravel e Harper, 2008; Blay, 2008; Campos, 2008; Cervený, 2006; Chamberland, 2003; Coutanceau, 2006; Couto, 2005; Gonçalves e Machado, 2002; Grossi e Werba, 2001; Mullender, 2000; Nações Unidas, 2003; Solórzano, 2003; Strey, Neto, Horta, 2007).

(1) Económica: é um ato exercido pelo cônjuge em relação a vítima, é uma forma de controlar e dominar a vítima devido a esta não ter acesso ao dinheiro ou não ter rendimentos e assim ficar dependente do agressor/cônjuge (Chamberland, 2003); (APAV, 2000).

Podemos, constatar na Tabela 1 que na violência doméstica cerca de 30% correspondem a maus tratos físicos e 36,8% de maus tratos psicológicos.

Tabela 1- violência doméstica

	N	%
sentido estrito		
maus tratos físicos	3916	30
maus tratos psicológicos	4804	36,8
ameaça/coacção	2672	20,4
injúrias/difamação	1443	11
ofensas sexuais	237	1,8
Total parcial	13072	100

Retirado do Site: www.apav.pt (2010)

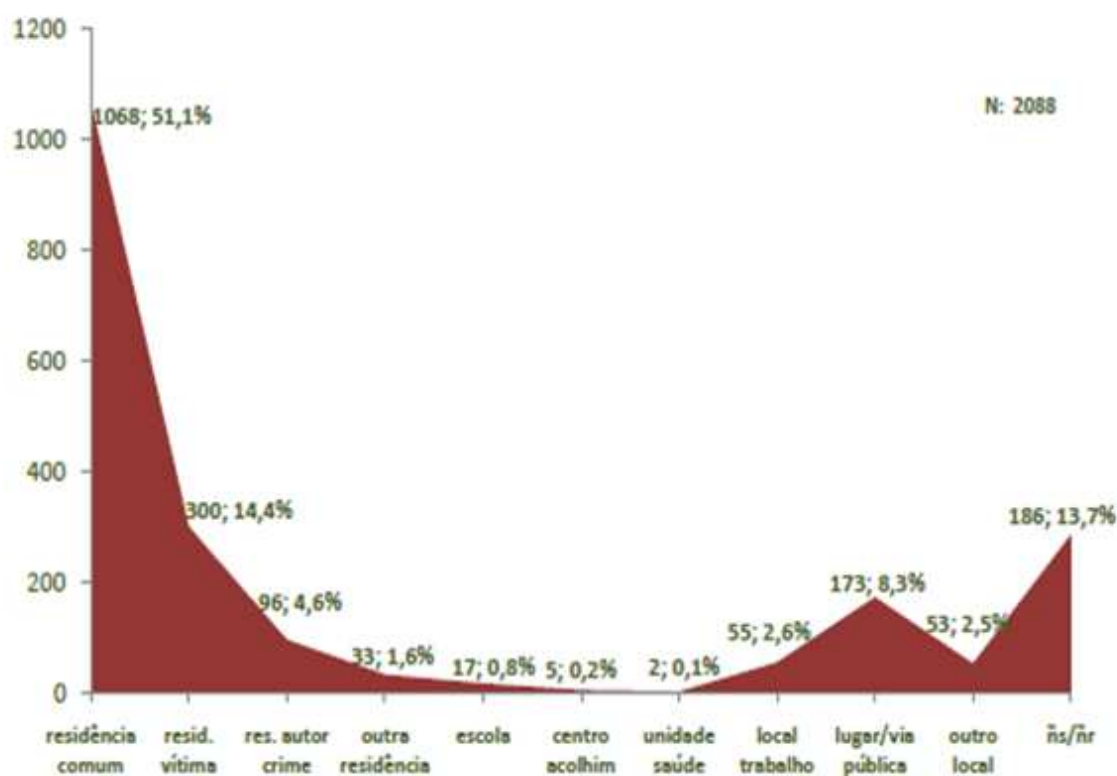
Convém salientar que existe diferença entre violência doméstica e violência intrafamiliar.

A violência intrafamiliar recai exclusivamente sobre os membros da família nuclear ou extensa, embora não esteja restrita ao território do domicílio. Portanto difere do conceito de violência doméstica por incluir também “os outros membros do grupo, sem função parental” por exemplo; tio/a, avô/avó, primo/a, sobrinho/a entre outros (Cunha, 2007; Ferrari & Vecina, 2002).

O exercício da violência doméstica ocorre na maioria das vezes no interior da casa/habitação, em que a vítima e o agressor coabitam o que acontece em cerca de 51,1% dos casos da APAV como podemos observar na Figura 7.

Tendo em conta o grau relacional entre vítima e autor do crime, o local do crime mais assinalado é a residência comum (51, 1%)

Figura 7 - local do crime



Retirado do Site: www.apav.pt (2009)

Contudo esta violência também pode ocorrer em locais públicos, por exemplo na rua, no trabalho, em áreas de lazer, numa festa, entre outros locais, não se limitando apenas à habitação comum (Blay, 2008; Nações Unidas, 2003).

O primeiro ataque à integridade e ao sentimento de segurança física da mulher e da criança, por meios físicos é de gravidade variável podendo ir desde um abanão/estalo até ao homicídio (Bee, Boyd & Gosselin 2003; Chamberland, 2003; Cunha, 2007; Nações Unidas, 2003; Schraiber, D'Oliveira, Falcão & Figueiredo, 2005).

Segundo os autores, Marshall, Damon & Feinberg (2011), a maior parte da violência doméstica é de gravidade moderada (por exemplo, empurrar, agarrar, puxar, chamar nomes), este tipo de violência é designada como "violência de casal comum", ou seja, este tipo de violência pode ser praticado tanto pelo homem como pela mulher, neste caso este tipo de violência pode ser desencadeado por uma série de tensões conjugais ou até mesmo de um conflito específico, e a intensidade não aumentam ao longo da vida do casal (Marshall, et al, 2011)

A violência de casal comum, em contraste com a violência doméstica mais grave é designada como "terrorismo patriarcal", ou seja, neste caso é um tipo de violência praticado pelo homem sobre a mulher de forma sistemática e com tendência para aumentar não só em termos de violência como também de gravidade (Marshall, et al, 2011).

Segundo Couto (2005), o foco principal de todas as formas de violência é o medo que se desencadeia na pessoa, ou seja, o medo a que a pessoa está submetida. O medo produz uma mudança no funcionamento orgânico, promovendo uma transformação no comportamento e na personalidade da pessoa, que é submetida a esse medo (Couto, 2005).

Para o autor Ross (2011), o medo tem sido designado como um mecanismo utilizado pelos homens agressores para dominarem ou controlarem as suas companheiras.

A força física é a forma mais fácil de produzir o medo, podendo chegar nos casos extremos à tortura e a morte. O seu objetivo consiste em produzir na vítima um

sentimento de insegurança e fortes respostas emocionais de submissão (APAV, 2000; Couto, 2005; Lachapelle & Forest, 2000).

Quando este processo ocorre a pessoa submetida às formas mais diversas de violência torna-se mais suscetível a responder ao agressor conforme este deseja, a vítima anula-se muitas vezes na sua própria subjetividade, ou seja, em prol das vontades do agressor (APAV, 2000; Couto, 2005; Lachapelle & Forest, 2000).

Acontece por vezes a vítima de violência doméstica, ver-se coagida a mudar o seu ponto de vista e a sua própria maneira de pensar, e manifestar uma atitude de empatia e de aceitação do domínio que o agressor possui sobre si (APAV, 2000).

Segundo alguns autores, Campos, (2008); Coutanceau, (2006) & Magalhães, (2005), a origem da violência doméstica contra a mulher está nas relações de poder e desigualdade entre os sexos, na nossa sociedade. A cultura também é um fator que contribui para essa discriminação, ou seja, o poder que o homem exerce sobre a mulher. A cultura patriarcal constitui-se tomando o masculino como norma, o que transforma as mulheres em sujeitos socialmente inferiores, passíveis das mais perversas formas de exploração e opressão (Campos, 2008; Coutanceau, 2006 & Magalhães, 2005).

Para os mesmos autores, cria-se no imaginário social uma justificativa para a violência que se produz, e faz com que as mulheres não denunciem os seus maridos, na esperança de que a crise acabe e com ela acabe também a violência (Campos, 2008; Coutanceau, 2006 & Magalhães, 2005).

Segundo, APAV, (2000) e Magalhães, (2005), muitas vezes as mulheres esperam algum tempo ou até mesmo anos para denunciarem os seus maridos pois estão sempre na expectativa de que o seu companheiro venha a modificar-se ou mudar.

Já para os autores, Bee, Boyd & Gosselin, (2003); Cunha, (2007) & Magalhães, (2005) esta problemática pode surgir devido a uma crise financeira mas não tem nela o seu fundamento, ou seja, existem outros pontos ressaltados para justificar a violência doméstica tais como o consumo de álcool e de outras drogas

Também Magalhães (2005) considera que existe uma representação social sobre a mulher que sofre de violência por parte do companheiro, que enfatiza a natureza feminina “passiva/submissa”, em contraponto a natureza masculina agressiva e ativa. Esse dado de “natureza” é agravada pela crise financeira e pelo consumo de substâncias, em especial pelo álcool.

Assim como Bee, Boyd & Gosselin, (2003); Strey, Neto & Horta, (2007), um dos fatores responsáveis pela violência doméstica para além do ciúme, das diferenças de poder e *status* entre o casal, o baixo controle dos impulsos agressivos entre outros, é o abuso de álcool e de outras drogas.

Para Magalhães (2005), estudos têm comprovado que o alcoolismo não é o acusador de violência, o álcool no máximo, “liberta” o indivíduo para que tal ato ocorra.

Contudo Chamberland (2003), refere que nas cresças culturais, existe um número de características de personalidade dos agressores e vítimas que são associados à violência domestica. Estas características de personalidade estão presentes não só em casais heterossexuais como em casais homossexuais onde se manifesta a violência doméstica.

Porém APAV, (2000); Chamberland, (2003); Magalhães, (2005) e Serafim, Barros & Rigonatti, (2006), determinam que estas características incluem uma tendência ao ciúme irracional, a dependência (pode ser por exemplo emocional ou económica), a necessidade de controlo, as mudanças de humor repentinas e um temperamento impulsivo.

Quando se fala de violência doméstica, não se pode deixar de fazer referência ao ciclo da violência, pois é um ciclo vicioso em que muitas das vítimas se encontram inseridas, observemos então em que consiste o ciclo da violência doméstica.

Ciclo da Violência

Nos temas anteriores foi descrito em que consiste a violência doméstica, os locais em que ocorre, contudo irá agora ser abordado como se inicia essa violência.

Segundo Deaton e Hertica (2003) inicialmente, a relação não inclui violência, um dos motivos que mantém muitas das vítimas com o agressor é que a violência, ocorre lentamente (muitas vezes começa com discussões, gritos, acusações, acabando por chegar a violência) em períodos prolongados.

O ciclo é sedutor (tentador) e intensificante (piora ao longo do tempo) (APAV, 2000; Cunha, 2007; Deaton e Hertica, 2003 & Magalhães, 2005).

Ao princípio é difícil ver que o comportamento do seu parceiro, pode causar danos e pode tornar-se perigoso, ou seja, o comportamento torna-se cada vez mais violento com o passar do tempo começa com agressões verbais, passando para as físicas e/ou sexuais, podendo atingir assim ameaças de morte e até mesmo o homicídio (APAV, 2000; Cunha, 2007; Deaton e Hertica, 2003 & Nações unidas, 2003).

Este ciclo é composto por três fases, vejamos então:

1) *Fase de Aumento da Tensão*; as tensões vividas no quotidiano são acumuladas pelo agressor, tensões que ele não sabe resolver sem o recurso à violência, cria um ambiente de eminente perigo para a mulher vítima, que é culpabilizada por tais tensões.

Sob qualquer pretexto, o agressor vai projectar todas as suas tensões sobre a mulher vítima (APAV, 2000; Cerveny, 2006; Cunha, 2007; Deaton & Hertica, 2003).

Os pretextos podem ser muito simples, recorrendo o ofensor a situações do quotidiano familiar, como, por exemplo, acusar a mulher vítima de não ter levado bem a louça, de ter cozinhado comida que não é do seu agrado, de não ter tratado adequadamente da sua roupa entre outras coisas, pode também acusá-la de ter amantes (APAV, 2000; Cervený, 2006; Cunha, 2007; Deaton & Hertica, 2003).

O aumento da tensão pode resultar em discussão entre ambos, e pode ainda ser facilitado pelo uso de drogas ou bebidas alcoólicas (APAV, 2000; Cervený, 2006; Cunha, 2007; Deaton & Hertica, 2003).

2) *Fase do ataque Violento*; o agressor maltrata, física e psicologicamente a mulher vítima, que procura defender-se apenas pela passividade, esperando que ele pare e não avance com mais violência. Este tipo de ataque pode ser de grande intensidade, ficando, por vezes, a mulher vítima em estado bastante grave, necessitando de tratamento médico ao qual ele nem sempre lhe dá acesso imediato (APAV, 2000; Cervený, 2006; Cunha, 2007; Deaton & Hertica, 2003).

3) *Fase do Apaziguamento*; o agressor, depois de a tensão ter sido direcionada, sob a forma de violência, sobre a mulher vítima, manifesta arrependimento e promete não voltar a ser violento para com esta. Pode invocar motivos para que ela desculpe o seu comportamento como, por exemplo, ter corrido mal o dia de trabalho, ter-se embriagado etc. (APAV, 2000; Cervený, 2006; Cunha, 2007; Deaton & Hertica, 2003).

Para reforçar o seu pedido de desculpas, trata delicadamente a mulher vítima, fazendo-a acreditar que, de facto, foi essa a última vez que ele se descontrolou. Assim o agressor envolve a mulher vítima, tratando-a bem e seduzindo-a, esta fase é também chamada a fase de lua-de-mel (APAV, 2000; Cervený, 2006; Cunha, 2007; Deaton & Hertica, 2003).

Pode-se dizer então que este Ciclo é vivido pela mulher vítima numa constante de medo, esperança e amor. Esse medo que sente é motivado pelas experiências de violência já vivenciadas e pelo perigo, que é real e está sempre presente (APAV, 2000; Cervený, 2006; Cunha, 2007; Deaton & Hertica, 2003).

A esperança que sente prende-se com a vontade que tem que o seu projeto de vida seja bem-sucedido, pois nele muito investiu e porque nele identifica aspetos positivos, mesmo com os aspetos negativos da violência (APAV, 2000; Cervený, 2006; Cunha, 2007; Deaton & Hertica, 2003).

Um dos aspetos positivos que encontra é o amor que continua a sentir por aquele com quem casou ou com quem vive maritalmente e também o amor que o ofensor manifesta sentir nos períodos em que se arrepende da violência que exerceu (Lua de Mel) como já foi referido em cima (APAV, 2000; Cervený, 2006 & Cunha, 2007).

O Ciclo da Violência doméstica dificulta muito as tomadas de decisão da mulher vítima, pois esta vive nele fases muito dramáticas (a tensão e o ataque violento), mas que terminam numa fase considerada gratificante (o apaziguamento), na qual a sua esperança de ter uma conjugalidade sem violência faz acreditar e tentar novamente o projecto de vida sonhado (APAV, 2000; Deaton & Hertica, 2003).

Este ciclo caracteriza-se pela sua continuidade no tempo, isto é, pela sua repetição sucessiva, podendo ser cada vez menores as fases da tensão e do apaziguamento e cada vez maior e mais intensa a fase do ataque violento, que pode resultar em homicídio conjugal (APAV, 2000; Deaton & Hertica, 2003).

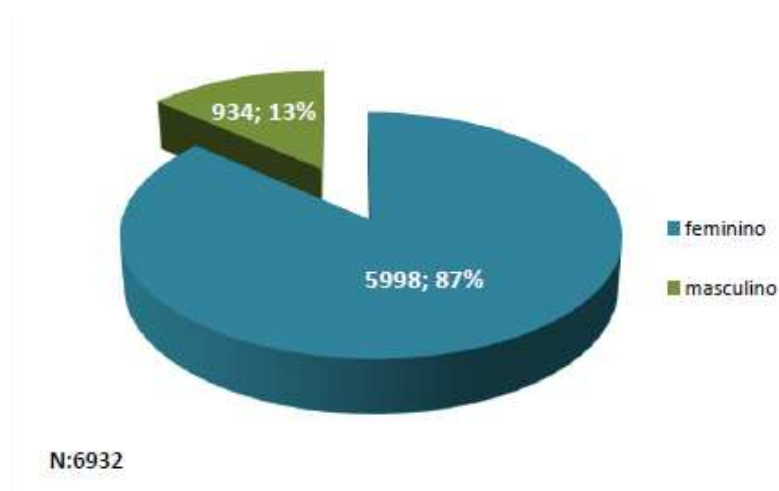
De seguida irá ser abordado o tema mulher vítima de violência doméstica.

Segundo os autores, Strey, Neto & Horta (2007), a violência doméstica, cumpre os seus objetivos principais, que são os da intimidação e do controle (como já foi referido em

cima). Desta forma, afeta principalmente os membros mais frágeis de família que são as mulheres e as crianças (Strey et al., 2007).

Apesar dos homens e rapazes também serem vítimas de violência doméstica, segundo as estatísticas da APAV e como podemos observar na Figura 8, é demonstrado que cerca de 13% de homens são vítimas e cerca de 87% são mulheres, assim pode-se constatar que a grande maioria das vítimas são mulheres e raparigas.

Figura 8- sexo da vítima



Retirado do Site: www.apav.pt (2010)

Mulheres vítimas de violência doméstica

Como podemos observar nas estatísticas da APAV, a grande percentagem das vítimas são na sua maioria as mulheres, deste modo iremos então abordar esta temática das mulheres vítimas.

A problemática da violência doméstica, pode ser uma realidade de muitas mulheres e pode ser identificada como um sistema cíclico, (como já referido, no ciclo da violência doméstica).

Contudo, não significa que as reações das mulheres (vítimas) sejam iguais ou que estas tenham o mesmo tipo de reação (APAV, 2000).

Cada mulher é um ser único, possui experiências de vida únicas, embora a experiência possa ser igual ou idêntica, cada pessoa vivencia-a de maneira diferente consoante a sua personalidade, os seus valores, a sua educação (APAV, 2000).

Entre outros aspetos, a relação com o agressor, a história de vida anterior, os apoios que tem, a violência implicada e todos os atos que a constituem, o impacto que tem em si e sobretudo o significado que ela (vítima) atribui a cada um desses atos determinam a singularidade da sua reação (APAV, 2000; Serafim, Barros & Rigonatti, 2006)

Ainda assim, apesar de a reação de cada mulher vítima ser única torna-se possível identificar um conjunto de características comuns a todas elas (APAV, 2000).

Essas características consistem em distúrbios cognitivos e de memória, comportamentos depressivos ou de grande evitamento e distúrbios de ansiedade (APAV, 2000).

Segundo o mesmo autor, as vítimas podem ainda apresentar as seguintes características;

a) Acreditar em mitos, relacionados com as relações conjugais violentas;

- b) Ter uma visão tradicionalista relativamente à relação conjugal e acreditar fortemente; na unidade familiar e nos estereótipos relativos aos papéis dos diferentes sexos.
- c) Ter assimilado desde cedo a submissão à vontade do homem como algo natural;
- d) Ter dificuldade em aceitar a ideia de fracasso na relação;
- e) Ter um conceito de amor que leva ao sacrifício e a dependência absoluta do cônjuge ou companheiro matrimonial (APAV, 2000, p.25).

Outra característica determinante de permanência da mulher vítima de violência numa relação é o desconhecimento dos seus direitos, tendo este desconhecimento consequências graves, tais como não se considerar vítima ou não ter noção de que é vítima de um crime público (APAV, 2000).

Muitas mulheres vítimas possuem ainda, muitas dificuldades económicas e sociais com as quais terão de se debater se desejarem sair do ciclo de violência doméstica (APAV, 2000; Chamberland, 2003; Krug, 2002; Serafim, Barros & Rigonatti, 2006).

Segundo Bee, Boyd & Gosselin (2003), as vítimas de violência doméstica são mais suscetíveis de terem sido maltratadas durante a sua infância do que as que não sofrem de violência.

Também para Serafim, Barros & Rigonatti (2006), as mulheres que sofrem de violência doméstica, têm alguns aspetos psicológicos comuns, isto é, como por exemplo manter a cumplicidade com as atitudes agressivas do parceiro, pois vieram de famílias onde a violência e os castigos físicos faziam parte do quotidiano (Serafim et al., 2006).

Segundo os autores, Iverson, Shenk e Fruzzetti (2009), vários estudos tem-se concentrado sobre as consequências do abuso psicológico sobre as mulheres vítimas de violência doméstica, uma das consequências de uma co-ocorrência do abuso físico, desenvolve assim nas mulheres vitimas efeitos emocionais prejudiciais, tais como a

vergonha, ansiedade e culpa. Contudo, estes efeitos emocionais também podem ocorrer mesmo quando há ausência de um abuso físico.

Outro dos efeitos da violência doméstica, consiste em que as mulheres vítimas de violência doméstica, estão em risco de uma revitimização nas suas relações futuras (Iverson, et al 2009).

Segundo os autores Serafim, Barros & Rigonatti (2006), quando escolhem um parceiro, mesmo sem perceber, têm tendência para um dado tipo de padrão, isto é, uma tendência para escolher homens mais agressivos, embora na época de namoro estes já praticassem a violência (violência no namoro) contudo eram vistos como protetores (Serafim et al., 2006).

Segundo Bee, Boyd & Gosselin (2003) a idade também constitui um outro fator; as mulheres mais novas (16 aos 24 anos) são mais expostas a violência doméstica que as mulheres mais velhas, ou seja, esta tendência pode ser atribuída ao facto de que as mulheres mais novas, são menos autónomas devido ao seu baixo nível de educação ou à sua falta de experiência que por vezes, é um fator que remete em dificuldade de acesso no mercado de trabalho (Bee et al., 2003)

Vejamos então na Tabela 2, segundo as estatísticas da APAV as idades das vítimas em que há maior ocorrência de violência.

Tabela 2 – idade da vítima

	N	%
0-3anos	60	0,9
4-5anos	55	0,8
6-10anos	147	2,1
11-17anos	318	4,6
18-25anos	434	6,3
26-35anos	802	11,6
36-45anos	1003	14,5
46-55anos	693	10
56-64anos	373	5,4
65+	610	8,8
ñs/ñr	2437	35,2
Total	6932	100

Retirado do Site www.apav.pt (2010)

Muitas vezes as mulheres mais jovens têm a desvantagem de serem forçadas a ocuparem-se das suas crianças, porque não podem contratar alguém que fique com as crianças nem podem pagar uma creche (Bee, Boyd & Gosselin, 2003).

Naturalmente, muitas destas mulheres continuam a sofrer de violência do seu companheiro, e creem que não há outras opções (Bee et al., 2003).

Contudo Lachapelle & Forest (2000) afirmam que muitas vezes as mulheres vítimas são acusadas pelos agressores, de serem responsáveis pelas agressões sofridas. Consequentemente, as mulheres interiorizam a culpa por o seu companheiro ou cônjuge ser violento (Lachapelle & Forest, 2000).

As mulheres vítimas de violência doméstica, muitas vezes acreditam que provocam a violência, através do seu comportamento, das suas atitudes ou as suas palavras, ou seja, devido a este tipo de pensamento é que muitas mulheres não se

consideram vítimas de crime (APAV, 2000; Cunha, 2007; Lachapelle e Forest, 2000; Serafim, Barros & Rigonatti, 2006).

A violência doméstica tende a minar a auto-estima das mulheres que são vítimas.

As mulheres vítimas não têm mais confiança, já não conseguem ver as suas capacidades e os seus pontos fortes, as suas qualidades (APAV, 2000; Cunha, 2007; Magalhães, 2005; Serafim, Barros & Rigonatti, 2006).

Para os autores Iverson, Shenk e Fruzzetti (2009), nas situações de violência doméstica as mulheres vítimas, sofrem alterações nos seus comportamentos, ou seja, tornam-se mais hipervigilantes, e sofrem alterações de humor, desenvolvendo assim grandes níveis de emoções negativas, tais como tristeza, medo, ansiedade, vergonha, etc. (Iverson, et al, 2009).

Dado o ambiente stressante a que estão sujeitas, e devido ao relacionamento abusivo que vivem, estas mulheres podem sentir mais dificuldade ou demorar mais tempo a voltarem a sua base emocional normal (Iverson, et al, 2009).

Assim dados os vários problemas emocionais que resultam da violência doméstica, a regulação emocional é um alvo de tratamento importante (Iverson, et al, 2009).

Elas têm medo de ficar sozinhas, e não se conseguem imaginar sem o seu companheiro mesmo que este lhes faça mal (APAV, 2000; Cunha, 2007; Magalhães, 2005; Serafim, Barros & Rigonatti, 2006).

Assim as mulheres integram os valores particulares, sociais ou religiosos que lhes são impostos e suportam a violência como se ela fosse inevitável e até mesmo normal.

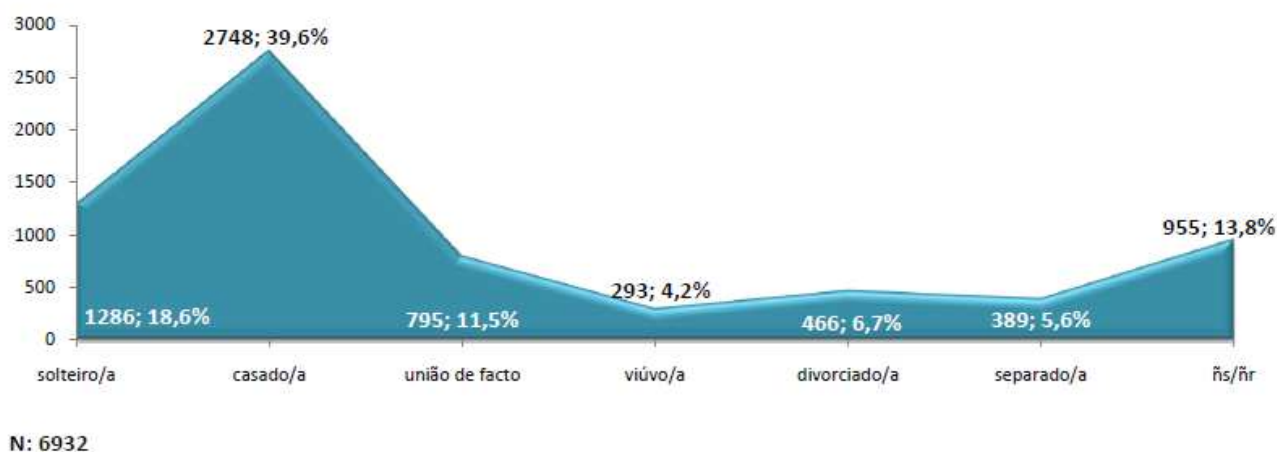
Portanto o poder utilizado pelo homem sobre a mulher é utilizado como um meio de coerção e não é questionado por esta (APAV, 2000; Cunha, 2007; Lachapelle e Forest, 2000; Serafim, Barros & Rigonatti, 2006).

Segundo Arcand, Gravel & Harper (2008) a custódia e a visita aos filhos pode ser uma oportunidade que o ex-companheiro/ex-marido procura para continuar a exercer a violência doméstica. Senão vejamos, como se pode constatar, a violência doméstica particularmente na sua forma de perseguição, continua a afetar a vida das mulheres vítimas mesmo depois da sua relação conjugal acabar (Arcand et al., 2008).

Assim as mulheres vítimas que são mães, são mais suscetíveis de continuarem a ser vítimas do que as mulheres vítimas sem filhos, pois têm que manter o contacto com o ex-companheiro por causa das crianças (Arcand et al., 2008).

Observemos nesse caso a Figura 9, e segundo as estatísticas da APAV relativamente ao estado civil das vítimas.

Figura 9 – estado civil da vítima



Retirado do Site www.apav.pt (2010)

Portanto, certos homens violentos procuram por todos os meios para obter a guarda conjugal ou a exercer os seus direitos de visita, a fim de continuarem a perseguir e a controlar a sua ex-cônjuge (Arcand, Gravel & Harper, 2008).

Depois de percebermos um pouco melhor a situação das mulheres vítimas de violência doméstica, o que elas sentem, o porquê de continuarem muitas delas ao lado dos agressores, veremos de seguida os homens agressores e o porquê de cometerem tais atos para com as suas mulheres/companheiras.

Homens Violentos

Segundo os autores Caldwell, Swan, & Woodbrown (2012) estipulam que em praticamente todas as culturas tradicionais os homens têm o direito de exercer autoridade sobre as suas famílias e sobre as suas parceiras.

Os mesmos autores afirmam que para além das normas culturais sobre o direito e o poder que os homens exercem sobre as suas famílias e companheiras, outros fatores relacionados com o género também tem influencia quando se fala de violência doméstica, é o caso de que os homens são tipicamente maiores e mais fortes do que suas parceiras. Assim, os homens terão um maior poder físico do que as mulheres. (Caldwell, et al, 2012).

Segundo os autores Reidy, Shirk, Sloan, Zeichner (2009) a hipermasculinidade representa uma forma de adesão ao papel de género masculino e abrange atitudes sexuais direcionadas as mulheres, e as crenças que o perigo é excitante e a violência é viril. A hipermasculinidade é um traço que predispõe os homens para afirmarem o poder e o domínio físico. Atos como agressão sexual e agressão física podem ser vistos como sendo o desejo de manter o domínio e a expressar na adesão às normas de género masculino. Uma pesquisa indicou também que hipermasculinidade prevê a agressão física (Reidy, 2009).

Segundo os autores, (Bee, Boyd & Gosselin, 2003; Lachapelle & Forest, 2000), os homens que exercem ou agem de maneira violenta com a sua companheira/o, geralmente funcionam de forma normal em sociedade, ou seja, apresentam um comportamento adequado no seu meio de trabalho e perante a sociedade em geral, contudo em casa são violentos para com as suas companheiras.

Através das estatísticas da APAV, poderemos observar na Tabela 3, que a faixa etária do agressor que pratica mais violência é entre os 26 anos e os 45 anos.

Tabela 3- idade do/a autor/a do crime

	N	%
0-10anos	14	---
11-17anos	48	0,7
18-25anos	176	2,5
26-35anos	503	7,3
36-45anos	735	10,6
46-55anos	575	8,3
56-64anos	248	3,6
65+	266	3,8
ñs/ñr	4367	63
Total	6932	100

Retirado do site www.apav.pt (2010)

No trabalho todos tem uma boa impressão do agressor, pois este age de forma gentil para com todos e é sempre prestável, assim nunca suspeitaram que este será um agressor. Em relação ao domínio e controle que este exerce sobre a sua companheira, é usada a violência para resolver os conflitos (Bee, Boyd, Gosselin, 2003; Lachapelle & Forest, 2000).

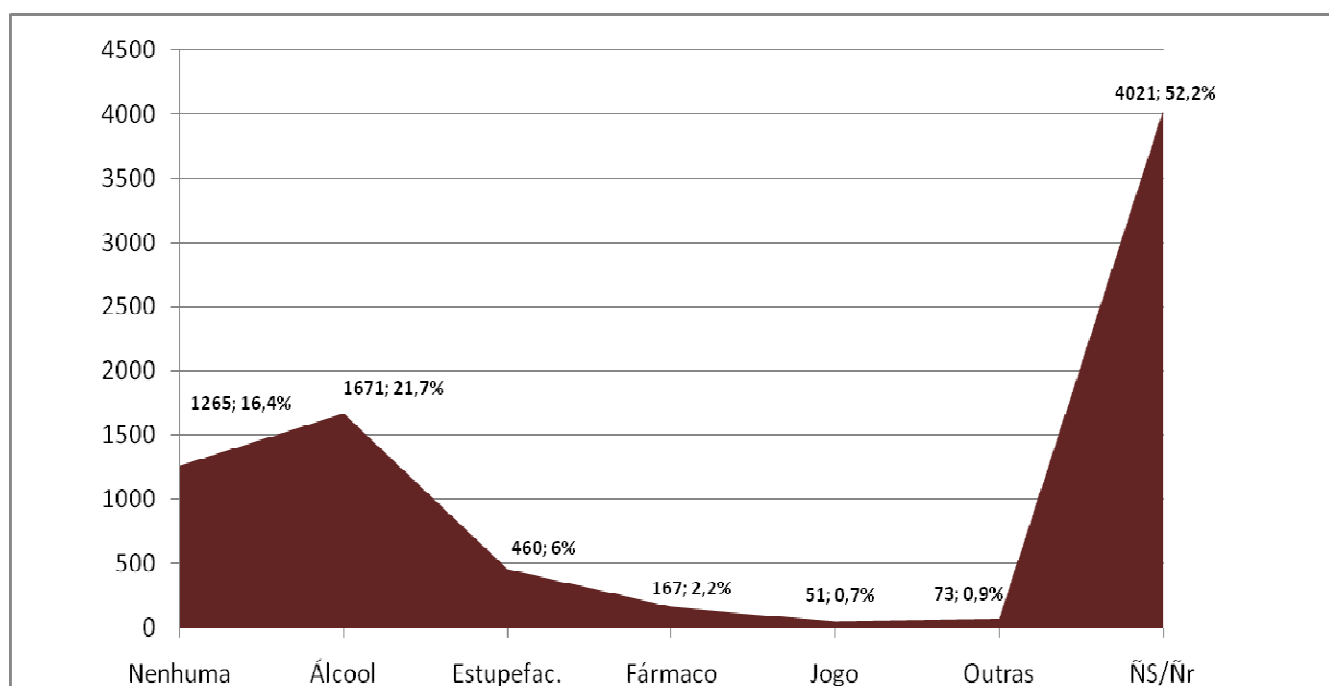
Segundo os autores Stuart, Temple, Follansbee, Bucossi, Hellmuth e Moore, (2008), estudos têm demonstrado uma forte relação entre o uso de drogas ilícitas e a violência doméstica, particularmente entre os agressores do sexo masculino. O uso de álcool pode ter impacto na violência doméstica, assim o consumo de álcool é uma componente importante no desenvolvimento e nos padrões da violência doméstica.

Os autores Levinson, Giancola, Parrott, (2012) defendem que o álcool é mais suscetível de facilitar a agressão para as pessoas com maiores níveis de agressividade, isto é, que apresentem traços direcionados para a raiva, hostilidade, e crenças permissivas para a violência

Relativamente aos autores Bee, Boyd & Gosselin, (2003) & Strey, Neto & Horta, (2007) afirmam que os problemas de álcool e de droga, são mais comum entre agressores e vítimas do que nos parceiros não violentos.

Segundo as estatísticas da APAV, revelam que cerca de 21,7% dos homens violentos consomem álcool e cerca de 6% consome estupefacientes, conforme demonstrado na Figura 10 (Retirado do site: www.apav.pt (2010))

Figura 10 – homens agressores consumos



Pode-se encontrar evidências entre os agressores do sexo masculino, tais como: *Necessidade de controlo*; os homens que exercem violência, normalmente não perdem o controlo. Muito pelo contrário, eles exercem controlo permanente sobre os seus familiares e sobre eles mesmos (APAV, 2000)

Utilizam a violência como uma ferramenta/utensílio para impor o seu ponto de vista à sua companheira e controlar todos os aspetos da sua vida. As suas saídas, as suas atividades, os seus contactos sociais e o controlo das suas despesas (APAV, 2000).

Contudo segundo o autor Ross (2011) além da violência física, o agressor, muitas vezes usa táticas “não-violentas” para manter o poder e controle, tais como as ameaças e restrição financeira.

Observam tudo e prestam muita atenção às reações dos outros, e na maioria das vezes, quando agredem a sua companheira, fazem-no de forma consciente (APAV, 2000).

Quando as suas mulheres vão ao hospital, dão a desculpa que elas caíram (APAV, 2000; Lachapelle & Forest, 2000).

Negação dos comportamentos violentos; os homens violentos recusam geralmente admitir que têm um problema. Têm tendência a minimizar ou a omitir a frequência ou a gravidade das agressões que podem ser verbais, psicológicas, sexuais ou físicas (APAV, 2000; Bee, Boyd, Gosselin, 2003; Lachapelle & Forest, 2000).

O que significa que eles não têm intenção de mudar, e nem colocam em causa as suas atitudes, negando assim o seu comportamento violento.

Procuram escapar a justiça e raramente procuram ajuda nos serviços de saúde (hospitais/centro de saúde/psicólogos ou psiquiatras) ou sociais (Bee, Boyd, Gosselin, 2003; Lachapelle & Forest, 2000).

Na maioria das vezes guardam para si os seus rancores e raramente sentem remorsos dos seus atos de violência (APAV, 2000; Bee, Boyd & Gosselin, 2003; Lachapelle & Forest, 2000).

Podemos concluir que os homens violentos querem controlar tudo e, negam o seu comportamento violento. Temem perder a sua companheira/o, são incapazes de exprimir/expressar outras emoções que não a cólera e estão frequentemente isolados (APAV, 2000; Bee, Boyd & Gosselin, 2003; Lachapelle & Forest, 2000).

É mais provável que também se expressem com mais raiva e hostilidade que os homens não-violentos. Apresentam muitas vezes sintomas de perturbações de personalidade (transtorno de personalidade) incluindo personalidade anti-social (Bee, Boyd & Gosselin, 2003; Lachapelle & Forest, 2000).

Quando se fala de violência doméstica, também se fala do sofrimento e do turbilhão de sentimentos que as vítimas sentem, quando confrontadas com este tipo de problemática.

Concluimos assim a parte teórica onde foram abordadas temáticas como violência, vítima e vitimação, as reações ao stress que a grande maioria das vítimas desenvolve quando é exposta a eventos traumáticos, que por vezes evoluem para um stress pós-traumático.

De seguida irá ser apresentado o trabalho elaborado ao longo do estágio académico realizado na APAV.

III Parte

Atividades realizadas no estágio

Atividades realizadas no estágio

Plano de estágio

O estágio acadêmico ocorreu na APAV (Associação Portuguesa de Apoio a Vitima), tendo como duração de 500h, contudo foram realizadas 548h.

Sendo iniciado no dia 12 de Outubro de 2009, e terminando no dia 31 de Julho de 2010.

O horário de estágio estabelecido, com a instituição consistia de 2º feira a 6ª feira das 10h as 13h, tendo ocorrido por vezes o dia todo das 10h as 17h.

Objetivos do estágio

Este estágio teve como objetivo articular a teoria adquirida ao longo do curso com a prática exercida ao longo do estágio, configurando-se assim num mecanismo de dinamização, aperfeiçoamento, integração e articulação dos conhecimentos adquiridos.

O estágio consistia em efetuar atendimentos telefónicos e presenciais (triagens), aos utentes de modo a compreender quais as suas problemáticas, e assim ir de encontro as necessidades apresentadas por estes. Para além dos atendimentos telefónicos, presenciais, e acompanhamentos psicológicos, foram também exercidas atividades fora do local de estágio, como a participação em feiras de voluntariado, numa petição e numa sensibilização tendo como temática “violência no namoro”.

De seguida poderemos observar a Tabela 4, que representa o trabalho realizado ao longo do estágio.

Tabela 4 – Cronograma

	Formações	Workshop	Congresso	Feira de Vol.	Acomp. Psicológico	Ação de Sensibilização	Petição
Outubro							
Novembro							
Dezembro		16/12/09	10/11/09- 11/11/09 18/11/09- 20/11/09	25/11/09			
Janeiro							
Fevereiro	22/02/10						
Março	29/03/10			24/03/10	31/03/10 *Sra. M.		
Abril						26/04/10	
Maiο							
Junho					11/06/10 **Sra. L.		
Julho					06/07/10 ***Sra. S.		09/7/10
Agosto							
Setembro					23/09/10 ****Sra H.		
Outubro							
Novembro							
Dezembro							

*Sra. M. (31/03/10 até 16/06/10)

**Sra. L. (16/06/10 e 22/09/10, acompanhamento pontual)

***Sra. S. (06/07/10 até 24/08/10)

****Sra. H. (23/09/10 até 23/11/10)

Trabalho indireto

Ao longo do percurso de estágio, que teve uma duração de 548 horas, decorridas desde o primeiro dia de formação até a última sessão de apoio psicológico, usufruí da oportunidade de realizar diversas atividades, tais como atendimentos a utentes (triagem), processos de apoio psicológico e algumas atividades no exterior. Estas atividades permitiram-me não só intervir mas também aprender.

De seguida as atividades descritas serão apresentadas pela ordem em que foram efetuadas ao longo do estágio, refletindo assim o percurso, aprendizagem e evolução que foram adquiridas durante o estágio.

Irá ser apresentado as formações e as conferências assistidas durante o estágio, as atividades exteriores, atendimento a utentes na instituição e por fim os processos de apoio psicológico.

Formação

Antes de iniciar qualquer tipo de atividades na APAV, o contacto inicial com os conceitos e práticas de intervenção deu-se no curso “*Curso de formação de técnicos de apoio à vítima*” *Nível básico*, este curso decorreu nas instalações da sede da instituição em Lisboa, desde o dia de 29 e 30 de Outubro 2009, num total de 14 horas (ver anexo).

O objetivo geral da formação consistiu em dar aos formandos competências para efetuar atendimentos às vítimas, respeitando sempre os procedimentos e normas em vigor na APAV.

Os conteúdos programáticos foram diversos e abrangentes como forma de promover aos futuros técnicos uma preparação teórica relevante no contacto com os utentes.

O módulo básico destinado a todos os futuros técnicos do apoio à vítima encontrava-se dividido, pois dentro do modelo básico existia também o modelo específico, ou seja, cada técnico teria formação na sua área, no meu caso correspondia ao módulo de apoio psicológico, onde foi feito estudos de casos, ou seja, era dado a cada grupo situações das quais teriam que ser dadas soluções para cada caso específico, simulações, role Play, reflexões e discussões.

Para além dos conhecimentos adquiridos, em que nos puseram a par da realidade com que nos iríamos deparar ao longo do estágio na APAV, houve a oportunidade de interagirmos e de nos conhecermos melhor uma vez, que iríamos conviver durante o estágio, criando assim um sentimento de interajuda, companheirismo e trocas de conhecimentos.

Para além das formações que a APAV dava, foi-nos dado também algumas oportunidades de participar em seminários e outras atividades que serão descritas mais a frente. Vejamos então, em que consistiu o seminário que os técnicos da APAV poderão usufruir e adquirir conhecimentos de uma realidade que por vezes nos parece tão longe. Participamos nos seguintes seminários; *Seminário imigração e tráfico de seres humanos*, este seminário decorreu durante três dias (18-20 de Novembro de 2009), no Hotel Júpiter em Portimão (ver anexo).

Foram debatidos vários temas tais como o tráfico de seres humanos, a problemática específica da violência doméstica em mulheres imigrantes, apoio a vítimas de tráfico de seres humanos, o estatuto da vítima em processo penal, entre outras problemáticas. Este seminário foi benéfico para a minha formação pois compreendi um pouco mais esta realidade e adquiri conhecimentos que me ajudar quando me deparei com algumas situações deste âmbito.

Este seminário “*II jornadas contra a violência*” decorreu durante dois dias 10 e 11 de Novembro de 2009 na casa do Brasil em Santarém e teve a duração de 12 horas, em que foram abordadas questões e problemáticas como, abuso sexual de crianças na internet, miúdos seguros na internet, proteção jurídica das vítimas de violência doméstica entre outros.

E o seminário-debate “*As vítimas de crime e os Órgãos de Comunicação Social*” no dia 22 de Fevereiro de 2010, com uma duração de 3 horas.

Decorreu também um *workshop* sobre “*Apoio a vítimas de violência doméstica*” sucedeu-se no dia 16 de Dezembro de 2009, na APAV e teve uma duração de 4 horas (ver anexo).

Este *workshop* tinha como objetivo procurar refletir sobre uma abordagem compreensiva do fenómeno da violência doméstica.

Os conteúdos consistiram em definir os diferentes contextos de violência doméstica, os mitos e estereótipos da violência doméstica e por fim a avaliação e intervenção neste tipo de problemática.

O contributo deste *workshop* permitiu-me aprender as estratégias de prevenção em relação a violência doméstica e deste modo ajudar, as vítimas desta realidade.

Estratégias, essas que as vítimas podem utilizar em caso de perigo tais como, por exemplo, quando houver uma discussão evitar locais como casas de banho ou pequenos espaços onde o agressor a possa aprisionar, evitar a cozinha ou a garagem dado o elevado risco de aí se encontrarem facas ou outros objetos suscetíveis de ser usados como armas; preparar um saco com roupas e com fotocópias dos documentos deixa-lo em casa de amigas/os ou no trabalho, para o caso de precisar de fugir de casa; não usar lenços ou colares compridos que possam facilitar a agressão; nunca leve bens que pertençam ao agressor (de modo a não ser acusada de roubo); caso tenha filhos levar os

brinquedos preferidos das crianças e os seus livros escolares, ou ensinar os filhos a utilizar o telefone para chamar a polícia, entre outras precauções/prevenções.

São várias estratégias que podem ajudar e até salvar a vida de muitas vítimas.

Contudo para além da formação, dos seminários, do *workshop*, também foi dada a oportunidade de realizar atividades no exterior, atividades essas que iram ser descritas em seguida.

Atividades realizadas no exterior

Uma das atividades que realizei no exterior consistiu em feiras de voluntariado em universidades (ISCTE e ISCSP), que se baseavam em divulgar a APAV através de panfletos e cartazes expostos na banca reservada à instituição, dando a conhecer aos alunos quais as funções e objetivos da APAV.

Outra das atividades realizadas foi uma ação de sensibilização efetuada na escola secundária de Cacilhas, onde abordei com os alunos do 12º ano o tema “*violência no namoro*”, dando de seguida início a um debate onde alunos e professores puderam colocar as suas dúvidas e as suas opiniões relativamente a esta problemática que tantas vezes é vivida e ignorada.

Por fim fiz parte de uma petição sobre “*tráfico sexual de crianças e jovens*”, em que a minha atividade consistia em reunir o maior número de assinaturas de modo a que se pudesse enviar ao governo, instigando-o a reforçar a legislação e as medidas de proteção e, assim ao fazê-lo, erradicar esta terrível violação dos direitos das crianças.

Como podemos constatar, foram apresentados os trabalhos indiretos (formação, seminários, *workshop*) realizados ao longo do estágio, contudo será apresentado de seguida os trabalhos diretos desenvolvido na instituição, trabalhos esse em que houve uma atividade/participação mais ativa, como iremos constatar de seguida.

Trabalho Direto

Atendimentos a utentes na Instituição

Entre outras atividades que me foi dada a oportunidade de participar, e que me acompanhou ao longo de todo o estágio, foi os atendimentos aos utentes.

Os atendimentos consistiam em dois tipos (como já foi referido), atendimento telefónico e presencial (triagem), que devido a sua natureza exigiam procedimentos de aprendizagem distintos, embora o objetivo final seja o mesmo; um apoio personalizado e ajustado às necessidades do utente.

Todas as peculiaridades de vida dos utentes eram únicas, embora por vezes existissem características comuns relativamente ao tipo de maus tratos envolvidos.

Cada pessoa é única, assim, o mesmo tipo de agressão em pessoas diferentes corresponde a impactos e reações díspares, assim as reações semelhantes podem, resultar de agressões muito diferentes.

Nos atendimentos encontravam-se também sempre presente a sensibilidade de cada caso, que punham em destaque a complexidade do comportamento humano.

Neste estágio foram feitos cerca de 120 atendimentos (triagens) quer presencialmente quer telefonicamente, em que eram apresentados vários tipos de problemáticas, tais como assaltos, burlas, violência (policial, psicológica, física, sexual), embora a grande maioria dos atendimentos consistisse na problemática da violência doméstica.

Para além dos atendimentos telefónicos e presenciais (triagens), também foram efetuados cerca de quatro acompanhamentos psicológicos, em que dois deles estavam relacionados com a problemática da violência doméstica, um relacionado com o assalto

a mão armada, e um atendimento esporádico relativamente ao assédio sexual no trabalho.

De seguida irão ser apresentados dois dos quatro casos clínicos.

A decisão de ter escolhido estes dois casos consiste na sua história e na importância que tiveram para mim. O primeiro caso foi importante para mim não só por ter sido o primeiro, mas também por ter sido um caso de sucesso em que senti uma enorme gratificação por ter conseguido ajudar aquela utente que se encontrava em sofrimento, em relação ao segundo caso escolhi-o pois foi um caso em que senti mais dificuldade, devido a instabilidade emocional da utente, foi um caso “mais trabalhoso” em comparação com o primeiro.

Assim, o primeiro caso apresenta como problemática o assalto a mão armada, em que a utente se encontrava a jantar com a sua família (marido e dois filhos com idades de três e dez anos) num restaurante, quando foram surpreendidos por um grupo de encapuzados que envergavam caçadeiras de canos cerrados, espalhando assim o pânico entre os clientes.

O segundo caso, refere-se a um caso de violência doméstica em que a utente teve um relacionamento enquanto jovem com o agressor, contudo deixaram-se e ao fim de cerca de 20 anos reataram a relação, o agressor era Espanhol, tendo vindo assim, viver com a utente para Lisboa, contudo ao fim de três meses de estarem juntos ocorreu o episódio de violência doméstica, em que o agressor para além da agressividade e violência, ainda tentou estrangular a utente.

Iremos então de seguida, ver de uma maneira mais profunda e pormenorizada os dois casos clínicos.

.

IV Parte

Apresentação e discussão dos casos clínicos

Caso A

1º Caso senhora M.

No dia 29/03/10 foi-nos encaminhado um processo de apoio psicológico. Por ser o primeiro, fez com que fosse por si só, marcante no meu percurso, pois finalmente iria iniciar a tão desejada aplicação de conhecimentos que adquiri ao longo dos anos de curso, e foi uma das razões que me levou a escolhê-lo para ser um dos casos apresentados, embora não seja o único. Também o escolhi, devidas as características inerentes ao pedido de apoio. Quando o caso me foi entregue, as informações inicialmente disponíveis sobre o caso e a utente eram muito gerais, tal como se encontra sistematizado de seguida:

Pedido de apoio psicológico:

O pedido de apoio psicológico foi solicitado pela própria utente. A utente de trinta e cinco anos foi vítima de um assalto a mão armada, quando encontrava-se a jantar num restaurante com o seu marido e os seus dois filhos, quando entrou um grupo de homens encapuzados envergando caçadeiras de canos cerrados. Foi roubado todo o seu dinheiro e a sua carteira onde constava a morada de residência da utente e o horário dos seus filhos entre outros documentos, foi também apontada uma arma à cabeça do seu marido, à filha da utente com idade de três anos foi colocado um pano na cabeça de modo a que esta parasse de chorar e gritar, ao outro filho da utente de dez anos começou a ter indício de um ataque de asma tendo a utente temido pela sua vida e da sua família. Ao fim de uma semana a utente teve um acidente de aviação, em que se encontrava no seu carro com a sua filha de três anos, parada no semáforo quando uma ambulância chocou

com o seu carro, deixando assim a utente com uma pequena lesão na coluna. O pedido de ajuda, feito pela utente consistia, em ajudar a utente a ultrapassar os seus medos e traumas que terão decorrido na sequência do assalto.

História clínica

A Sra. M. é uma jovem mulher com cerca de trinta e cinco anos, casada, tem dois filhos, uma menina com três anos e um rapaz com dez anos.

Vive na **margem sul**, é de nacionalidade portuguesa, trabalha como auxiliar de educação.

A utente é filha única, embora quisesse muito ter tido um irmão. Em criança relata que sofria de fobias. Um dos episódios que a utente se lembra e menciona, constituiu no facto de que quando tinha doze anos foi passar o dia com uma amiga e com os pais da amiga, ao campo, ao fim da tarde quando chegou a sua casa no final do passeio, foi para o seu quarto as escuras e só queria que sua mãe ficasse ao pé de si, não queria comer, e ficou três dias sem falar.

A utente não atribui nenhum motivo para ter ficado nesse estado. Desistiu da escola quando tinha catorze anos, voltando a retomar mais tarde.

Segundo a utente, esta possuía uma boa relação com a sua mãe, a utente afirma ainda que dormiu com a mãe até cerca dos dezassete anos.

A sua mãe ficou doente depois do nascimento da utente, desenvolvendo reumático, diabetes e anemias, tendo assim deixado de trabalhar e passando grande parte do tempo em casa com a utente. A utente assistiu as crises que a mãe tinha quando piorava das suas doenças, deixando assim a utente muito ansiosa. A mãe da utente faleceu quando esta tinha dezassete anos.

A utente menciona que não se conforma com a morte da sua mãe, sempre que se lembra da sua mãe chora e sente muito a sua falta, apesar de já ter passado cerca de dezoito anos a utente afirma continuar a sofrer muito pela morte da sua mãe.

Relativamente ao relacionamento com o seu pai, a utente afirma possuir uma boa relação com o seu pai e preocupa-se muito com este. O seu pai sofreu de um AVC a cerca de cinco anos, deixando a utente ansiosa pois tem muito medo de perder o seu pai também.

O pai da utente refez a sua vida com outra senhora, mas a utente não gosta muito da nova companheira do pai.

Em relação ao seu marido, a utente afirma possuir também uma boa relação com este, é um bom companheiro, ajudando-a em tudo.

A utente e o marido começaram a namorar quando, a utente tinha catorze anos, e casaram quando esta tinha vinte anos.

A utente, quando teve o seu primeiro filho também ficou muito doente, desenvolvendo uma leucemia grave, onde teve muito tempo internada no hospital num quarto fechado, o seu cabelo caiu, tendo assim que usar uma peruca. Nessa altura não queria ver ninguém, “nem queria saber do seu bebé”. Em relação ao nascimento do segundo filho não ocorreu nenhum problema.

A relação da utente com os filhos é boa, contudo sente uma certa ansiedade quando tem que se afastar deles.

A utente foi recentemente vítima de assalto a mão armada, encontrava-se a jantar num restaurante com o seu marido e os seus dois filhos, quando entrou um grupo de homens encapuzados envergando caçadeiras de canos cerrados. A utente ao início pensou que se tratasse de uma brincadeira de carnaval, contudo quando apontaram uma arma a cabeça do seu marido, viu que era um assalto real, roubando lhe assim a carteira

com o dinheiro e os seus cartões entre outras coisas, das quais se encontrava a morada de residência da utente, a morada da escola dos filhos e o horário escolar destes.

Quando se deu o assalto a sua filha de três anos começou a gritar e a chorar, o assaltante colocou-lhe um pano na cabeça para que esta parasse de chorar e gritar. O seu filho de dez anos começou a ter um ataque de asma, e a utente não tinha consigo a bomba de asma do seu filho.

Passado uma semana, estava no carro com a sua filha, parada num semáforo a espera que este abrisse, quando uma ambulância chocou com o carro da utente deixando esta com uma pequena lesão na coluna.

Com tudo isto a utente afirma que se sente muito ansiosa, quando houve algum barulho, ou sente alguém atrás de si, ficando deste modo sobressaltada, sentindo tremores, sores, sentindo um mal-estar, de noite não consegue dormir, pois pensa muito em tudo o que aconteceu e teme que os assaltantes possam ir a sua casa ou a escola dos seus filhos. Afirma também sentir uma certa revolta por ter sido vítima deste episódio traumático, assim como a vida dos seus filhos ter sido posta em perigo.

A utente encontra-se de baixa medica, e toma medicação sertralina, triticum, e olcadil.

Conclusão

Ao analisarmos a história clínica da utente, num primeiro momento, e devido a problemática que levou a utente a contactar a APAV, podemos constatar que estamos perante um caso de perturbação de stresse agudo, devido à situação traumática (assalto à mão armada) a que a utente foi submetida.

Os sintomas que surgiram logo a pós ao evento traumático apontam assim para um transtorno de stresse agudo.

Porém, também podemos observar e identificar alguns aspetos relevantes na história clínica da utente, como por exemplo traços de um “luto não feito”, se não vejamos a utente encontra-se com trinta e cinco anos, a sua mãe faleceu quando a utente se encontrava com dezassete anos, ou seja, a mãe da utente faleceu há cerca de dezoito anos e a utente continua apresentar sintomas do luto, pois passados dezoito anos a utente continua a não se conformar com a morte da sua mãe, continuando a chorar sempre que se lembra desta e a sentir a sua falta.

Também podemos identificar uma espécie de relação de dependência da utente com a mãe, a utente passava grande parte do tempo em casa com a sua mãe, ficava muito ansiosa quando esta piorava das suas doenças, a utente dormiu com a sua mãe até aos seus dezassete anos, altura em que a sua mãe faleceu.

Numa primeira fase podemos dizer que a utente apresenta uma personalidade de natureza ansiosa e dependente, tal como mencionado na história clínica a utente em criança sofria de fobias, apresentava ansiedade quando a sua mãe piorava das doenças, e afirma também sentir uma certa ansiedade quando tem que se afastar dos seus filhos.

Plano terapêutico

O plano terapêutico foi elaborado com base nos dados colectados na história clínica da utente, tendo em conta as necessidades e características pessoais da mesma, tais como a ansiedade, tristeza, não conformismo (tanto pela morte da mãe como pelo episódio traumático).

Para este plano terapêutico, foram planeados alguns objetivos dos quais destacamos; melhorar o autocontrolo de sintomas e respostas adaptativas à ansiedade.

Tendo em conta que na APAV, o apoio psicológico é baseado numa psicoterapia de apoio breve, a realização do plano terapêutico, procedeu-se da seguinte forma;

1. Objetivos Gerais

Utilização da terapia cognitiva-comportamental

Psicoeducação

Treinamento de inoculação de stresse

Trabalhar a experiência traumática

2. Objetivos Específicos

Aplicação da terapia cognitiva-comportamental, modificação na maneira de perceber e pensar sobre o que causa a ansiedade, através do diálogo.

Auxiliar a utente a lidar com a ansiedade, ativando lembranças do trauma com a intenção de modificar pensamentos distorcidos causados pelo trauma.

Com a psicoeducação, consciencializar a utente sobre o que é o trauma, quais as suas possíveis consequências.

No treinamento de inoculação de stresse; promover mudanças no comportamento ansioso, através da aplicação de técnicas, interrupção de pensamento, técnicas de relaxamento, exercícios de respiração profunda.

Trabalhar a experiência traumática, através de um diálogo e reeducação dos pensamentos.

Síntese das sessões

Pode-se dizer que ao longo das sessões foi notória uma evolução/progresso da utente a vários níveis.

De início a utente, apresentava-se como uma pessoa triste, ansiosa, embora a utente descreva que desde nova sempre foi uma pessoa triste e sempre teve medos, traumas/fobias.

Contudo o episódio do assalto à mão armada que sofreu, veio intensificar esses episódios, ou seja, o episódio do assalto despertou uma série de reações psicológicas e fisiológicas na utente.

Durante as sessões a utente foi relatando as alterações tanto fisiológicas como psicológicas que começou a sentir depois do assalto.

A utente mencionava que depois do assalto sentia-se mais ansiosa, mais desconfiada, afirmava que por vezes sentia o seu ritmo cardíaco a aumentar, ficando com a sua respiração mais acelerada, de tal modo que por vezes parecia que iria ter ataque cardíaco. O seu sono também era instável, apesar da medicação que tomava para dormir, só conseguia dormir cerca de 3 horas.

Afirmava que depois do assalto ficou com mais medo, sentia-se mais desconfiada, quando andava na rua olhava constantemente para trás, pois tinha medo que alguém lhe fizesse mal.

Podemos então observar, que mesmo estando o perigo afastado, a utente continuava a reviver a situação traumática, vivenciando como experiencia presente em vez de aceitá-la como algo pertencente ao passado.

Contudo, ao longo das sessões, a utente foi ultrapassando o episódio do assalto, através de uma abordagem cognitiva-comportamental, e da psicoeducação em que a utente foi consciencializada das razões que originam a ansiedade, e foram sugeridas algumas técnicas de modo a conseguir controlar a sua ansiedade (através das praticas de inoculação ao stress, paragem de pensamento, controlo das respiração).

A utente também foi incentivada a frequentar novamente restaurantes, de modo a enfrentar a sua “aversão” aos restaurantes, foi também “discutido” com a utente qual a possibilidade de ocorrer novamente um assalto no restaurante.

Contudo ao longo das sessões a utente também veio apresentando alguns sintomas de um luto patológico, neste caso foram utilizadas algumas técnicas da abordagem humanista, tal como uma escuta ativa e empática, e uma aceitação positiva incondicional, onde a utente pode conversar livremente, sem pressão, e promovendo-se assim a expressão das suas emoções tais como tristeza, magoa.

Assim os sintomas de um luto patológico apresentados pela utente consistiam na referência constante que a utente fazia relativamente a sua mãe e a falta que esta lhe fazia, chorando sempre que o assunto era abordado por esta.

A mãe da utente morreu quando esta tinha dezassete anos, contudo aos trinta e cinco anos a utente apresenta sinais de luto, mencionando em algumas sessões que sentia

muita revolta por não ter a sua mãe consigo, lembrando-se muito dela e que ainda sentia muitas saudades da sua mãe, apesar de já terem passado dezoito anos desde a sua morte. Afirmava também que quando estava em casa, pensava no momento que tinha estado no cemitério ao pé da campa da sua mãe, e afirmava ter muita pena da sua mãe ter morrido, não se conseguindo conformar, e quando pensava na sua mãe sentia vontade de chorar, e por vezes chorava.

A utente falava sobre a tristeza que sentia relativamente a morte da sua mãe, sempre que sentia necessidade, era a própria utente que começava o assunto chorando quase sempre quando falava da sua mãe, como já foi referido, foi feita uma escuta ativa de maneira a que a utente exprimisse os sentimentos que tinha inibido, pois segundo a utente desde que a sua mãe falecera nunca falou sobre esse assunto com ninguém, com o seu pai não queria tocar no assunto pois o seu pai tem problemas cardíacos, e com o seu marido, a utente na altura não queria tocar no assunto porque lhe custava muito falar sobre isso e depois vieram os filhos e o tempo foi passando, mas a tristeza continuava presente.

Sendo assim foi desenvolvido com a utente um trabalho de elaboração do luto, e desta forma, o luto patológico foi transformado em “luto normal” seguindo portanto o seu curso normal.

Análise clínica

Como podemos constatar, a utente foi vítima de assalto a mão armada, desenvolvendo assim um transtorno de stresse agudo, conforme os critérios de diagnóstico do DSM-IV (F43.0) e no CID-10 (F43.0) que se manifestou logo depois do sucedido.

Tanto o transtorno de stresse pós-traumático (TSPT), e o transtorno de stresse agudo (TSA) são os distúrbios psiquiátricos mais conhecidos como consequência ao stresse traumático, o stresse agudo pode ser considerado, em alguns aspetos, como um transtorno de stresse pós-traumático de curta duração, com uma duração inferior a três meses (Angelotti, 2007; Crocq, 2007; Dierick, Peuskens, Ansseau, D'Haenen & Linkowski, 2003; Neto, Gover, Furtado, 2003; Vaiva, 2005).

O caso da utente é um típico caso de stresse agudo quer pela sua natureza extrema do fator de stresse que a utente e a sua família foram expostos (em que as suas vidas correram perigo), quer pelas características padrão de sintomas, recordações, reações físicas que a utente apresenta (conforme descrito em cima, história clínica e síntese das sessões).

Segundo os autores Neto, Gover & Furtado (2003) e Rouillon (2005), as pessoas que sofrem de TSA ou TSPT, evitam situações que possam recordar o evento, podem sentir irritação, insónias entre outros sintomas.

Como podemos constatar no caso da utente (ver anexo A), depois do assalto a utente afirma sentir algumas alterações tanto a nível físico como a nível mental, a utente afirma que apesar de tomar medicação para dormir só consegue dormir cerca de três horas, sente ansiedade, sente o seu ritmo cardíaco acelerar e a respiração também.

Também apresentava uma “aversão” aos restaurantes.

O TSA faz referência também, aos sinais e sintomas que acontecem desde o momento do stresse traumático até aos primeiros 30 dias, ou seja, constituem uma adaptação psicológica e fisiológica ao evento (Neto, Gover & Furtado 2003).

Segundo Angelotti (2007), o transtorno de stresse agudo, está relacionado a sintomas físicos e psicológicos, e pode surgir devido a uma intensidade do acontecimento crítico experienciado pela pessoa o que leva a uma alteração disfuncional nos sintomas neurológicos, endócrinos e imunológico (Angelotti, 2007).

A utente menciona que desde do dia do assalto, sente-se mais desconfiada e com medo, quando ouve alguém atrás de si sente-se ansiosa, sente o seu estomago como se “tivesse andar numa montanha russa”, começando a transpirar e a tremer.

Para o mesmo autor, a reação de stresse agudo surge devido a uma agressão à estrutura da personalidade e reflete uma violação de uma crença, profundamente estabelecida, relativamente ao modo como a pessoa via, percebia e entendia o seu mundo (Angelotti, 2007).

O evento traumático traz consigo uma destruição da visão que a pessoa tinha em relação ao mundo, a desorganização emocional e mental da pessoa, persiste, até que o seu mundo seja novamente reorganizado e um novo sentido encontrado (Angelotti, 2007).

A utente mencionava que desde o assalto quando se encontrava em casa e ouvia algum barulho fica logo sobressaltada, o seu coração disparava, segundo as palavras da utente. Afirmava também que a noite quando estava na cama só pensava em coisas más, tendo receio que aparecesse alguém em sua casa para fazer mal a si e a sua família, uma vez que levaram a carteira da utente com os documentos onde constava a sua morada de casa.

Segundo a APAV (2005), o acompanhamento psicológico das vítimas na instituição assenta numa psicoterapia de apoio breve.

Deste modo a psicoterapia breve irá ajudar o utente a sair de uma crise emocional aguda, já que este tipo de terapia é direcionado para a ação.

Assim a técnica utilizada será a focalização, ou seja, este procedimento concentrar-se-á em ajudar na problemática atual da utente, isto é, no caso da utente o foco principal consistiu no episódio do assalto a mão armada, e foi o motivo que levou a utente a pedir apoio psicológico na APAV.

Portanto neste processo foram utilizadas algumas técnicas da abordagem cognitivo-comportamental (psicoeducação, treinamento de inoculação de stresse) e da abordagem humanista (escuta ativa e empática, aceitação positiva incondicional).

Segundo Angelotti (2007), para o TSA, será recomendado a utilização de uma psicoterapia numa abordagem cognitiva-comportamental.

O trabalho que fiz com a utente, num primeiro momento, consistiu em fazer um levantamento geral de todos os problemas emocionais da utente, de modo a compreender um pouco melhor o seu funcionamento/personalidade.

Numa primeira fase a utente relatou o episódio traumático onde foi abordado os sentimentos vividos durante o assalto, depois do assalto, e os dias seguintes ao assalto.

Segundo Neto, Gover & Furtado (2003), é fundamental auxiliar o paciente/cliente a lidar com a ansiedade, podendo ser feito através de técnicas como a “exposição imaginária”, onde gradualmente leva a pessoa a defrontar-se com as situações temidas, ativando assim as lembranças do trauma com a intenção de modificar as associações psicológicas presentes, gerando desta forma novas associações “não-patológicas” e reais (Neto, et al, 2003).

Foi incentivado a utente a frequentar novamente restaurantes, uma vez que tinha convites para o fazer, fazendo também a utente compreender que o que se passou foi um episódio pontual, não querendo por isso dizer que sempre que a utente fosse a um restaurante ocorresse um assalto.

De seguida, através de recordações induzidas, a utente falou da sua história de vida, onde podemos observar que a utente apresentava uma personalidade dependente e ansiosa.

Como já foi referido, em criança a utente só queria estar perto da sua mãe, afirmando ter tido também fobias/medos, dormiu com a sua mãe até aos seus dezassete anos, altura em que a sua mãe faleceu, e passados dezoito anos ainda apresenta um luto não feito.

A utente afirmava, que o assalto tinha intensificado os seus medos, sentia-se mais ansiosa, não conseguindo dormir, a sua hipervigilância aumentou, tal como os sintomas de ansiedade (ritmo cardíaco acelerado, suores), ocorriam quando ouvia algum barulho ou sentia alguém atrás de si.

Foi esclarecido à utente, como é que o comportamento desadaptado foi aprendido, e mantido, ou seja, a experiência traumática desencadeou stresse, alterações no comportamento e no pensamento. A utente mostrava ansiedade quando ouvia algum barulho, ou se sentia alguém atrás de si. Sempre que a utente passava por este tipo de situações, despontava automaticamente reações fisiológicas tais como aceleração do ritmo cardíaco, suores, respiração acelerada.

A utente mencionou também que por vezes estava bem e de repente começava a ficar triste, em baixo. Assim foi feita uma psicoeducação dos pensamentos da utente, ajudando a utente a identificar os motivos que a levavam a sentir-se assim.

Foi dito a utente que quando esse tipo de sentimentos ocorressem, fizesse uma observação de si mesmo, uma auto-avaliação, ou seja, pensasse ou tentasse identificar o fator que fazia despontar esse mal-estar. Fazendo assim um autocontrole através de exercícios de inoculação ao stresse, tais como da paragem de pensamento, desviando a sua atenção para outras coisas, ter pensamentos positivos, penar em alguma coisa engraçada que tivesse visto ou vivido, sempre que surgissem pensamentos que causassem esse mau estar, recorrer ao controlo da respiração.

Segundo Neto, Gover, Furtado (2003), os objetivos do plano terapêutico no caso de stresse agudo, consistem em minimizar o stresse inicial após o evento traumático, e os níveis de sofrimento a longo prazo. Prevenindo assim o desenvolvimento de uma perturbação de stresse pós-traumático, e outros distúrbios, além de melhorar a qualidade de vida permite o retorno as atividades habituais (Neto, et al, 2003).

Segundo Angelotti (2007), outra técnica que pode ser utilizada neste caso de stresse agudo pode ser a psicoeducação, que é fornecida pelo terapeuta sobre o que é o trauma, quais as suas possíveis consequências e o método de tratamento a ser usado.

A dessensibilização neurológica, que pode ser aplicada, através da terapia cognitiva-comportamental, relaxamento e técnicas de controlo do stresse, objetivando a reduzir a irritabilidade do sistema nervoso central e os seus aferentes (Angelotti, 2007).

Assim, o controle voluntário dos mecanismos respiratórios, através do uso de exercícios de respiração profunda, serão um método mais rápido para a redução do stresse agudo no momento do trauma ou da lembrança deste (Angelotti, 2007).

Contudo para além do stresse agudo desenvolvido pela utente devido ao episódio do assalto a mão armada, a utente apresentava também sintomas de stresse pós-traumático devido a morte da sua mãe, e sintomas de um luto que ao longo das sessões demonstrou não ter feito.

Segundo Neto, Gover & Furtado (2003) as características essenciais do stresse pós-traumático, as subsequências que a pessoa pode desenvolver quando exposta a uma situação direta a um evento no qual ocorreu morte ou ameaça de morte, ferimentos graves, ameaça à integridade física de outras, testemunhar um evento em que ocorre morte dano à outra pessoa, ter notícias destes eventos quando estes ocorrem com um membro da família ou pessoa da qual o indivíduo é próximo (Neto, et al, 2003).

A utente relembra o dia do enterro da sua mãe (ver anexo A) afirmando ter sido traumatizante para si pois teve que esperar cerca de sete dias para poder velar o corpo da sua mãe, a sua mãe falecera no dia um de Janeiro, e no dia dois era para ser autopsiada mas os médicos estavam de férias só entregaram o corpo no dia sete de Janeiro. A utente também menciona que no dia do enterro não a deixaram despedir-se da sua mãe, agarrando-a assim pelo braço impedindo que chegasse perto do caixão, a utente menciona que gritou porque queria despedir-se, afirma que esse episódio foi muito cruel e marcante para si.

Para Angelotti (2007), o stresse pós-traumático também pode ser denominado como “choque nervoso”, “neurose traumática” ou “choque emocional”.

Pode ser definido, como uma patologia desenvolvida em resposta a um evento stressante que tenha envolvido uma sensação individual de medo intenso, impotência ou horror (Angelotti, 2007).

Ao longo das sessões, a utente foi demonstrando não ter ultrapassado a morte da sua mãe, podemos constatar assim, que a utente não fez um luto na altura devida, isto é, não fez um luto “normal”.

Como já foi referido, a mãe da utente faleceu quando esta tinha dezassete anos, atualmente a utente encontra-se com trinta e cinco anos ainda assim chorava sempre que pensava ou fala da sua mãe mencionando que sentia muito a sua falta e não se conseguia

conformar com a sua morte, ao fim de dezoito anos ainda apresentava reações de um “luto recente”.

Segundo Filho (2005), o luto consiste num estado que se segue à perda de um ser amado. Esta perda implica a necessidade da sua superação, ou seja, fazer um luto dito normal. Contudo quando surge a incapacidade de o superar temos o luto patológico.

Para Ferragut (2000); Gasman & Borentain (2004), não existe um padrão quanto à duração do luto, no entanto o luto patológico pode continuar durante anos ou mesmo décadas.

A utente apresentava uma relação pouco saudável com a sua mãe, apresentando assim relação/personalidade dependente da mãe, se não vejamos, a utente em criança só queria estar com a mãe, a utente menciona que em criança passava muito tempo em casa com a mãe devido ao problema de saúde da mãe, dormiu com a mãe até aos seus dezassete anos. Afirma também que a criança tinha crises (medos/fobias) e que nessas alturas só queria a sua mãe ao pé de si.

Segundo Kovács (2008), há circunstâncias da morte e da pós-morte que podem complicar o processo de luto. Um dos vários fatores, que podem complicar este processo é a relação anterior com o falecido, a ambivalência e a dependência.

Segundo os autores, Ferragut, (2000); Gasman & Borentain, (2004), a dificuldade em fazer o luto é função da importância da perda, da capacidade do Ego de lidar com a mesma e, principalmente do tipo de relação com o objeto perdido

A utente mencionou que desde que a sua mãe falecera nunca teve com quem falar sobre a sua tristeza, com o seu pai não podia falar porque este sofria de coração, e com o seu marido apesar do apoio, na altura a utente não queria falar sobre o assunto, depois vieram os filhos, e a utente tentou esquecer. Mas a tristeza, revolta continuavam a manifestar-se dentro da utente.

Neste caso foi utilizado a abordagem humanista, onde foi feita uma escuta ativa e empática, onde a utente pudesse conversar livremente, sem pressão sobre o seu sofrimento e tristeza relativamente a perda da sua mãe.

Para Ringuenet e Modenel (2007) o luto patológico pode ser classificado do seguinte modo, a intensidade e persistência dos sintomas de luto durarem mais de um ano; o aparecimento de sintomas psiquiátricos e patológicos, tais como transtorno de ansiedade e ansiedade generalizada, transtornos de humor (luto melancólico, luto maníaco), e descompensação de um transtorno neurótico (luto obsessivo, histérico).

Assim, o tratamento adequado para o luto patológico, segundo Parks (2011), o tratamento consiste numa psicoterapia, na qual o paciente expressa e supera fixações ou bloqueios (Parks, 2011).

As técnicas em psicoterapia oferecem uma interação livre de julgamentos, entre paciente/cliente e terapeuta, de maneira a permitir que a pessoa expresse os sentimentos que inibiu (Parks, 2011).

Assim, após descobrir que pode expressar os seus sentimentos, o paciente/cliente sente-se então livre para desenvolver um trabalho de preparação de luto (Parks, 2011).

É importante salientar que as situações de luto patológico podem expressar-se em sintomas físicos e mentais, ocorre distorções que afetam a expressão do luto, tais como o seu adiantamento, inibição ou cornificação do processo (Kovács, 2008).

Para o autor Filho (2005), o luto patológico decorrente de uma morte real, também pode-se manifestar por um quadro depressivo ou por várias formas de expressão somática, é um facto frequente não só no desencadear das chamadas doenças psicossomáticas como também nas demais patologias em geral (Filho, 2005).

Se por um lado o luto patológico pode representar um processo de identificação patológica, por outro lado, pode ser o fator desencadeante das mais variadas doenças,

conforme as predisposições e situações atuais, que tendem-se a perpetuar como forma de punição diante de problemas internos de culpa, não resolvido (Filho, 2005).

Reflexão pessoal do 1º caso

Ao início por ser o primeiro caso senti um certo nervosismo, e uma certa ansiedade, pois estava na expectativa de como seria a utente, se conseguiria desenvolver uma atitude empática para com ele, mas acima de tudo se conseguiria ajudar a utente a ultrapassar o problema que a tinham levado a APAV.

Contudo, quando conheci a utente desenvolvemos logo uma empatia, embora a utente se apresentasse cabisbaixa e com semblante triste, era simpática e cordial. Não senti dificuldade em estabelecer diálogo com a utente, pois era bastante faladora, notava-se que tinha uma grande necessidade de falar.

Como já foi referido por ser uma psicoterapia de apoio breve, o foco principal era a problemática do assalto de que a utente foi vítima. Assim, foram utilizadas algumas técnicas da terapia cognitivo-comportamental, tal como, a psicoeducação onde foi feita uma consciencialização sobre o que é o trauma, ou seja, um dano emocional que ocorreu como resultado de um acontecimento traumático (assalto a mão armada), essa experiencia traumática desencadeou stresse, alterações no comportamento e no pensamento da utente, nesse aspeto também foram utilizadas técnicas de inoculação ao stresse.

Era notório na utente um sentimento de tristeza, desconfiança e de vulnerabilidade relativamente ao sucedido. A utente começou a ficar mais ansiosa, desconfiada, não conseguia dormir de noite, a sua hipervigilância também aumento.

Relativamente as técnicas da abordagem cognitivo-comportamental foram utilizadas técnicas de inoculação ao stresse, controlo da respiração, paragem de pensamento. Foi dado a utente incentivo para voltar a frequentar restaurantes.

Ao longo das sessões a problemática do assalto foi ultrapassada, a utente voltou a frequentar restaurantes.

Todavia ao longo das sessões, fui-me apercebendo da atitude da utente em relação a morte da sua mãe. Através dos acontecimentos que a utente ia mencionando, sobre a sua infância e sobre a relação que tinha com a sua mãe, apercebi-me que a utente tinha uma espécie de “relação simbiótica” com a mãe, ou seja, neste tipo de relação que se prolonga mais do que o tempo ideal (mãe-bebé, primeira fase da vida do bebé), acontece que surge uma relação de dependência emocional em que mãe e filho não fazem nada sem pensar um no outro, ou seja, a mãe quase que vive para o filho esquecendo tudo o resto, como podemos ver no caso da utente que dormiu com a mãe até ao dezassete anos, a utente só queria estar com a mãe, aos doze anos surgiu aquele episódio em que a utente ficou três dias sem falar e só queria a mãe ao pé de si, e foi a altura em que a utente conta que tinha crises de ansiedade, tinha medo de ficar sem a mãe, aos catorze anos desistiu da escola por não se sentir bem na escola, ficando em casa com a sua mãe.

Pode-se dizer que este tipo de “relação simbiótica”, o filho torna-se dependente da mãe, podendo desenvolver assim grandes consequências no seu desenvolvimento e amadurecimento na fase adulta.

Considero que a utente desenvolveu um luto patológico, devido a essa dependência emocional que a utente tinha com a sua mãe, e devido a uma conservação prolongada dos sintomas, levantando-se assim uma suspeita de uma situação de luto patológico.

Embora na instituição fosse utilizado uma terapia de apoio breve, foi dado um apoio relativamente ao luto patológico que a utente apresentava. Neste caso foi utilizado a

abordagem humanista. Assim, tentei desenvolver com a utente uma escuta ativa e empática, uma aceitação positiva incondicional (sem juízos de valor), onde a utente pudesse conversar livremente, sem pressão, promovendo a verbalização, a expressão das emoções e dos seus conflitos internos, tais como a raiva, a mágoa, a tristeza entre outros, dando assim um significado ao evento traumático.

Tentei também que a relação com a utente fosse baseada, numa relação onde reinasse, respeito, confiança, aceitação, autenticidade e tolerância.

Posso dizer que por tudo isto, senti uma enorme gratificação, por ter conseguido ajudar a utente a ultrapassar os seus medos/traumas.

Caso B

2º Caso senhora H.

No dia 20/09/10 foi-me atribuído o caso da senhora H. para efetuar um processo de apoio psicológico.

Quando o caso me foi entregue, as informações inicialmente disponíveis sobre o utente eram muito gerais, tal como se encontra sistematizado de seguida:

Pedido de apoio psicológico:

O pedido de apoio psicológico foi feito pela própria utente. A utente tinha sido vítima de violência doméstica por parte do seu ex-companheiro.

A utente na sua juventude já tinha tido uma relação com este senhor. Contudo ao fim de vinte anos voltaram a reatar a relação.

O seu ex-companheiro é de nacionalidade espanhola, e vivia em Barcelona, quando decidiram reatar a relação o seu ex-companheiro veio viver com a utente para Lisboa.

Ao fim de três meses juntos aconteceu o episódio de violência doméstica, em que este bateu-lhe, puxou-lhe os cabelos e deu-lhe um murro na cara deixando-a com a cara inchada e a sangrar, atirou a utente para o chão e como não bastando ainda tento estrangular a utente no chão da casa de banho. No hospital, enquanto esperava para ser atendida passou a mão pelo cabelo e este cai-lhe deixando a utente assustada.

A utente conta também que nessa noite da agressão, ficou tão nervosa que não se conseguiu conter e urinou pelas pernas abaixo.

A utente afirma sentir-se muito triste, esta constantemente a chorar, e também sente-se muito nervosa com esta situação.

História clínica

A utente de quarenta e dois anos nasceu e viveu na América Latina, mais concretamente numa ilha nas Caraíbas até aos três anos de idade. Depois foi viver para Caracas, Venezuela com os pais, e em 1980 foi para Europa, mais concretamente para a Madeira.

A utente tem cinco irmãos, um dos irmãos vive em Lyon e uma das irmãs vive na Suíça, o resto dos irmãos vivem na Madeira ao pé dos seus pais. A sua relação com os pais e irmãos é boa. A sua mãe sempre teve presente pois era doméstica, o seu pai é que trabalhava.

Afirma que a sua mãe sofre de diabetes e tensão alta, em relação a utente não tem nenhum problema de saúde a não ser sofrer de enxaquecas.

Na sua família, tirando as diabetes e a tensão alta da sua mãe, mais nenhum membro da família sofre de qualquer tipo de doenças, só a sua irmã sofreu uma depressão profunda mas já se encontra estável.

A utente nunca sofreu nenhuma depressão.

Quando foi viver para a Madeira, segundo a utente ao início custou muito, pois vinha de uma capital e quando chegou a Madeira parecia um terceiro mundo.

No 12º ano chumbou a matemática e aí decidiu ir para a Suíça tirar um curso de Verão.

Em 1990, conheceu o seu ex-companheiro, ele chegou a Suíça em Março e ficou com a utente até Agosto/Setembro.

Depois, a utente voltou para Portugal, e escrevia-se com o seu ex-companheiro.

Em 1994, acabou o 12º ano e entrou para a faculdade, e esteve 4 anos sem o ver.

Antes das aulas na faculdade começarem, foi a Barcelona para o ver, mas as coisas correram mal, pois o seu ex-companheiro estava metido na droga.

A utente vivia numa residência universitária, e um dia chamaram-na para ir ao telefone, era a mãe do seu ex-companheiro a dizer para a utente esquecer o ex-companheiro, pois ele estava metido na heroína.

A utente conta que desde de 1994 até 2000 nunca mais soube nada do seu ex-companheiro.

Em 2000, o seu ex-companheiro entrou em contacto com a utente, pois queria reatar a relação mas a utente não quis, ate porque nessa altura encontrava se numa relação com outra pessoa, relação essa que durou cerca de nove anos.

Em 2010, o seu ex-companheiro voltou a contactar a utente, e a utente como se encontrava sozinha e como gostava dele, aceitou.

A utente vive em Lisboa, neste momento encontra-se desempregada, dantes exercia a função de segurança num museu.

Antes de ir viver com o seu ex-companheiro, a utente vivia numa casa alugada com mais duas pessoas, saiu dessa casa e foi procurar outra casa maior para os dois, o seu ex-companheiro veio de Barcelona, para viver com a utente.

A utente afirma que viveram três meses juntos antes de ser agredida, durante esse tempo, o seu ex-companheiro era controlador, não a deixava sair, acusava-a de ter amantes e de contar a sua vida íntima aos vizinhos, assegura também que o seu ex-companheiro falava sozinho, falava para a televisão como se tivesse a ter um diálogo com o televisor, afirma também que este gostava de beber.

Antes do episódio violento que trouxe a utente a APAV, já tinha ocorrido outro em que o seu ex-companheiro deu uma bofetada à utente, contudo este pediu desculpa e a utente desculpou.

Depois ocorreu o episódio da agressão mais grave exercida pelo seu ex-companheiro, em que este bateu-lhe, puxou-lhe os cabelos e deu-lhe um murro na cara deixando-a com a cara inchada, atirou a utente para o chão e não bastando ainda tento estrangular a utente no chão da casa de banho. No hospital, enquanto esperava para ser atendida passou a mão pelo cabelo e este cai-lhe deixando a utente assustada

A utente conta também que nessa noite da agressão, ficou tão nervosa que não se conseguiu conter e urinou pelas pernas abaixo. Afirma não conseguir para de chorar, sente-se muito triste, não te motivação, não lhe apetece fazer nada, só quer é ficar em casa sem ver ninguém.

Conclusão

Ao analisarmos a história clínica da utente, num primeiro momento, e devido a problemática que levou a utente a contactar a APAV, podemos constatar que estamos perante um caso de depressão reativa, que surgiu em resposta a um stress identificável, ou seja, a utente foi vítima de um episódio de violência doméstica.

Podemos também observar e identificar alguns aspetos relevantes na história clínica da utente, a utente conheceu o seu ex-companheiro em 1990, ficando depois quatro anos sem o ver, voltando a estar com o seu ex-companheiro em 1994, contudo este consumia drogas e a utente seguiu a sua vida, em 2000 volta a contactar a utente mas esta não quis reatar a relação pois nessa altura tinha um companheiro, em 2010 entram em contacto e a utente que se encontrava solteira, ao fim de vinte anos voltou a dar uma oportunidade a relação, contudo ao fim do primeiro mês a utente foi agredida com uma bofetada, o seu companheiro pediu desculpa e a utente aceitou, o seu companheiro foi revelando ao longo dos meses que tiveram juntos (cerca de três meses), comportamentos inapropriados, ou seja, o companheiro da utente era controlador, não a deixava sair,

acusava-a de ter amantes e de contar a sua vida íntima aos vizinhos, o seu companheiro falava sozinho, falava para a televisão como se tivesse a ter um diálogo com o televisor, e gostava de beber.

No fim dos três meses voltou agredir a utente mas desta vez com mais intensidade levando a utente ao hospital.

A utente apresenta sintomas de uma depressão, a utente não consegue para de chorar, sente-se muito triste, não tem motivação, não lhe apetece fazer nada, só quer é ficar em casa sem ver ninguém.

Plano terapêutico

O plano terapêutico foi elaborado com base nos dados colectados na história clínica, tendo em conta as necessidades da utente, neste caso o episódio de violência doméstica por parte do seu companheiro, e os sintomas de depressão.

Como a APAV utiliza uma terapia de apoio breve, nesta caso será utilizado num primeiro momento o seguinte plano terapêutico;

1) Objetivos gerais:

Terapia cognitivo-comportamental

Psicoeducação

Treinamento de inoculação de stresse

2) Objetivos específicos:

Utilização da terapia cognitiva-comportamental; ajudar a utente a identificar padrões de pensamentos e de comportamentos que contribuíam para manter a depressão.

Psicoeducação; trabalhar com a utente a experiência traumática, através de um diálogo e reeducação dos pensamentos.

Ajudar a utente aprender competências sociais ou programar atividades de prazer, uma vez que a utente se encontra desempregada.

No treinamento de inoculação de stresse; promover mudanças no comportamento, através técnicas de interrupção de pensamento, evitando assim pensamentos depressivos, e destrutivos para a auto-estima, técnicas de relaxamento.

Síntese das sessões

A utente ao longo das sessões foi sempre apresentando uma certa oscilação de humor, por vezes ria e no minuto seguinte chorava, chorando assim constantemente ao longo de quase todas as sessões.

A utente afirmava sentir uma grande tristeza, mencionava também que nunca se tinha sentido assim, até ao dia do episódio da agressão por parte do seu companheiro.

Ao longo das sessões, foi sugerido por diversas vezes que a utente consultasse um psiquiatra de modo a que lhe fosse prescrito uma medicação, ajudando assim a estabilizar a sua oscilação de humor e a sua depressão.

Contudo a utente sempre mostrou resistência a ideia de tomar fármacos, alegando não quer ficar dependente da medicação.

Foi explicado a utente que seria útil a toma de uma medicação para a sua estabilização a nível emocional, quando a utente se sentisse melhor seria feito o “desmame” de acordo com o psiquiatra, não ficando deste modo dependente da medicação.

A utente apresentava também uma certa obsessão pelo seu ex-companheiro falando constantemente dele, chegando afirmar que se não fosse aquele sentimento que tinha pelo seu ex-companheiro, não tinha mais anda que a agarrasse a esta vida, demonstrando assim uma perda de entusiasmo pela vida uma vez que não tinha emprego, não tinha família, os amigos eram poucos e que tinham a sua vida, só restava a utente agarrar-se a aquela relação embora soubesse que nunca iria ser feliz com o seu ex-companheiro a não ser que este se tratasse em termos de álcool e drogas.

No decorrer das sessões, a utente também mencionava sentir-se em baixo quando o tempo estava de chuva, ou na época do Outono/Inverno.

Foi sugerido ao longo das sessões, para além de um reforço farmacológico, a utente poderia ocupar o seu tempo uma vez que se encontrava desempregada, tirando uma formação no centro de emprego, sempre “obrigava” a utente a sair de casa e a contactar com as pessoas, para além de aprender coisas novas, contudo a utente também demonstrou resistência a ideia.

Análise clínica

Este caso consta de uma mulher com cerca de quarenta e dois anos, desempregada, e vive sozinha.

A utente foi vítima de violência doméstica, por parte do seu companheiro que a agrediu, puxando-lhe os cabelos, atirando-a ao chão, dando-lhe murros na cara ficando assim esta a sangrar e tentou estrangula-la no chão da casa de banho. A utente viveu momentos de terror.

A depressão reativa é desencadeada devido a um evento traumático, ou seja, é causada por uma alteração extrema da reação normal ao stresse, especialmente relacionada a eventos stressantes como a perda do emprego, fracasso de um relacionamento, divórcio ou a morte de um ente querido (André, 2006; Broca, 2010; Debray, 2007; Doutrelugne & Cottencin, 2008; Ernest, 2000; Ferreri, Ferreri, Nuss, 2003; Fondacci, 2009; Lévy-Soussan, 2002; Lim-Sabbah & Chaleil, 2007 & Sabbah, 2010).

A utente depois do evento traumático, apresentava um quadro depressivo, a utente não conseguia parar de chorar, sentia-se muito triste, não tendo motivação, sem vontade de fazer nada, só querendo ficar em casa sem ver ninguém.

A síndrome depressiva é de gravidade média, esta relacionada com um trauma psicológico, e pode durar várias semanas ou meses. Trata-se portanto de uma perda do entusiasmo pela vida, em todos os casos o sujeito vê o seu mundo mudar radicalmente, ele perde o domínio da sua referência, sendo assim obrigado a fazer uma reformulação do seu mundo. (André, 2006; Broca, 2010; Debray, 2007; Doutrelugne & Cottencin, 2008; Ernest, 2000; Ferreri, Ferreri, Nuss, 2003; Fondacci, 2009; Lévy-Soussan, 2002; Lim-Sabbah & Chaleil, 2007 & Sabbah, 2010).

Este tipo de depressão ocorre principalmente em indivíduos predispostos a desenvolverem depressão, e que tem dificuldade em lidar com a frustração. Alguns indivíduos têm a capacidade de experimentar situações dolorosas e deprimem transitoriamente, enquanto outros em circunstâncias semelhantes desenvolvem uma depressão (Garnier, Mitriot, Vaslin, Rouquette, Mativier e Mutti, 2005).

Numa primeira fase a utente relatou o episódio traumático onde foi abordado a relação que a utente tinha com o agressor, os sentimentos vividos no momento da agressão e depois da agressão.

Como já foi referido a APAV utiliza uma psicoterapia de apoio breve para com as vítimas de crimes que solicitam um apoio psicológico.

Neste caso utilizei com a utente algumas técnicas da terapia cognitivo-comportamental e da corrente humanista.

Numa primeira fase foram utilizadas técnicas da abordagem cognitivo-comportamental de modo a que a utente conseguisse fazer uma reavaliação das suas perceções e crenças relativamente a sua relação com agressor e também da sua vida em geral, reavaliando também as suas interpretações negativas, ou seja, a utente apresentava uma visão pessimista da sua vida, a utente afirmava que não tinha trabalho, que não tinha um companheiro, a sua família encontrava-se longe a utente sentia-se sozinha, apresentava pouca auto-estima, alguma dependência emocional em relação ao seu ex-companheiro.

Relativamente a “obsessão” que a utente apresentava em relação ao seu ex-companheiro, trabalhei com a utente no sentido de fazer a utente pensar se era essa relação que queria para a sua vida, uma vez que o seu ex-companheiro consumia álcool e drogas, os episódios de agressões que a utente sofreu, tudo isto foi explorado ao longo das sessões, foi também pedido a utente que fizesse “trabalhos de casa” como por exemplo pensar nas coisas boas e más da relação que a utente viveu com o seu ex-

companheiro e ver quais as que prevaleciam as boas ou as más. A utente mencionava ter prevalecido as más, mas mesmo assim depois de tudo a utente continuava a firmar que gostava do seu ex-companheiro, só não estando com este porque este não queria.

Foi perguntado a utente como via o seu amor pelo seu ex-companheiro, ao qual respondeu que talvez fosse um amor platónico, um amor quase impossível, afirmando que nunca o iria conseguir esquecer-lo.

Numas sessões a utente apresentava uma atitude de já não quer saber do seu ex-companheiro, noutras dizia que o amava e chorava cada vez que falava dele.

Penso que apesar do episódio traumático de que a utente foi vítima, o que marcou realmente a utente foi do seu ex-companheiro dizer que queria casar com a utente depois ocorreu o episódio traumático, e o facto do seu ex-companheiro não quer saber mais da utente. Pois segundo esta, era a utente que mandava mensagem e telefonava para o seu ex-companheiro.

Pode-se concluir assim, que tentei ajudar a utente, a deixar de se ver como uma “vítima” das situações, mas sim que adquirisse uma postura mais diretiva e responsável por suas mudanças de modo obter resultados positivos.

Isso foi feito através da paragem de pensamento sempre que surgisse pensamentos negativos tentar transforma-los em positivos, como já foi mencionado.

Foi sugerido também que a utente aprendesse novas competências sociais ou programar atividades de prazer, tais como, fazer voluntariado, tirar uma formação no centro de emprego entre outras coisas. Assim deste modo a utente iria sentir-se novamente útil, iria contactar e conhecer novas pessoas.

A estratégia utilizada no tratamento da depressão reativa, será uma psicoterapia (podendo ser uma psicoterapia cognitiva-comportamental ou interpessoal),e um

tratamento biológico, ou seja, a utilização de fármacos. (Angelotti, 2007 & Sene-Costa, 2006).

Os antidepressivos suprimem os sintomas, ajudando assim o paciente/cliente a participar do processo psicoterapêutico, aumentando a comunicação e o entendimento, resultante do processo terapêutico cognitivo aumentado deste modo a adesão ao tratamento medicamentoso, e também a esperança e confiança do paciente/cliente, levando a uma resposta positiva do tratamento (Angelotti, 2007 & Sene-Costa, 2006).

As psicoterapias ajudam o paciente/cliente a desenvolver uma certa capacidade para lidar com as situações de conflito e elaborar as perdas e os eventos traumáticos, desenvolvendo assim um maior amadurecimento de personalidade, de modo a lidar melhor com os stressés sociais e psicológicos (Angelotti, 2007 & Sene-Costa, 2006).

Para além das técnicas da abordagem cognitiva-comportamental, que tinha como objetivo ajudar a utente a ultrapassar o episódio traumático e a reeducar a utente relativamente a visão que tinha sobre si e sobre a sua vida.

Foi aconselhado a utente consultar um psiquiatra de modo a que fosse prescrito uma medicação que ajudasse a estabilizar o seu nível emocional.

No entanto, sem o uso concomitante da medicação, torna-se mais difícil de obter algum resultado favorável, pois é a medicação que diminui os sintomas depressivos e corrobora a presença na psicoterapia (Angelotti, 2007 & Sene-Costa, 2006).

Além da depressão reativa, a utente apresentava também alguns sintomas de uma depressão afetiva sazonal.

A utente afirma sentir-se mais em baixo quando esta tempo de chuva ou quando esta na estação do Outono/ Inverno.

Afirma que quando esta de chuva ou tempo mais cinzento sente-se triste, ficando sem ânimo, não lhe apetecendo fazer nada, nessas alturas a utente afirma só lhe apetecer

ficar fechada em casa, e também surgem-lhe pensamentos tristes, fica sem energia e sem apetite.

Contudo quando está sol, sente-se bem mais animada, já gosta de arejar a casa, abrir as janelas, sair e apanhar sol.

Segundo Haffen & Sechter (2006); Lavoie & Hébert (2007); Nevid, Rathus & Greene (2009), muitas pessoas afirmam que o seu humor varia com o tempo. Para alguns a mudança de estação de Verão para o Outono, leva a um tipo de depressão, chamado de depressão afetiva sazonal. Assim esta depressão ocorre no Outono/Inverno, com uma remissão dos sintomas na primavera/Verão. Mesmo não conhecendo as causas dos transtorno afetivo sazonal é possível que a mudança de luz durante, as estações do ano alteram os ritmos biológicos subjacentes que regulam os processos tais como a temperatura corporal, e o ciclo de vigília-sono

É também possível que durante os meses de Inverno há uma redução do neurotransmissor a serotonina, que regula o humor e o sistema nervoso central (Haffen & Sechter, 2006; Lavoie & Hébert, 2007; Nevid, Rathus & Greene, 2009).

Segundo Ernests (2000) também acredita-se que a queda de humor resulta de mudanças bioquímicas produzidas pela redução dos níveis de luz no Inverno.

Uma das teorias é que a diminuição de luz faz com que uma glândula na base do cérebro chamada glândula pineal, produz mais melatonina.

Assim, a produção de melatonina ocorre durante as horas de escuridão e ajuda as pessoas a ficarem mais sonolentas (Ernests, 2000).

Foi sugerido à utente que poderia recorrer a técnicas como a cromoterapia, a fototerapia. Foi feito também uma breve explicação do que consiste a técnica da fototerapia, foi explicado que seria utilizada uma luz branca, em que os olhos ficam abertos sem estarem voltados para luz, e essa luz irá ser responsável pela produção e liberação de

melatonina (um hormônio que regula o sono) e serotonina (consiste num neurotransmissor que regula o humor, a energia e o apetite).

Contudo também foi aconselhado que caso a utente quisesse recorrer a fototerapia, seria necessário falar primeiro com o seu médico de família, também existem outras técnicas como cromoterapia.

Segundo Bernardo (2010), na depressão afetiva sazonal o tratamento mais apropriado será a fototerapia, a utilização de uma lâmpada fluorescente de 10 000 lux sob a qual, se deve manter o paciente/cliente duas vezes por dia durante 45 minutos, uma entre as 6horas e as 9horas da manhã e outra entre as 18horas e 21horas da noite.

Além da terapia com luz branca, também a terapia com luz monocromática – a cromoterapia- e em particular a terapia com luz UV – a actinoterapia (Bernardo, 2010).

Reflexão pessoal do 2º caso

Quando iniciei o acompanhamento psicológico com a utente deparei-me com uma pessoa extremamente triste e desanimada.

Ao longo das sessões, fui-me apercebendo que a utente apresentava uma instabilidade emocional, ou seja, apresentava uma certa oscilação de humor, pois a utente tanto ria como de repente começava a chorar.

Ao longo das sessões, fui aconselhando a utente a consultar um psiquiatra, de modo a prescrever uma medicação, pois seria útil para ajudar a utente a estabilizar o nível de humor, dando-lhe assim condições para se tornar uma pessoa mais estável emocionalmente, contudo a utente demonstrou sempre resistência a ideia.

Senti uma certa dificuldade a trabalhar com a utente, pois como já foi referido numas sessões a sua oscilação emocional era mais vincada rindo e de imediato começava a

chorar, nessas alturas, respeitava o seu momento e por fim intervinha dando um reforço positivo, e tentava que a utente falasse de coisas agradáveis, de modo a acalmar um pouco a utente.

Em algumas sessões, senti um certo desânimo da utente em relação a sua vida, pois encontrava-se sozinha sem família por perto, sem emprego e a sua vida económica estava a ficar mal.

Assim, tentei ajudar a utente a identificar opções para o futuro e definir objetivos realistas a atingir, para melhorar o estado emocional.

Como já foi referido, foi sugerido que a utente aprendesse novas competências sociais ou programar atividades de prazer, tais como, fazer voluntariado, tirar uma formação no centro de emprego, assim deste modo a utente iria sentir-se novamente útil, iria contactar e conhecer novas pessoas.

Trabalhei com a utente, as formas distorcidas do seu pensamento que contribuíam para a sua tristeza relativamente a relação da utente com o seu ex-companheiro. Pois a utente insistia em tentar resgatar a relação, a utente telefonava e mandava mensagens para o seu ex-companheiro, alimentando assim o seu sentimento por este.

Ao longo das sessões fomos também analisando, a sua relação com o seu ex-companheiro, de modo a que a utente percebesse se aquela relação seria boa ou não para a sua vida. A utente demonstrava ter pouca auto-estima.

Foram também, identificados padrões de pensamentos e de comportamentos que contribuíam para manter a depressão. (Ex: o isolar-se de outras pessoas, de pensar em acontecimentos negativos, de forma constante).

Para além de recorrer a algumas técnicas da abordagem cognitivo-comportamental utilizei também em algumas sessões a abordagem humanista, tentei desenvolver com a utente uma escuta ativa e empática, onde a utente pode conversar livremente, sem pressões e sem julgamentos.

Penso que consegui ajudar a utente até certo ponto, pois a utente decidiu dar um novo rumo a sua vida ir ter com o seu irmão a França e a ai começar uma vida nova.

A utente apresentava pouca auto-estima, alguma dependência emocional em relação ao seu ex-companheiro.

Apesar de tudo julgo ter conseguido, até certo ponto ajudar a utente, pois ao longo das sessões fiz com que a utente refletisse sobre a sua vida, sobre si, sobre a relação que teve com o seu ex-companheiro.

Contudo penso que teria sido benéfico se a utente tivesse tomado uma medicação.

Reflexão pessoal

O balanço que faço deste ano de estágio é bastante positivo e muito enriquecedor. Inicialmente o primeiro impacto, provocou-me uma variedade de emoções; ansiedade, insegurança e incertezas. Pela primeira vez estaria em contacto com utentes, o que iria colocar à prova todos os conhecimentos e saberes adquiridos ao longo do curso.

Durante o estágio fui aprendendo a lidar com alguns receios e ultrapassar desafios. Para tal, foi preciso colocar em prática algumas estratégias de modo a limitar o meu envolvimento a nível pessoal e alcançar os objetivos propostos.

Especificamente, nos estudos de caso com que me deparei, desenvolvi uma prática mais distante, dando voz ao meu lado mais racional e salvaguardando-me das frustrações sentidas pelos pacientes. Inicialmente, uma das dificuldades que senti, foi no controlo das minhas intervenções, comandadas pela minha curiosidade de iniciante.

Senti, no decorrer do estágio, as minhas respostas/ajudas mais diretivas, mais assertivas, embora estando consciente de que em momento algum, deveria perder a capacidade de compreensão empática e de aceitação incondicional.

Em relação ao funcionamento do local de estágio, considero que tinha as condições necessárias para se efetuar um bom trabalho. Existiu sempre cooperação e aceitação por parte dos técnicos da APAV, proporcionando um ambiente harmonioso e facilitador.

Durante o estágio foi proporcionado pela APAV, oportunidades de formação externa, o que me permitiu frequentar as Jornadas de violência doméstica em Santarém, o congresso sobre tráfico de seres humanos em Portimão e outras ações de formação só possíveis, pelo empenho e interesse da APAV na formação dos estagiários, permitindo um melhor atendimento e ajuda às vítimas que procuram apoio na associação.

Tive a possibilidade de fazer feiras de voluntariado onde pude comunicar com os alunos de outras universidades dando assim a conhecer a instituição APAV, em que se baseia o seu trabalho e as suas intervenções.

Outra experiência bastante enriquecedora foi a possibilidade de realizar uma ação de sensibilização numa escola secundária sobre o tema “A violência no namoro”. No final, através de um debate com professores e alunos, estabeleceu-se uma troca de conhecimentos, ideias e opiniões que, estou certa, permitiram criar maior e melhor consciência sobre o tema.

Este estágio deu-me a oportunidade de lidar com realidades muito diferentes, ajudou-me a tornar num ser humano mais consciente e mudou o modo como vejo o mundo.

Finalmente é importante salientar, todo o apoio prestado pela Universidade Autónoma de Lisboa (UAL) e pela APAV, que tanto contribuíram para a minha formação, desenvolvimento pessoal, capacidade de compreensão empatia e auto-estima. Ajudaram-me a amadurecer como profissional e, estou certa, como ser humano.

Conclusão

Com este trabalho ficamos a conhecer um pouco melhor a APAV, como sendo uma instituição sem fins lucrativos, tendo como objetivo principal apoiar todo o tipo de vítimas, isto é, qualquer pessoa que individual ou colectivamente, tenha sofrido danos, inclusive danos físicos, mentais ou emocionais, perda financeira ou prejuízo substancial dos seus direitos fundamentais.

Muitas das vítimas podem ter sido vítimas de uma violência intencional, que consiste na violência interpessoal, (homicídios, maus tratos, assaltos, violência domestica, violência sexual, violência autoinfligida, violência coletiva etc.).

Assim as vítimas que contactam a APAV consistem em vítimas de violência intencional, que na grande maioria se resume a violência doméstica.

Na violência doméstica, a grande maioria das vítimas pertence ao sexo feminino, esta problemática, não ocorre apenas em classe socioeconómicas baixas e/ou em famílias com dificuldades financeiras, mas também ocorre em classes médias e altas, e refere-se a qualquer ato, conduta ou omissão que sirva para infligir, reiteradamente ou não, e com intensidade, sofrimentos físicos, psicológicos, sexuais e/ou económico de modo direto ou indireto, a qualquer pessoa que habite no mesmo agregado domestico privado, ou não, isto é, pode ser também exercida por ex-companheiro, ex-cônjuge ou Ex-namorado.

Este tipo de violência possui um ciclo, o ciclo da violência doméstica dividido em três fases, a fase do aumento da tensão, a fase do ataque violento e por ultimo a fase do apaziguamento ou da lua-de-mel.

Esta problemática para além de gerar um sentimento de medo nas vítimas por vezes desencadeia um transtorno de stresse pós-traumatico, que se pode manifestar passado

meses ou mesmo anos. Sendo caracterizado por uma condição que pode surgir após a ocorrência de um evento no qual a pessoa tenha sido vítima de uma agressão física, de maneira violenta, ou tenha sofrido muitas ameaças, assaltos, esturpos, entre outras coisas.

Ao longo do estágio foram também desenvolvidas atividades, tais como feiras de voluntariado, ação de sensibilização e petição. Foi também dada a oportunidade de enriquecer conhecimentos através de formações, *workshops* e congressos.

Contudo o estágio deu a oportunidade de fazer acompanhamento psicológico a utentes que requeriam esse processo.

Neste relatório foram apresentados dois casos clínicos, ou seja, dois acompanhamentos psicológicos que embora de problemáticas distintas, foram vítimas de uma violência intencional.

O primeiro caso apresentado, consistiu numa vítima de um assalto a mão armada, em que desencadeou na utente um transtorno de stresse agudo, da qual resultaram sintomas fisiológicos tais como ansiedade, seguidos de suores, palpitações entre outros sintomas.

Contudo ao longo das sessões foi observado também um luto patológico por parte da utente.

Relativamente ao segundo caso, consistiu num episódio de violência domestica, em que a utente apresentou o desenvolvimento de uma depressão reativa, desencadeada devido a um evento traumático, causada por uma alteração extrema da reação normal ao stresse, especialmente relacionada a eventos stressantes, como a perda de emprego, pelo fracasso de uma relação, divorcio.

Apresentava também em traços gerais uma depressão afetiva sazonal, pois o seu humor varia com o tempo, e quando existe uma mudança de estação de Verão para Outono leva a um tipo de depressão.

Ambos os casos foram interessantes, o primeiro caso a utente conseguiu ultrapassar o transtorno de stresse agudo e ultrapassar os sintomas ansiosos, resolveu o seu luto em relação a sua mãe, tornando-se assim numa mulher mais feliz e confiante.

Para finalizar e relativamente ao segundo caso, devido a resistência da utente em consultar um psiquiatra e tomar medicação, existiu muita instabilidade emocional o que dificultou um pouco o trabalho, contudo a utente estava disposta a dar um novo rumo a sua vida, indo recomeçar uma vida nova, junto do seu irmão que vive em Lyon.

Pode-se concluir assim, que foi um ano de estágio, cheio de aprendizagens, interações, crescimento e satisfação pessoal.

Referências Bibliográficas

Alves, U. S. (2002). *Inteligências, percepções, identificações e teorias*. Editora : Vetor SP. Brasil.

André, C. (2004). *Psychologie de la peur: craintes, angoisses et phobies*. Édition: Odile Jacob. Retrieved from http://books.google.pt/books?id=1O77u6UVOMoC&printsec=frontcover&dq=Psychologie+de+la+peur:+craintes,+angoisses++et+phobies&hl=pt-PT&ei=-wT5TbHOMcaLhQe7n4SpDA&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false

André, P. (2006). *Psychiatrie de l'adulte: formations médicales et paramédicales*. 4^oÉdition :Heures. Retrieved from http://books.google.pt/books?id=z5FH839Hh_kC&printsec=frontcover&dq=Psychiatrie+de+l%60adulte:+formations+m%C3%A9dicales+et+param%C3%A9dicales&hl=pt-PT&ei=xuvoTc6vGpG4hAf6hZGRAQ&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCwQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false France.

Angelotti, G. (2007). *Terapia cognitiva-comportamental para os transtornos da ansiedade*. Editora: Casa do Psicólogo. Retrieved from http://books.google.pt/books?id=IZsrOKtEs9EC&pg=PA49&dq=Terapia+cognitiva-comportamental+para+os+transtornos+da+ansiedade&hl=pt-PT&ei=VP3sTd7tPMuWOpHVsaMB&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CDYQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false

APAV. (2000). *Manual Alcipe. Para o atendimento de mulheres vítimas de violência.*

Lisboa.

APAV. (2005). *Manual de procedimentos dos serviços de apoio à vítima de crime na*

APAV. Lisboa: APAV.

Arcand, S., Gravel, D. D. S., Harper, E. (2008). *Violences faites aux femmes.* Édition:

PUQ. Retrieved from

<http://books.google.pt/books?id=6I4hVDpqvloC&pg=PA348&dq=Violences+faites+aux+femmes&hl=pt->

[PT&ei=vv3sTY7pF42aOv7w1JYB&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false](http://books.google.pt/books?id=6I4hVDpqvloC&pg=PA348&dq=Violences+faites+aux+femmes&hl=pt-PT&ei=vv3sTY7pF42aOv7w1JYB&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false)

Araújo, M. F., & Mattioli, O. C. (2004). *Género e violência.* Editora: Arte & Ciência.

Retrieved from

<http://www.google.pt/search?hl=pt->

[PT&tbo=1&tbm=bks&q=G%C3%A9nero+e+viol%C3%Aancia&btnG=Pesquisar&oq=G%C3%A9nero+e+viol%C3%Aancia&aq=f&aql=&aql=&gs_sm=s&gs_upl=953211288610111101010101484148414-1](http://www.google.pt/search?hl=pt-PT&tbo=1&tbm=bks&q=G%C3%A9nero+e+viol%C3%Aancia&btnG=Pesquisar&oq=G%C3%A9nero+e+viol%C3%Aancia&aq=f&aql=&aql=&gs_sm=s&gs_upl=953211288610111101010101484148414-1)

Bee, H., Boyd, D., Gosselin, F. (2003). *Psychologie du développement: les âges de la*

vie. 2^a Édition : De boeck université. Retrieved from

http://books.google.pt/books?id=Ff5GOfD_2cYC&printsec=frontcover&dq=Psychologie+du+d%C3%A9veloppement:+les+%C3%A2ges+de+la++vie&hl=pt-

[PT&ei=Lf7sTcuGLI6eOpuY2J0B&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false](http://books.google.pt/books?id=Ff5GOfD_2cYC&printsec=frontcover&dq=Psychologie+du+d%C3%A9veloppement:+les+%C3%A2ges+de+la++vie&hl=pt-PT&ei=Lf7sTcuGLI6eOpuY2J0B&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false)

Bernardo, L. M. (2010). *Histórias da luz e das cores*, volume 3. 1^o edição. Editora:

Universidade do Porto. Porto.

Blay, E. A. (2008). *Assassinato de mulheres e direitos humanos*. Editora: Editora34.

Brasil. Retrieved from

http://books.google.pt/books?id=5mJmidzoFbEC&printsec=frontcover&dq=Assassinato+de+mulheres+e+direitos+humanos&hl=pt-PT&ei=7_7sTfPAHYrpOYXt7ZgP&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CC4Q6AEwAA#v=onepage&q&f=false

Broca, A. (2010). *Deuils et endeuillés*. 4^o Édition: Masson. Paris. Retrieved from

http://books.google.pt/books?id=Vbp5PlyyLoMC&pg=PA226&dq=Deuils+et+endeuill%C3%A9e.+3%C2%BA+%C3%89dition&hl=pt-PT&ei=eP_sTeDfKMLsOYWV0bMB&sa=X&oi=book_result&ct=book-thumbnail&resnum=1&ved=0CCwQ6wEwAA#v=onepage&q&f=false

Brown, S. L. (2007). *Counseling victims of violence: a handbook for helping professionals*. Editora: Hunter House. United States. Retrieved from

http://books.google.pt/books?id=C2mn3GIezJoC&printsec=frontcover&dq=Counseling+victims+of+violence:+a+handbook+for+helping+professionals.&hl=pt-PT&ei=dgDtTZOxIcZrOeG58ZkB&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false

Bruno, P., Oldenburg, C. (2005). *Enfermagem em pronto-socorro*. Editora: Senac Nacional. Rio de Janeiro. Retrieved from

http://books.google.pt/books?id=VxJp_tbOdrIC&printsec=frontcover&dq=Enfermagem+em+pronto-socorro&hl=pt-PT&ei=Awf5TdPuB8XMhAfPxbWhDA&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CDIQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false

Caldas, A. C. (2000). *A herança de Franz Joseph Gall*. Editora: McGraw-hill. Portugal.

Caldwell, Jennifer E., Swan, S. C., Woodbrown, V. D. (2012). Gender differences in intimate partner violence outcomes. *Psychology of Violence*, Vol 2(1), Jan, 2012. pp. 42-57. [Journal Article]

Camargo, J. (2001). *Educação dos sentimentos*. 7ª ed. Editora: AGE Ltda. Brasil.

Retrieved from

http://books.google.pt/books?id=58G2RVzvlDIC&printsec=frontcover&dq=Educa%C3%A7%C3%A3o+dos+sentimentos&hl=pt-PT&ei=igf5TfW6H8ybhQeUncGKDA&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false

Campos, A. H. (2008). *Direitos humanos das mulheres*. Editora: Jurua. Brasil. Retrieved from

http://books.google.pt/books?id=SC4MrhueRaYC&printsec=frontcover&dq=Direitos+humanos+das+mulheres&hl=pt-PT&ei=PAHtTa2JC4abOvf8lKEB&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false

Cervený, C. M. O. (2006). *Família e narrativas, filhos no divórcio, violência, intervenção sistémica*. Editora: Casa do Psicólogo. Brasil. Retrieved from

http://books.google.pt/books?id=b2F0Bec6f-8C&pg=PA3&dq=Fam%C3%ADlia+e+narrativas,+filhos+no+div%C3%B3rcio,+viol%C3%Aancia,+interven%C3%A7%C3%A3o+sist%C3%A9mica.&hl=pt-PT&ei=gwHtTbn4OsqBOtDV4bcB&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false

Chamberland, C. (2003). *Violence parentale et violence conjugale dès réalités plurielles, multidimensionnelles et interreliées*. Édition: PUQ. Canada. Retrieved from

http://books.google.pt/books?id=KkAMBcJqgnoC&printsec=frontcover&dq=Violence+parentale+et+violence+conjugale+d%C3%AAs+r%C3%A9alit%C3%A9s++++++plurielles,+multidimensionnelles+et+interreli%C3%A9es.&hl=pt-PT&ei=EALtTd-VHY3pOdWWIJQB&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCwQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false

Coutanceau, R. (2006). *Amour et violence: le défi de l'intimité*. Édition: Odile Jacob. Paris. Retrieved from

http://books.google.pt/books?id=VT_EIamtjboC&printsec=frontcover&dq=Amour+et+violence:+le+d%C3%A9fi+de+l'intimit%C3%A9&hl=pt-PT&ei=dALtTcmOF8SbOqLekKQB&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false

Couto, S. M. A. (2005). *Violência doméstica: uma nova intervenção terapêutica*. Editora: Universidade FUMEC/FCH. Brasil.

Crocq, L. (2007). *Traumatismes psychiques: prise en charge psychologique des victimes*. Édition: Masson. Retrieved from

http://books.google.pt/books?id=M1s2KTo2FbIC&printsec=frontcover&dq=Traumatismes+psychiques:+prise+en+charge+psychologique+des+victimes.&hl=pt-PT&ei=FgPtTZKZN4vpOYq13aoB&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false

Cunha, T. R. (2007). *O preço do silêncio: mulheres ricas também sofrem violência*.

Editora: Uesb. Retrieved from

http://books.google.pt/books?id=UXFnRHU5g8IC&printsec=frontcover&dq=O+pre%C3%A7o+do+sil%C3%Aancio:+mulheres+ricas+tamb%C3%A9m+sofrem+viol%C3%Aancia&hl=pt-PT&ei=UgPtTczTIYmUOqqstZUB&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CDMQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false

Cusson, M., Ouimet, M., Proulx, J. (2000). *Les violences criminelles*. Edition:

Université Laval. Canada. Retrieved from

http://books.google.pt/books?id=rbpgZS9njf0C&printsec=frontcover&dq=Les+violences+criminelles&hl=pt-PT&ei=rwPtTfiCHoqBOq_RqKoB&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false

Damasio, A. R., Blanc, M. (2006). *L'erreur de Descartes: la raison des émotions*.

Édition : Odile Jacob. Paris. Retrieved from

http://books.google.pt/books?id=JZYO-2ZlljsC&printsec=frontcover&dq=L%60erreur+de+Descartes:+la+raison+des+%C3%A9motions&hl=pt-PT&ei=Ywj5TYCxGISXhQeAx_ikDA&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCwQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false

Deaton, N., Hertica, M. (2003). *Creciendo libre: manual para sobrevivientes de la violencia doméstica*. Editora: Routledge. Retrieved from

<http://books.google.pt/books?id=RV5rnQEMovEC&printsec=frontcover&dq=Creciendo+libre:+manual+para+sobrevivientes+de+la+violencia+dom%C3%A9stica.&hl=pt->

[PT&ei=PATtTYjnEc3tOfmktZQB&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false](http://books.google.pt/books?id=RV5rnQEMovEC&printsec=frontcover&dq=Creciendo+libre:+manual+para+sobrevivientes+de+la+violencia+dom%C3%A9stica.&hl=pt-PT&ei=PATtTYjnEc3tOfmktZQB&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false)

Debray, Q. (2007). *Psychiatrie: soins infirmis. Syndromes et maladies*. (5^oÉdit) :

Elsevier Masson. Retrieved from

<http://books.google.pt/books?id=Gz74gezyWdQC&printsec=frontcover&dq=Psychiatrie:+soins+infirmiers.+Syndromes+et+maladies.&hl=pt-PT&ei=pQTtTY->

[_C8SUOsmUzKEB&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false](http://books.google.pt/books?id=Gz74gezyWdQC&printsec=frontcover&dq=Psychiatrie:+soins+infirmiers.+Syndromes+et+maladies.&hl=pt-PT&ei=pQTtTY-_C8SUOsmUzKEB&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false)

Dierick, M., Peuskens, J., Ansseau, M., D`Haenen, H., Linkowski, P. (2003). *Manuel de psychopharmacothérapie*. Édition: Academia Press. Retrieved from

http://books.google.pt/books?id=rz25Rjkqw7sC&printsec=frontcover&dq=Manuel+de+psychopharmacoth%C3%A9rapie.&hl=pt-PT&ei=6QTtTfr_D8KaOqOD-

[ZAB&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCwQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false](http://books.google.pt/books?id=rz25Rjkqw7sC&printsec=frontcover&dq=Manuel+de+psychopharmacoth%C3%A9rapie.&hl=pt-PT&ei=6QTtTfr_D8KaOqOD-ZAB&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCwQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false)

Doutrelugne, Y., Cottencin, O. (2008). *Thérapies brèves : principes et outils pratiques*.

(2^o Édit) : Elsevier Massion. Retrieved from

<http://books.google.pt/books?id=zfVTNd2TUG0C&printsec=frontcover&dq=edition+de+Th%C3%A9rapies+br%C3%A8ves:+principes+et+outils+pratiques.&hl=pt->

[PT&ei=rjj7TdnVDcuLhQfCydieAw&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false](http://books.google.pt/books?id=zfVTNd2TUG0C&printsec=frontcover&dq=edition+de+Th%C3%A9rapies+br%C3%A8ves:+principes+et+outils+pratiques.&hl=pt-PT&ei=rjj7TdnVDcuLhQfCydieAw&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false)

Ernst, E. (2000). *Depressão*. Editora: Cllis.Brasil. Retrieved from

http://books.google.pt/books?id=AhVn73riZiEC&printsec=frontcover&dq=Depress%C3%A3o&hl=pt-PT&ei=ogXtTbDWKoScOsW3oZ8B&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=2&ved=0CDwQ6AEwAQ#v=onepage&q&f=false

Ferrari, D. C. A., Vecina, T. C. C. (2002). *O fim do silêncio na violência familiar*. Teoria e Prática. Editora: Agora. Brasil. Retrieved from

http://books.google.pt/books?id=cOAWQYpsMIYC&printsec=frontcover&dq=O+fim+do+sil%C3%A2ncio+na+viol%C3%A2ncia+familiar&hl=pt-PT&ei=8QXtTZHpOsmAOsrQtKsB&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false

Ferragut, E. (2000). *La dimension de la souffrance en psychosomatique*. Édition: Masson. Retrieved from

http://books.google.pt/books?id=46FWjV8skx0C&printsec=frontcover&dq=La+dimension+de+la+souffrance+en+psychosomatique&hl=pt-PT&ei=iwbTtdAtioE62ZX8oAE&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false

Ferreri, M., Ferreri, F., Nuss, P. (2003). *La dépression au féminin*. Édition: Jonh Libbey Eurotext. Paris. Retrieved from

http://books.google.pt/books?id=hNs2__U3YsUC&printsec=frontcover&dq=La+d%C3%A9pression+au+f%C3%A9minin&hl=pt-PT&ei=wgbtTc2JCoPsOann7LMH&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false

Filho, J. M. (2005). *Concepção psicossomática: visão atual*. (10ª Edi.): Casa do Psicólogo. Brasil. Retrieved from

http://books.google.pt/books?id=ytRyCqdCz5cC&printsec=frontcover&dq=Concep%C3%A7%C3%A3o+psicossom%C3%A1tica:+vis%C3%A3o+atual&hl=pt-PT&ei=DwftTeGLMMnrOZH_7ZUB&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false

Fleury, H. J., Khouri, G. S., Hug, E. (2008). *Psicodrama e Neurociência: contribuições para a mudança terapêutica*. Editora: Ágora. São Paulo Retrieved from

http://books.google.pt/books?id=-OhskelSMRQC&printsec=frontcover&dq=Psicodrama+e+Neuroci%C3%A4ncia:+contribui%C3%A7%C3%A3o+para+a+mudan%C3%A7a+terap%C3%AAutica.&hl=pt-PT&ei=qwftTeSYKo-bOq6JxaQB&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CDAQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false

Fondacci, C. (2009). *Les dépressions*. Édition: Springer. Paris. Retrieved from

[http://books.google.pt/books?id=kM5kKyGZlzM&printsec=frontcover&dq=\).+Les+d%C3%A9pressions&hl=pt-PT&ei=MgjtTamaOMbqOdXHraUB&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false](http://books.google.pt/books?id=kM5kKyGZlzM&printsec=frontcover&dq=).+Les+d%C3%A9pressions&hl=pt-PT&ei=MgjtTamaOMbqOdXHraUB&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false)

Garnier, A. M., Mitriot, M., Vaslin, C., Rouquette, C., Mativier, R., Mutti, V. (2005).

Psychiatrie et soins infirmiers : adolescents, adultes. (2^o Édit) : Lamarre. Paris.

Retrieved

from

http://books.google.pt/books?id=d1VDUPB31aYC&printsec=frontcover&dq=Psychiatrie+et+soins+infirmiers+:+adolescents,+adultes&hl=pt-PT&ei=begtTcmjJYmBOquAubYB&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCwQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false

Gasman, I., Borentain, S. (2004). *Psychiatrie*. Édition : Masson. Retrieved from

http://books.google.pt/books?id=ayKD6dj0bjQC&printsec=frontcover&dq=Psychiatrie&hl=pt-PT&ei=Swn5TZi-JIK1hAe0ztCaDA&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=2&ved=0CC8Q6AEwATge#v=onepage&q&f=false

Gloaguen, D. (2005). *Stress contrôle: Le stress n'aura pas votre peau*. Éditions: Alpen.

Retrieved from

http://books.google.pt/books?id=L-iq2gi1cn0C&printsec=frontcover&dq=Stress+contr%C3%B4le:+Le+stress+n'aura+pas+votre+peau&hl=pt-PT&ei=xQn5TZksy7uEB9CEsPIL&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CC0Q6AEwAA#v=onepage&q&f=false

Gonçalves, R. A., & Machado, C. (coords.) (2002). *Violência e Vitimas de crime*, (vol.1): Adultos. Editora: Quarteto. Coimbra.

Greco, A. (2006). *Cérebro: a maravilhosa maquina, novas descobertas o tornam ainda mais fascinante*. Editora: Terceiro nome. Brasil. Retrieved from

[http://books.google.pt/books?id=kDFAuhobjL4C&printsec=frontcover&dq=C%C3%A9rebro:+a+maravilhosa+maquina,+novas+descobertas+o+tornam+ainda+mais+fascinante&hl=pt-PT&ei=fAr5TZv-](http://books.google.pt/books?id=kDFAuhobjL4C&printsec=frontcover&dq=C%C3%A9rebro:+a+maravilhosa+maquina,+novas+descobertas+o+tornam+ainda+mais+fascinante&hl=pt-PT&ei=fAr5TZv-BomwhAfflMmKDA&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCwQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false)

[BomwhAfflMmKDA&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCwQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false](http://books.google.pt/books?id=kDFAuhobjL4C&printsec=frontcover&dq=C%C3%A9rebro:+a+maravilhosa+maquina,+novas+descobertas+o+tornam+ainda+mais+fascinante&hl=pt-PT&ei=fAr5TZv-BomwhAfflMmKDA&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCwQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false)

Grossi, P. K., & Werba, G. C. (2001). *Violências e gênero; coisas que a gente não gostaria de saber*. (1ª Ed.): Edipucrs. Brasil. Retrieved from

[http://books.google.pt/books?id=EMHRcN2KPYUC&printsec=frontcover&dq=Viol%C3%Aancias+e+g%C3%A9nero;+coisas+que+a+gente+n%C3%A3o+gostaria+de+saber.&hl=pt-](http://books.google.pt/books?id=EMHRcN2KPYUC&printsec=frontcover&dq=Viol%C3%Aancias+e+g%C3%A9nero;+coisas+que+a+gente+n%C3%A3o+gostaria+de+saber.&hl=pt-PT&ei=JArtTa6fDImbOtjNuI8B&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCCoQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false)

[PT&ei=JArtTa6fDImbOtjNuI8B&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCCoQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false](http://books.google.pt/books?id=EMHRcN2KPYUC&printsec=frontcover&dq=Viol%C3%Aancias+e+g%C3%A9nero;+coisas+que+a+gente+n%C3%A3o+gostaria+de+saber.&hl=pt-PT&ei=JArtTa6fDImbOtjNuI8B&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCCoQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false)

Guay, S., Marchand, A. (2006). *Les troubles liés aux événements traumatiques*. Édition: PUM. Canada. Retrieved from

[http://books.google.pt/books?id=_NZILFUXQV4C&printsec=frontcover&dq=Les+troubles+li%C3%A9s+aux+%C3%A9v%C3%A9nements+traumatiques&hl=pt-](http://books.google.pt/books?id=_NZILFUXQV4C&printsec=frontcover&dq=Les+troubles+li%C3%A9s+aux+%C3%A9v%C3%A9nements+traumatiques&hl=pt-PT&ei=UArtTcyZDsiBOvfhvY4B&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCCoQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false)

[PT&ei=UArtTcyZDsiBOvfhvY4B&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCCoQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false](http://books.google.pt/books?id=_NZILFUXQV4C&printsec=frontcover&dq=Les+troubles+li%C3%A9s+aux+%C3%A9v%C3%A9nements+traumatiques&hl=pt-PT&ei=UArtTcyZDsiBOvfhvY4B&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCCoQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false)

Habib, M. (2003). *Bases neurológicas dos comportamentos*. Editora: Climepsi. Lisboa.

Haffen, E., Sechter, D. (2006). *Les dépressions saisonnières*. Édition : John Libbey

Eurotext. Paris. Retrieved from

[http://books.google.pt/books?id=NUORtBazhg4C&printsec=frontcover&dq=Les+d](http://books.google.pt/books?id=NUORtBazhg4C&printsec=frontcover&dq=Les+d%C3%A9pressions+saisonnières&hl=pt-PT&ei=ygrtTYryDceAOtLPrZMB&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false)

[%C3%A9pressions+saisonnières&hl=pt-](http://books.google.pt/books?id=NUORtBazhg4C&printsec=frontcover&dq=Les+d%C3%A9pressions+saisonnières&hl=pt-PT&ei=ygrtTYryDceAOtLPrZMB&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false)

[PT&ei=ygrtTYryDceAOtLPrZMB&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false](http://books.google.pt/books?id=NUORtBazhg4C&printsec=frontcover&dq=Les+d%C3%A9pressions+saisonnières&hl=pt-PT&ei=ygrtTYryDceAOtLPrZMB&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false)

[ed=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false](http://books.google.pt/books?id=NUORtBazhg4C&printsec=frontcover&dq=Les+d%C3%A9pressions+saisonnières&hl=pt-PT&ei=ygrtTYryDceAOtLPrZMB&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false)

Iverson, K. M., Shenk, C., Fruzzetti, A. E. (2009). Dialectical behavior therapy for

women victims of domestic abuse: A pilot study. *Professional Psychology: Research*

and Practice, Vol 40(3), Jun, 2009. pp. 242-248. [Journal Article]

Kovács, M. J. (2008). *Educação para a morte: temas e reflexões*. Editora: Casa do

Psicólogo. Brasil. Retrieved from

[http://books.google.pt/books?id=Kqp1awQ-](http://books.google.pt/books?id=Kqp1awQ-RCsC&printsec=frontcover&dq=Educa%C3%A7%C3%A3o+para+a+morte:+temas+e+reflex%C3%B5es&hl=pt-PT&ei=oAvtTaiZIsXpOd6wobIB&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false)

[RCsC&printsec=frontcover&dq=Educa%C3%A7%C3%A3o+para+a+morte:+temas](http://books.google.pt/books?id=Kqp1awQ-RCsC&printsec=frontcover&dq=Educa%C3%A7%C3%A3o+para+a+morte:+temas+e+reflex%C3%B5es&hl=pt-PT&ei=oAvtTaiZIsXpOd6wobIB&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false)

[+e+reflex%C3%B5es&hl=pt-](http://books.google.pt/books?id=Kqp1awQ-RCsC&printsec=frontcover&dq=Educa%C3%A7%C3%A3o+para+a+morte:+temas+e+reflex%C3%B5es&hl=pt-PT&ei=oAvtTaiZIsXpOd6wobIB&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false)

[PT&ei=oAvtTaiZIsXpOd6wobIB&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false](http://books.google.pt/books?id=Kqp1awQ-RCsC&printsec=frontcover&dq=Educa%C3%A7%C3%A3o+para+a+morte:+temas+e+reflex%C3%B5es&hl=pt-PT&ei=oAvtTaiZIsXpOd6wobIB&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false)

[d=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false](http://books.google.pt/books?id=Kqp1awQ-RCsC&printsec=frontcover&dq=Educa%C3%A7%C3%A3o+para+a+morte:+temas+e+reflex%C3%B5es&hl=pt-PT&ei=oAvtTaiZIsXpOd6wobIB&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false)

Krug, E. G. (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Édition: world health

organization. Genève. Retrieved from

[http://books.google.pt/books?id=AwS4ttEEp_IC&printsec=frontcover&dq=Rapport+](http://books.google.pt/books?id=AwS4ttEEp_IC&printsec=frontcover&dq=Rapport+mondial+sur+la+violence+et+la+sant%C3%A9&hl=pt-PT&ei=4QvtTa6cIMSEOq6gyK8B&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false)

[mondial+sur+la+violence+et+la+sant%C3%A9&hl=pt-](http://books.google.pt/books?id=AwS4ttEEp_IC&printsec=frontcover&dq=Rapport+mondial+sur+la+violence+et+la+sant%C3%A9&hl=pt-PT&ei=4QvtTa6cIMSEOq6gyK8B&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false)

[PT&ei=4QvtTa6cIMSEOq6gyK8B&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false](http://books.google.pt/books?id=AwS4ttEEp_IC&printsec=frontcover&dq=Rapport+mondial+sur+la+violence+et+la+sant%C3%A9&hl=pt-PT&ei=4QvtTa6cIMSEOq6gyK8B&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false)

[ed=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false](http://books.google.pt/books?id=AwS4ttEEp_IC&printsec=frontcover&dq=Rapport+mondial+sur+la+violence+et+la+sant%C3%A9&hl=pt-PT&ei=4QvtTa6cIMSEOq6gyK8B&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false)

- Lachapelle, H., Forest, L. (2000). *La violence conjugale: développer l'expertise infirmière*. Édition: PUQ. Canada. Retrieved from http://books.google.pt/books?id=QZFczZwZ-20C&printsec=frontcover&dq=La+violence+conjugale:+d%C3%A9velopper+l%60expertise+infirmi%C3%A9re&hl=pt-PT&ei=JQztTZ6lFoeUOtnPuI8B&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false
- Lavoie, M. P., Hébert, M. (2007). *Faire la lumière sur le trouble affectif saisonnier*. Revue de Canadian Psychological Association: Vol. 48, No. 3, 187-199
- Levinson, C. A., Giancola, P. R., Parrott, D. J (2011). Beliefs about aggression moderate alcohol's effects on aggression. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, Vol 19(1), Feb, 2011. pp. 64-74. [Journal Article]
- Lévy-Soussan, P. (2002). *Psychiatrie*. Édition: Estem. Paris. Retrieved from http://books.google.pt/books?id=wicz5OTj9QC&pg=PP1&dq=Psychiatrie+2002+L%C3%A9vy-Soussan&hl=pt-PT&ei=yQv5TdH9O8KKhQfM-dCSDA&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q=Psychiatrie%202002%20L%C3%A9vy-Soussan&f=false
- Lim-Sabbah, I., Chaleil, V. (2007). *Psychiatrie*. Édition: Elsevier Masson. France.
- Lima, V. M. (2006). *O caminho de volta*. Editora: Age Ltda. Porto Alegre. Retrieved from http://books.google.pt/books?id=tTHPuZwanYcC&pg=PA141&dq=O+caminho+de+volta&hl=pt-PT&ei=rQ3tTZOFJ5CeOpb0kJQB&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=2&ved=0CC8Q6AEwAQ#v=onepage&q&f=false

- Magalhães, B. (2005). *As marcas do corpo contando a história: um estudo sobre a violência doméstica*. Editora: UFAL. Alagoas. Brasil. Retrieved from http://books.google.pt/books?id=k94x4dGmthwC&printsec=frontcover&dq=As+marcas+do+corpo+contando+a+hist%C3%B3ria:+um+estudo+sobre+a+viol%C3%AAn cia+dom%C3%A9stica.&hl=pt-PT&ei=_A3tTdn_O8KgOt3j7I0B&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false
- Magalhães, T. (2010). *Violência e Abuso. Respostas simples para questões complexas*. Editora: Imprensa Universidade de Coimbra.
- Marchiori, H., Bido, M. J., Fortete, C. (n.d.). *Victimología. La víctima desde una perspectiva criminológica*. Brujas. Argentina. Retrieved from http://books.google.com/books?id=nbsV0FaTo-UC&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbg_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Marshall, A. D., Jones, D. E., Feinberg, M. E. (2011). Enduring vulnerabilities, relationship attributions, and couple conflict: An integrative model of the occurrence and frequency of intimate partner violence. *Journal of Family Psychology*, Vol 25(5), Oct, 2011. pp. 709-718. [Journal Article]
- Mendonça, V., M., P. (2000). *Violência doméstica*. Editora: Comissão para a igualdade e para os direitos das mulheres. Lisboa.
- Mullender, A. (2000). *La violencia Doméstica: Una Nueva Visión de un viejo problema*. Editora: Paidós. Barcelona.
- Nações Unidas. (2003). *Estratégias de combate à violência doméstica - Manual de Recursos*. Editora: Direcção-Geral de Saúde. Lisboa.
- Retrieved from <http://www.galeon.com/oncare/prevencao/violencia.pdf>

Neto, A. C., Gover, G. J. C., Furtado, N. R. (2003). *Psiquiatria para estudantes de medicina*. Editora: Edipucrs. Brasil. Retrieved from

http://books.google.pt/books?id=B8LByUTKwS0C&printsec=frontcover&dq=Psiquiatria+para+estudantes+de+medicina&hl=pt-PT&ei=SQ_tTemqIMbpOZf1kZoB&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CC4Q6AEwAA#v=onepage&q&f=false

Neto, M. D. T. P. B. (2000). *Sem medo de ter medo*. Editora: Casa do Psicólogo. Brasil. Retrieved from

http://books.google.pt/books?id=jSyvNLnZvsUC&printsec=frontcover&dq=Sem+medo+de+ter+medo.&hl=pt-PT&ei=uhLtTYGIKouaOsWJkZQB&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CC0Q6AEwAA#v=onepage&q&f=false

Nevid, J., Rathus, S. Greene, B. (2009). *Psychopathologie*. 7^a Édition: Pearson Education. Paris. Retrived from

[http://books.google.com/books?id=LUpugB2hPTkC&pg=PA411&dq=Nevid,+J.,+Rathus,+S.+\(2009\).+Psychopathologie&hl=pt-PT&ei=6TLcTpiUB87IsgaOr4CrBg&sa=X&oi=book_result&ct=book-thumbnail&resnum=3&ved=0CDYQ6wEwAg#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com/books?id=LUpugB2hPTkC&pg=PA411&dq=Nevid,+J.,+Rathus,+S.+(2009).+Psychopathologie&hl=pt-PT&ei=6TLcTpiUB87IsgaOr4CrBg&sa=X&oi=book_result&ct=book-thumbnail&resnum=3&ved=0CDYQ6wEwAg#v=onepage&q&f=false)

Novaes, A. (2007). *Ensaaios sobre o medo*. Edição: Senac. Brasil. Retrieved from <http://books.google.pt/books?id=ht7AFnd55pMC&printsec=frontcover&dq=Ensaio+s+sobre+o+medo.&hl=pt-PT&sa=X&ei=G5cuT52aLqTI0QW8xfWsCA&ved=0CDEQ6AEwAA#v=onepage&q=Ensaaios%20sobre%20o%20medo.&f=false>

<http://books.google.pt/books?id=ht7AFnd55pMC&printsec=frontcover&dq=Ensaio+s+sobre+o+medo.&hl=pt-PT&sa=X&ei=G5cuT52aLqTI0QW8xfWsCA&ved=0CDEQ6AEwAA#v=onepage&q=Ensaaios%20sobre%20o%20medo.&f=false>

Oliveira, M. A. D. (2005). *Neurofisiologia do comportamento*. 3ª Edição: ULBRA.

Retrieved from

http://books.google.pt/books?id=_fAECtsuzpAC&printsec=frontcover&dq=Neurofisiologia+do+comportamento&hl=pt-PT&ei=0w_tYPtF4WgOrapxLQB&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CC0Q6AEwAA#v=onepage&q&f=false

Parkes, C. M. (2011). Luto estudo sobre a perda na vida adulta 3º edição: editora: Summus. Brasil.

Reidy, D. E., Shirk, S. D., Sloan, C. A.; Zeichner, A. (2009). Men who aggress against women: Effects of feminine gender role violation on physical aggression in hypermasculine men.; *Psychology of Men & Masculinity*, Vol 10(1), Jan, 2009. pp. 1-12. [Journal Article]

Ringuenet, D. Modenel, C. (2007). *Psychiatrie*. Édition: Masson. France.

Ross, J. M. (2012). Self-reported fear in partner violent relationships: Findings on gender differences from two samples. *Psychology of Violence*, Vol 2(1), Jan, 2012. pp. 58-74. [Journal Article]

Rouillon, F. (2005). *Guide pratique de psychiatrie*. Édition : Masson. Paris.

Sabbah, L. (2010). *Processus psychopathologiques*. Édition: Elsevier Masson. France.

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

http://books.google.pt/books?id=E4WZbqDAp5sC&pg=PA92&dq=Viol%C3%Aancia+d%C3%B3i,+e+n%C3%A3o+%C3%A9+direito:+A+viol%C3%Aancia+contra+mulher+a+sa%C3%BAde+e+os+direitos+humanos.&hl=pt-PT&ei=ORHtTbPmB8qbOuCQwacB&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q=Viol%C3%Aancia%20d%C3%B3i%2C%20e%20n%C3%A3o%20%C3%A9%20direito%3A%20A%20viol%C3%Aancia%20contra%20mulher%20a%20sa%C3%BAde%20e%20os%20direitos%20humanos.&f=false

Sene-Costa, E. (2006). *Universo da depressão*. Editora: Agora. Brasil

Serefim, A. P., Barros, D. M., Rigonatti, S. P. (2006). *Temas em psiquiatria forense e psicologia jurídica II*, volume2. Editora: Vetor. Brasil.

Solórzano, M. A. R. (2003). *Hombres violentos: un estudio antropológico de la violence masculina*. 1ª Edição: Plaza y Valdes. Mexico. Retrieved from http://books.google.pt/books?id=Woua89gdHGcC&pg=PA254&dq=Hombres+violentos:+un+est%C3%BAdio+antropol%C3%B3gico+de+la+violence+masculina.&hl=pt-PT&ei=LRLtTafYAYOBOPzR8aYB&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false

Stemme, F.(2004). *O poder das emoções: a descoberta da inteligência emocional*. Editora: Cultrix. Brasil.

Strey, M. N., Azambuja, M. P. R., Jaeger, F. P. (2004). *Violência, gênero e políticas públicas*. Editora: Edipucrs. Brasil. Retrieved from

http://books.google.pt/books?id=VSEPqowQz0QC&printsec=frontcover&dq=Viol%C3%Aancia,+g%C3%AAnero+e+pol%C3%ADticas+p%C3%BAblicas&hl=pt-PT&ei=HQD4TZbnNImohAelh5j9Cw&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false

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

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

Stuart, G. L., Temple, J., Follansbee, K. W., Bucossi, M. M., Hellmuth, J. C., Moore, T. M. (2008). The role of drug use in a conceptual model of intimate partner violence in men and women arrested for domestic violence. *Psychology of Addictive Behaviors*, Vol 22(1), Mar, 2008. pp. 12-24. [Journal Article]

Vaiva, G. (2005). *Psychotraumatismes: prise en charge et traitements*. Congrès de psychiatrie et neurologi de langue française. Édition: Masson. France. Retrieved from http://books.google.pt/books?id=zp9tMS7-XGIC&pg=PA210&dq=Psychotraumatismes:+prise+en+charge+et+traitements.+Congr%C3%AAs+de+psychiatrie+et+neurologi+de+langue+fran%C3%A7aise&hl=pt-PT&ei=KhPtTagzgYQ6mP_MlQE&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCwQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false

Weiten, W. (2008) *Psychology: Themes and Variations*. Editora: Cengage Learning.

USA. Retrieved from

http://books.google.pt/books?id=sILajOhJpOsC&printsec=frontcover&dq=Psychology:+Themes+and+Variations&hl=pt-PT&ei=oBPtTa-JHIqXOp3a6LEB&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false

Weiten, W., Lloyd, M. A., Dunn, D. S., Hammer, E. Y. (2008). *Psychology applied to modern life: adjustment in the 21st century*. Editora: Cengage Learning. USA.

Retrieved from

http://books.google.pt/books?id=Y6QRJb40C84C&printsec=frontcover&dq=Psychology+applied+to+modern+life:+adjustment+in+the+21st+century.&hl=pt-PT&ei=0hPtTd3ACY-cOrKdjbEB&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false

Wemmers, J., M. (2003). *Introduction à la victimologie*. Edition: L`université de

Montréal. Canada. Retrieved from

http://books.google.pt/books?id=kxhb5VLcTg4C&printsec=frontcover&dq=Introduction+%C3%A0+la+victimologie&hl=pt-PT&ei=FBTtTef9DcfsOfaXlaoB&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false

ANEXOS

1º Caso
(Sessões)

1ª Sessão

Dia: 31/03/10

Hora: 10h30

No início da sessão cumprimentei a utente, apresentava-se com um semblante triste

E1) "...porque pediu apoio psicológico..."

Ao qual me respondeu que tinha sofrido um assalto a mão armada, pensando ao início tratar-se de uma brincadeira de carnaval, contudo quando foi apontada uma arma a cabeça do seu marido constatou que era real.

C1) "...O meu desespero para além da situação que estava a ocorrer foi tentar acalmar os meus filhos, a minha filha de três anos quando viu o pai com uma arma apontada a cabeça começou a gritar e a chorar, e um dos assaltantes colocou-lhe um saco na cabeça para que ela se calasse...."

A utente conta que o seu filho de dez anos começou a ter indícios de um ataque de asma, e a preocupação da utente era que não tinha levado consigo a bomba de asma do filho e se o seu filho tivesse um ataque de asma os assaltantes não os deixariam sair.

A utente temeu pela vida pela vida do seu filho, afirmando que aquele dia foi horrível (começando a chorar).

E2) "...fale-me um pouco mais do dia do assalto...falou-me que sentiu desespero diante da situação em que se encontrava e que temeu pela vida do seu filho, gostaria que me descrevesse o que sentiu para além do desespero..."

C2) "... como disse quando eles entraram pensei que fosse uma brincadeira de carnaval, mas quando apontaram a arma a cabeça do meu marido, o meu coração disparou fiquei muito nervosa, e depois ver os meus filhos assustados, lembro-me que comecei a transpirar mas ao mesmo tempo sentia arrepios de frio...mas a minha principal preocupação eram os meus filhos..."

Foi perguntado a utente se tinha mais alguma lembrança do dia do assalto, ao qual respondeu que sim, que se lembrava dos assaltantes, lembra-se que eles estavam com uma máscara na cara uma espécie de lenço/pano a tapar o nariz e a boca, via-se os olhos e o cabelo. Tinham um aspeto desleixado, o cabelo também, estavam sempre a dizer para não olharem para eles.

E4) "...e o que sentiu quando os assaltantes saíram..."

C3 "...quando eles foram embora, fiquei com uma revolta, raiva por terem ameaçado a vida dos meus filhos..."

E5) "...sente que depois do assalto mudou alguma coisa em si..."

C4) "...sim...depois do assalto ando mais ansiosa, apesar de tomar medicação para dormir só consigo dormir cerca de 3 horas, e sinto-me mais desconfiada, se oiço alguém atrás de mim, o meu coração começa a bater mais rápido, por vezes começo a transpirar...estou mais atenta aos barulhos..."

E6) "...O que espera deste apoio psicológico?"

C5) "...espero conseguir ultrapassar os meus medos e traumas/fobias..."

E7) "...em que consiste os seus medos e traumas/fobias? ..."

A utente começou por relatar que para além dos traumas provocados pelo acontecimento que passou no restaurante, em nova sofria muito de fobias e medos, e que por volta dos 14 anos desistiu da escola. Foi perguntado o porquê dessa desistência, ao qual respondeu que desistiu, porque não se sentia bem na escola, e que tudo começou quando tinha cerca de doze anos, tinha uma amiga que considerava como se fosse uma irmã, e foi com ela a casa da tia que se situava no campo.

A utente lembra-se que era primavera, porque depois de almoço foram passear com os pais da amiga para verem as árvores em flor. Conta que quando chegou a sua casa foi-se logo deitar.

Deitou-se na cama, e não queria comer, nem tomar banho, só queria ter a sua mãe ao pé de si, a utente conta que só queria estar no quarto as escuras.

Foi perguntado a utente se conseguia identificar a causa que a tinha deixado nesse estado, ao qual respondeu não saber, o dia até tinha corrido bem.

Menciona que passava o dia todo em casa com a sua mãe, pois a sua mãe não trabalhava, era doente, conta que antes de nascer a sua mãe era saudável.

C6) “...quando eu nasci, a minha mãe ficou doente, ficou com reumático, diabetes, anemias...sabe...sinto-me um pouco culpada por isso...”

E8)”...porque sente isso...”

(fica em silencio...começa a chorar...).

C7) “...porque acho que a culpa foi minha... se eu não tivesse nascido, a minha mãe não teria ficado doente...”

C8) “...quando o meu filho nasceu também fiquei doente, tive uma leucemia grave, estive muito tempo fechada num quarto do hospital, o meu cabelo caiu me todo tive que usar uma peruca, nessa altura não queria ver ninguém estava tão mal nem queria saber do meu bebé...”

C9) ”...nessa altura quando o meu filho nasceu e eu também fiquei doente pensei que me estava a acontecer o mesmo que aconteceu a minha mãe quando eu nasci...”

Continua, dizendo que quando era nova pediu a sua mãe um irmão, pois queria muito ter um irmão mas a sua mãe não podia ter mais filhos, e quando o filho da utente nasceu, esta também pensou que também não poderia ter mais filhos tal como a sua mãe.

Conta que queria muito ter outro filho, o médico acabou por dizer a utente que poderia engravidar novamente mais tarde que não haveria problema nenhum...” (Contínua)

A utente continua a contar que cresceu a ver a sua mãe doente, e conta quando a sua mãe entrou em coma. Foi ver a sua mãe no dia 1 de Janeiro, por volta das 4 horas da tarde, com uma amiga sua.

A Sra. M., afirma que ela e a sua amiga pensavam que sua mãe estava a recuperar pois tinham visto a sua mãe a mexer o braço. Afirma que foi para casa, passado umas horas recebeu um telegrama do Hospital Santa Maria a dizer que a sua mãe tinha falecido.

C10) “...foi um grande choque para mim...” (começa a chorar novamente)

C11) “...cada ano que passa lembro-me cada vez mais dela...”

No dia 24 de Janeiro a utente foi a um funeral de uma pessoa amiga e lembrou-se muito da sua mãe, e no dia 1 de Fevereiro foi a outro, tudo isto fez com que a utente se lembrasse da sua mãe.

A utente diz que a autópsia ao corpo da sua mãe não se concretizou

C12) “... a minha mãe faleceu no dia 1 de Janeiro e no dia 2 era para ser autopsiada mas os médicos estavam de férias...”

C13) “...fomos todos os dias lá, eu e o meu pai para nos darem o corpo da minha mãe... mas só nos entregaram o corpo no dia 7 de Janeiro...”

Diz também que o caixão foi selado devido aos dias que esteve à espera e porque teve que passar a ponte para Lisboa e tiveram que velar o corpo com o caixão fechado.

C14) “...o funeral foi no dia 8 de Janeiro, antes de descerem o caixão para a cova eles abriram a tampa do caixão mas não me deixaram chegar perto do caixão...”

(começa a chorar)

C15) “... eu queria-me despedir da minha mãe e não me deixaram... ainda me lembro de me puxarem pelos braços a impedirem me de me chegar perto do caixão...eu gritei porque queria despedir-me da minha mãe e não me deixaram...foi muito cruel isso para mim...”

C16) “...diziam que eu era muito nova e estava muito nervosa, eu na altura tinha 17 anos... tudo isto marcou-me muito...” (chora compulsivamente).

Diz também que à frente do seu pai não pode falar da sua mãe, pois o seu pai é muito doente por causa dos diabetes.

Diz também que há cerca de 5 anos o seu pai teve um AVC, e aí, nessa altura teve muito medo de o perder;

Conta que foi nessa altura que teve a noção do quanto o seu pai era importante para si, afirma que o seu pai tinha muito valor para si e que não tinha noção disso.

Afirma não querer ficar sem o seu pai, pois ele é muito importante para si.

Menciona que apesar de ter o seu marido e os seus filhos, o seu pai é a sua segurança.

Afirma que a sua relação com o seu pai sempre foi muito boa, conta que quando ela era pequena não gostava muito de comer.

C17) “...às segundas-feiras o meu pai ia almoçar a casa... e ele dizia à minha mãe para não me obrigar a comer... (sorrir) ... a minha mãe ficava muito chateada pois ela dizia que ele estava a estragar o trabalho que ela estava a fazer comigo, para eu comer...”

C18) “...e depois vinha ele e eu já não comia ... a minha filha também é como eu era ... também é difícil para comer ... agora já sei o que a minha mãe passava comigo...”

Conta também que o seu pai, depois de a minha mãe morrer arranjou outra pessoa, mas considera que foi para não se sentir sozinho, por causa da solidão.

Foi perguntado como é que era a sua relação com a nova companheira do seu pai.

Diz que antes gostava dela e até se davam bem, mas depois de o seu pai ter tido o AVC.

C19) “...ela disse que não ia cuidar dele se ele caísse da cama, não o iria levantar nem tomar conta dele...”

Foi perguntado a utente como é que se tinha sentido, quando a companheira do seu pai lhe respondeu aquilo.

Afirma ter-se sentido revoltada, pois se a companheira do pai vive com o seu pai também devia cuidar dele.

A utente conta que lhe custou muito quando o seu pai teve o AVC, pois era uma pessoa muito dinâmica, cheia de energia, e depois do AVC, ficou com limitações, parecia um velhinho (começa a chorar).

Conta que começou a namorar com o seu marido quando tinha 14 anos, casou-se com ele quando tinha 20anos.

Mencionada que na altura foi complicado pois o seu pai não queria que a utente se casasse, pois ia deixar de viver com ele, a utente conta que disse ao seu pai para ir viver com eles mas o seu pai não quis.

Foi perguntado a utente o que sentiu em relação a isso.

C20) "...fiquei triste...mas vou vê-lo todos os dias, aos domingos estou com ele, às vezes sinto culpa quando vou sair com os meus amigos e não vou ter com ele..."

C21) "...custa-me deixá-lo, pois eu sei que ao domingo ele espera estar comigo..."

Disse a utente que o nosso tempo tinha chegado ao fim e que teríamos que ficar por ali.

No fim da sessão falei com a utente do nosso contrato terapêutico, que aquele espaço e hora seria da utente onde poderia falar do que quisesse, e que tudo o que fosse dito ali ficaria apenas entre nós.

Foi dito também, que tinha toda a liberdade para falar do que quisesse, que eu estaria ali para a utente. Foi mencionado que a sessão teria uma duração de 50min.

A utente concordou, fazendo sinal de concordância com a cabeça.

Expliquei também que nos iríamos encontrar durante um tempo, uma vez por semana, ficando assim combinado encontramo-nos todas às 4^afeiras à mesma hora, às 10h30.

Depois do contrato terapêutico feito, despedi-me da utente desejando-lhe um resto de bom dia, agradeceu-me e despediu-se.

2^a Sessão

Dia: 07/04/2010

Hora: 10h30

A sessão iniciou-se à hora marcada, cumprimentamos-mos.

Foi perguntado à utente como estava e como tinha corrido o fim-de-semana.

A utente conta que o fim de semana correu bem, o seu filho no fim-de-semana teve um jogo de futebol e a equipa do seu filho ganhou (sorriu).

Conta que o seu filho estava um pouco ansioso pois foi um dia mais cedo para o local onde iria ocorrer o jogo de futebol, a utente, o seu marido, e a minha filha só foram no outro dia.

Foi perguntado a utente como se tinha sentido, em relação a essa separação.

A utente conta que também se sentiu ansiosa, por o seu filho estar longe de si e quando soube que o seu filho estava assim ansioso, só lhe apetecia ir a voar ter com o seu filho.

Quando chegaram e viram o seu filho ficou logo tudo bem.

E1) "...parece-me um pouco triste..."

C1) "...sim não estou muito bem...hoje faço anos mas não estou contente..."

Foi perguntado a utente porque se sentia assim.

Respondendo não gostar de fazer anos, pois é um dia triste para si, conta que esteve com o seu pai ontem, mas hoje ele não podia estar com a utente (expressão triste), mas o seu hoje já lhe deu os parabéns.

C2) "...este dia faz-me lembrar a minha mãe...sinto tanta falta dela...não gosto de fazer anos, pois neste dia sinto revolta por não ter a minha mãe comigo, lembro-me muito dela e sinto muitas saudades..." (começa a chorar).

Conta que a sua amiga faz anos também nesta semana e estão a pensar juntarem se e irem no fim de semana jantar fora, contudo a utente não se sente muito confortável com a ideia.

Foi perguntado a utente quando pensa ir o restaurante como se sente, a utente diz sentir-se um pouco desconfortável, e um pouco ansiosa.

Foi perguntado a utente se sentia isso por o restaurante despertar-lhe lembranças do que aconteceu ou por ter medo que possa voltar acontecer.

A utente diz que acha que são as duas hipóteses.

Foi "discutido" com a utente quais as hipóteses de voltar a ocorrer um assalto, e foi dito a utente que deveria ir o restaurante pois deveria "enfrentar o trauma".

Foi explicado a utente que o episódio do assalto à mão armada desencadeou um comportamento desadaptado que foi aprendido por esta, e mantido, ou seja, a experiência traumática desencadeou stresse, alterações no comportamento e no pensamento, em que a utente terá que aprender a contrariar essas alterações comportamentais e psicológicas que foram desencadeadas e aprendidas, através de técnicas (utilizadas pela abordagem cognitiva-comportamental), como paragem de pensamento, controlo da respiração. Foi dito também quando a utente ouvisse algum barulho, ou se ouvisse alguém atrás de si, e começasse a sentir as alterações fisiológicas como ansiedade, respiração acelerada, batimento cardíaco acelerado, transpiração, socorrer-se das técnicas de inoculação ao stresse e tentar pensar se realmente existiam razões para se sentir assim.

A utente, ficou a pensar por uns minutos e afirma que vai aceitar ir ao restaurante, uma vez que o restaurante que estão a pensar ir tem a porta fechada, só abrem a porta quando chegam clientes, e assim sentir-se-á mais segura.

Conta que o restaurante que sofreu o assalto não tinha a porta fechada, diz que os assaltantes entram e ninguém se tinha apercebido que era um assalto. (muda de assunto)

C2) "...sabe as vezes sinto medo, perda, tristeza....também sentia isto quando era pequena só queria a minha mãe ao pé de mim...sinto muito a falta dela..."

E2) "...consegue identificar as causas desses sentimentos...o que a faz sentir-se assim..."

C3) "...não sei estou muito bem e de repente fico assim....mas desde de pequena que isto acontece..."

Foi perguntado a utente se se lembrava quando começou a ter esse tipo de sentimentos.

Conta que as crises começaram quando tinha uns doze anos.

Na altura levaram a utente ao hospital e fizeram-lhe um TAC à cabeça, porque acharam que a utente tinha uma bolha no cérebro que quando enchia ficava assim, mas depois viram que não era nada disso, a utente conta que só queria dormir, não queria estar com ninguém.

Foi perguntado a utente se conseguia identificar o motivo de ter vontade de quer só dormir, por exemplo poderia ser uma maneira de fugir dos problemas, de se abstrair das coisas que a incomodavam, ou de outra coisa.

A utente diz que gostava de dormir com a televisão ligada, mas tinha que ser nos canais em que estivesse a dar alguma coisa que não lhe interessasse, se fosse o telejornal não gostava, pois as notícias só dão coisas tristes, a utente diz não gostar de ouvir tristezas e o telejornal só dá misérias, e tristezas.

C4) "...eu dormia com a minha mãe, pois tinha pavor de dormir sozinha, tinha medo do escuro...quando dormia no meu quarto tinha sempre a luz do candeeiro aceso..."

C5) "...a minha mãe ficava ao meu lado até adormecer, e quando queria ir à casa de banho chamava a minha mãe para ela me acender a luz..."

E3) "...e até que idade dormiu com a sua mãe?..."

C6) "...foi até aos 17 anos... principalmente quando tinha aquelas crises..."

E4) "...fale-me dessas crises...quando apareciam..."

C7) "...apareciam quando via a minha mãe a piorar...era nessas alturas que as crises apareciam...só queria estar ao pé da minha mãe..."

A utente conta um episódio de uma vez foi ao médico com a sua mãe, a sua mãe não queria que a utente fosse com ela, mas acabou por ir. No Hospital foi à casa de banho enquanto a sua mãe estava na consulta, e ficou fechada na casa de banho.

Diz que começou a gritar porque não conseguia abrir a porta para sair, depois veio uma auxiliar e espreitou por debaixo da porta como a porta tinha uma abertura por baixo explicou a utente como se abria a porta.

C8) "...eu fiquei apavorada porque enquanto estava fechada na casa de banho pensei que a minha mãe ia-se embora sem mim ... é claro que não ia mas naquela altura pensei que nisso..."

Disse a utente, que a sessão estava quase a chegar ao fim, fez um breve resumo da sessão.

Despedimo-nos, desejando um resto de uma boa semana.

3ª Sessão

Dia: 14/04/10

Hora: 10h30

A utente chegou bem-disposta. A utente começou por contar que tinha ido ao restaurante no fim de semana. Foi perguntado a utente como tinha corrido a ida ao restaurante e como se tinha sentido.

C1) "...senti-me bem, mas quando ouvi uma criança a gritar e a chorar levantei-me logo e fui para a casa de banho...quando ouviu aquele choro pensei logo que tinha que sair dali..."

E1) "...porque pensou isso..."

C2) "...porque quando ouviu aquele choro lembrei-me da minha filha a chorar no dia do assalto...quando voltei para a mesa todos aperceberam-se, mas de resto correu tudo bem...diverti-me..." (muda de assunto).

A utente retirou do saco um álbum de fotografias da sua família, pois na última sessão a utente queria mostrar a fotografia da sua filha, mas não tinha a fotografia consigo uma vez que a sua carteira tinha sido roubada no dia do assalto.

Nesse álbum constava as fotografias da sua mãe, quando mostrava as fotografias ficava a olhar muito para a fotografia da mãe, e mencionava as saudades que tinha dela e a falta que esta lhe fazia, fazendo "festinhas" na fotografia da mãe e começando a chorar. Ficou algum tempo a falar de como era a sua mãe, que era uma pessoa muito meiga, a utente gostava muito da mãe, faziam tudo juntas, a utente passava muito tempo com a sua mãe.

A utente enquanto fala da mãe chora bastante.

Depois de algum tempo a chorar a utente acalmou. Continuou a mostrar fotografias, mostrou as fotografias do seu pai, fotografias em que se encontrava na guerra de

ultramar, mostrou também a fotografia da sua filha e a fotografia do dia do seu casamento.

Foi abordado também, como era a sua relação com o seu marido.

Afirma que o seu marido é muito seu amigo, apoia a muito. Diz também gostar muito dos seus sogros, conta que o seu sogro tem um feitio complicado, ele era cabo da GNR, e possui alguns traumas de guerra.

Diz ser uma pessoa muito rígida, conta que é o seu sogro que manda em tudo e de vez em quando entram um pouco em “choque” porque o seu sogro quer impor as suas ideias, contudo é impecável para os netos.

Muda de assunto e começa a falar do seu trabalho e da relação com a sua patroa, com a qual não tem uma boa relação, pois desde que a utente pôs baixa devido aos últimos acontecimentos, não se sentindo assim capaz de trabalhar, a relação mudou.

C3) “...desde que pus baixa começou haver conflitos, a minha patroa deixou-me de pagar e a nossa relação deixou de ser boa...”

C4) “...tudo isto mexe muito comigo, o assalto, isto com a minha patroa, as saudades que tenho da minha mãe tudo isto mexe muito comigo...”

E1) “...pode-me descrever em quem sentido tudo isto mexe consigo...”

C5) “...sim...as vezes sinto o ritmo cardíaco a aumentar, a ficar com uma respiração mais acelerada parece que vou ter um ataque cardíaco, e o meu sono também é instável, tomo medicação para dormir, mas só consigo dormir cerca de 3 horas, tenho o sono muito leve...e já para não falar na tristeza que tudo isto provoca em mim...”

C6) “...as vezes também estou muito bem e de repente começo a sentir-me triste, de repente uma tristeza apodera-se de mim, mas depois com o tempo vai desaparecendo...”

Foi dito a utente que quando começasse a sentir o ritmo cardíaco a acelerar e a respiração a ficar mais ofegante, existem técnicas de relaxamento que poderia utilizar

nomeadamente o controle da respiração (controlar a respiração, respirar fundo quando esta começa a acelerar) ou fazer uma pequena contagem mental, de modo a desviar a sua atenção, até se sentir mais calma.

C7) "...sim...já ouvi falar nisso a minha psiquiatra também já me tinha falado nisso..."

E2) "...e costuma aplicar essas técnicas..."

C8) "...sim, as vezes aplico..."

E3) "...e como se sente..."

C9) "...sinto-me melhor...acho que funciona..."

Perguntei a utente se gostava de flores. (perguntei isto pois poderia servir de terapia, uma distração uma vez que a utente se encontra de baixa, e passa muito tempo em casa.

C10) "...sim gosto...tenho um quintal mas a minha cadela destrói-me as flores todas..."

C11) "...tive uma cadela antes desta mas morreu (fica com lágrimas nos olhos) a minha cadela ficou doente, teve um tumor e para a cadela não sofrer mais mandamos abate-la..." (Conta como arranjou a cadela que tem agora).

Foi feito um breve resumo da sessão.

Foi dito a utente que a sessão tinha chegado ao fim. Despedimo-nos.

4ª Sessão

Dia: 21/04/10

Hora: 10h30

A utente chegou a sessão um pouco triste.

E1) “... parece me um pouco triste...”

C1) “...sim, estou um pouco triste e desiludida, fui ao médico e foi me diagnosticado uma incapacidade de cerca de 10%, não pensei que fosse tão grave...”.

A utente relembra que teve um acidente, no qual uma ambulância chocou com o seu carro quando estava parada num sinal.

Depois do pequeno desabafo, a utente focou o assunto relativamente a sua situação com a sua patroa.

A utente afirma que esta situação a deixa muito triste pois quer sair daquele local de trabalho, e não sabe se vai ter que dar os 60 dias a casa, a firma que a sua relação com a patroa não é boa.

Diz sentir-se muito magoada e triste, pois apesar de ser sua patroa, também a via como uma patroa amiga, nunca pensou que a patroa fosse capaz de pensar aquilo de si.

Afirma também que não consegue falar com a patroa que esta começa logo a gritar e a ser mal-educada.

C2) “... ela disse-me da outra vez que me dava 2 lambadas se eu lhe pedisse o dinheiro...” (começa a chorar).

A D. Maria relatou mais uma vez, que tudo começou quando pôs baixa e a patroa disse que a D. Maria estava fazer fita, e quando os pais das crianças perguntavam pela D. Maria a sua patroa respondia que esta estava de baixa derivado a problemas conjugais. Quando os pais das crianças encontravam a D. Maria na rua perguntavam se ela estava em processo de divórcio ou se tinha algum problema conjugal.

E2) “...e como se sente com essa situação...”

C3) “...fiquei muito magoada com a minha patroa pois ela sabe que não é por isso que estou de baixa e não vou trabalhar...”

C4) “...não vou trabalhar pois a minha patroa já me esta a dever alguns meses de ordenado, e também porque depois do acidente com a ambulância e o assalto ao restaurante, não me sinto com capacidade para trabalhar ainda para mais com crianças pequenas...”

A utente apresenta receio pelo facto de quando se for pedir demissão, seja obrigada a dar os 60 dias a casa.

C5) “...com isto tudo, a noite não consigo dormir, é difícil ter uma boa noite de sono...tenho muitas insónias...” (a utente fica calada).

E3) “...falou-me da sua preocupação relativamente ao seu trabalho e da sua relação com a sua patroa, agora gostaria que me falasse um pouco dos seus medos e fobias que a Sra. M. referiu na primeira sessão, em que mencionou que gostaria que eu a ajudasse a ultrapassar...”

C6) “...claro, eu tenho medo do desconhecido...”

E4) “...pode descrever-me um pouco melhor esse medo do desconhecido...”

C7) “...quando eu era criança, com cerca de 10/11 anos tinha medo do escuro, do desconhecido, do que poderia estar ali, lembro-me quando estava na cozinha para ir para a sala tinha que atravessar o corredor, onde tinha portas com os quartos, e lembro-me de ter um pavor de passar, pois tinha medo que nos quartos tivessem bichos, monstros...”.

Conta que ficava apavorada quando a sua mãe ia levar o lixo à rua, tinha medo de ficar sozinha por causa dos monstros/bichos.

Foi perguntado a utente se achava que o assalto tinha intensificado os seus medos.

C8) "...sim, acho que depois do assalto fiquei com mais medo, sinto-me mais desconfiada, quando vou na rua estou constantemente a olhar para trás, tenho medo que alguém me faça mal..."

C9) "...e se oiço algum barulho penso logo em armas, e que pode estar ali alguém, para me fazer mal...tenho um pavor que aconteça alguma coisa aos meus filhos e ao meu marido..."

C10) "...ou se oiço alguém atrás de mim fico logo a tremer e sinto o estômago como se andasse numa montanha russa, fico também a transpirar e fico muito ansiosa..."

C11) "...as vezes quando estou em casa se oiço algum barulho fico logo sobressaltada, e tenho que ir ver de onde veio o barulho senão, não fico descansada..."

C12) "...a noite quando estou na cama só penso disparates..."

E5) "...que tipo de disparates..."

C13) "...penso se aparecer alguém para nos fazer mal o que é que eu posso fazer. Da outra vez fui ao quintal e já era de noite, tinha lá um caixote de papelão e como estava escuro pensei que fosse uma pessoa, o meu coração começou a ficar acelerado, e fiquei com as pernas a tremer e a transpirar..."

Afirma que não sabe como vai ficar quando tiver que ir a esquadra identificar os assaltantes.

C14) "...depois do assalto, quando eles se foram embora, fiquei com uma revolta, raiva, quando me acalmei é que tive a noção do que poderia ter acontecido, aos meus filhos e ao marido..."

Descreveu novamente os assaltantes.

C15) "...lembro muito dos olhos do assaltante que tapou a cabeça da minha filha, ele manteve-se ao pé da nossa mesa para nós controlar, pois a minha filha não parava de chorar e gritar..."

Afirma que quando vê alguém com uns olhos parecidos ao do assaltante fica muito nervosa.

A nossa sessão estava prestes a chegar ao fim foi feito um breve resumo.

A utente informou-me que não poderia comparecer na próxima 4ª feira (dia 28), pois ia ter uma consulta e mostrou-me o papel da sua consulta marcada.

Ao qual eu disse que não fazia mal que nos podíamos encontrar noutro dia mas que teria que ser nessa semana.

Ficando assim marcado o nosso encontro para 5ª feira (dia 29) a mesma hora 10h30.

Quando nos dirigíamos para a porta a utente mencionou que tem pensado nas nossas conversas e que lhe estão a fazer bem.

Despedimo-nos desejando um resto de bom dia.

5ª Sessão

Dia: 27/04/10

Hora: 14h30

A utente não compareceu de manhã (10h30) como tinha ficado combinado na semana passada. A utente telefonou a pedir desculpas, pois encontrava-se no trânsito, parada em cima da ponte. A sessão ficou marcada para a parte da tarde, por volta das 14h30.

Por volta das horas combinadas a utente compareceu acompanhada com o seu filho.

A utente voltou a pedir desculpa, encontrava-se um pouco acelerada/ansiosa a dizer que precisava muito de falar comigo.

O seu filho perguntou-me se também poderia entrar, ao qual respondi, que não poderia ser pois aquela sessão era só para a sua mãe, teria que esperar cá fora.

Dirigimos- nos para a sala a dona Maria entrou logo na sala e sentou-se pronta, para começar a falar.

Começou por dizer que tinha uma coisa para contar, e começou por dizer que a utente e outra mãe eram as representantes da associação de pais (representantes dos pais da turma dos seus filhos)

Conta que na turma do meu filho existe uma criança, que possui um mau comportamento, pois bate em todos os seus colegas, nos contínuos e até já tentou bater num professor do conselho diretivo, afirma ninguém ter mão na criança.

A utente continua a contar entusiasmada de que ela e a outra mãe a saída agarraram na criança e tiveram a falar com ela, a dizer que ela não podia ser assim e que a iam levar a casa para falarem com a sua tia. A criança não possui mãe pois esta já faleceu e o seu pai não quer saber dele. Os tios é que tomam conta da criança.

Diz que a criança leva muita tarefa do tio, segundo as palavras da utente e os tios não querem saber da criança. Só o querem para poderem receber o subsídio da segurança social.

A utente diz ter falado com a tia da criança, e dizendo que deveriam interessar-se mais pelo sobrinho, que tinham que saber quando é que ele tinha testes para o obrigarem a estudar.

Conta que pediram também, para a tia da criança no verão deixar a criança ir para uma espécie de colónia de férias (continua a falar com grande entusiasmo).

Falou-me também da educação que dá aos seus filhos, e dos episódios em que estes foram mal-educados e qual foi a atitude que a utente tomou nessa altura.

C1) "...quero muito ajudar aquela criança, pois aquele ambiente que tem em casa dos tios não é para ele..."

C2) "...aquela criança tem uma grande revolta dentro dela,...perguntamos ao D. porque é que ele é assim ... porque diz aquelas coisas..."

E1) "...que tipos de coisas é que a criança diz..."

C3) "...coisas como, queres morrer ... eu mato-te..."

C4) "... Quando perguntamos ao Diogo porque ele era assim, ele diz que não sabe que tem uma raiva muito grande dentro dele, só lhe apetece bater em todos os meninos..."

C5) "...fiz o D. prometer que não ia fazer mais aquilo, e que se ia portar bem... ele depois começou a chorar..."

C6) "...quero muito fazer alguma coisa por aquela criança..."

E2) "...pode-se fazer uma sinalização deste caso a CPCJ, uma vez que a criança sofre de maus tratos..."

A dona Maria ficou ainda mais entusiasmada, e disse que iria fazer isso.

E3) "...vejo que se encontra com uma enorme vontade em ajudar esta criança... o que é que isso significa para si?..."

C7) "...sim...quero muito ajudar aquela criança, não posso deixar passar este caso em branco..."

C8) "...da outra vez o meu filho ia fazer queixa ao conselho diretivo, do colega pois foi agredido por ele... mas como eu já tinha tido aquela conversa com a criança, pedi ao meu filho para não fazer queixa do colega, pois já tinha falado com ele..."

C9) "...hoje o meu filho, disse-me que o colega lhe tinha pedido desculpa e disse que a mãe era muito fixe..." (a utente sorri)

C10) "...ele hoje portou-se bem, o meu filho disse-me que o colega portou-se bem não incomodou a aula nem bateu a ninguém..."

E4) "...vejo que esta empenhada em ajudar esta criança...mas porque sente essa necessidade de a ajudar..."

C11) "...sinto muita pena dele..."

Continuou a contar com entusiasmo todo o desenrolar dos acontecimentos.

C12) "...sabe quando eu tinha cerca de 6/7 anos o meu pai ficou a tomar conta do meu primo...a minha tia morreu e o eu tio não tinha condições para tomar conta do meu primo e da minha prima..."

Conta que o seu pai disse ao seu tio, que se encarregaria de criar a criança, o primo da utente foi para a sua casa com cerca de 1 ano de idade, e a sua prima ficou, com o outro tio.

Foi perguntado a utente o que é que o seu primo representava para si, a utente responde que para si era o irmão que nunca teve.

Conta que o seu tio o pai do seu primo tinha problemas psiquiátricos, e quando o seu primo tinha 4 anos, o seu tio foi a sua casa pedir a sua mãe, se podia levar o seu primo a

pastelaria que se encontrava lá em baixo para lhe dar um bolo e para estar um bocadinho com ele.

A mãe da utente deixou, a utente diz que se lembra de ter perguntado ao seu tio se queria que fosse com eles mas este disse que não.

Diz lembrar-se também que eles saíram e a utente foi para a casa da sua vizinha, a sua amiga de infância, e da janela da casa da amiga conseguia ver a pastelaria, e viu que o seu tio não entrou na pastelaria, viu-o a por o seu primo dentro do carro e a ir-se embora com ele.

Conta que fartou-se de chorar e os seus pais também. Afirma que andaram vários meses a procura dele, mas não o encontraram. Só mais tarde é que o encontraram quando já era adulto.

Foi perguntado a utente se nunca pensou fazer voluntariado, numa instituição com este tipo de casos, de crianças carenciadas.

C13) "...sim queria muito e já pensei nisso várias vezes...mas por agora não pode ser, agora quero dar toda a atenção aos seus filhos que ainda são pequenos e precisam de mim..."

Foi feito um breve resumo da sessão, a sessão chegou ao fim. Despedimos nos, e ficou combinado encontrarmos nos na próxima 4ª feira as 10h30.

Desejamos um resto de bom dia.

6ª Sessão

Dia: 05/05/10

Hora: 10h30

Hoje a utente encontrava-se com um semblante um pouco triste, compareceu acompanhada pelo seu filho.

Eu e a utente dirigimo-nos para a sala para iniciar a sessão, o seu filho ficou sentado na sala de espera.

E1) “...vejo que hoje está um pouco triste...”

C1) “...sim um pouco... mas acho que estou mais dececionada...”

E2) “...porque se sente assim...”

C2) “...aquela criança que lhe falei na última sessão, vai ser mais difícil de o ajudar do que estava a espera...”

E3) “...porque acha isso...”

C3) “...falei com a diretora do conselho diretivo a cerca da criança, e disse que a professora lhe tinha contado que o tio da criança é alcoólico e que bate com o cinto a tia e a criança também...a criança fica acordada ate tarde, porque as vezes o tio chega bêbado a casa e bate-lhe..”

Conta que a diretora da escola aconselhou-a a não levar a criança para a sua casa, a utente queria leva-lo para a sua casa para ele estudar com o seu filho e incutir-lhe uma certa educação, mas a diretora disse que era melhor não pois como é uma criança muito problemática pode desencaminhar o seu filho caso estes comecem a conviver

Conta também que quando foi buscar o seu filho à escola a outra mãe que também queria ajudar esta criança, foi buscar o seu filho e a tal criança para irem para a sua casa, pois iam estudar juntos. A outra mãe chegou a escola e o seu filho e a criança em questão não se encontravam a porta da escola como tinham combinado.

O filho da utente estava à porta da escola a falar com um colega do andebol, mas o filho da outra mãe e a tal criança não estavam a aportar da escola, o filho utente contou então que eles tinham ido a pé para casa. A utente conta que a outra mãe ficou muito nervosa e foram a procura da criança vendo assim que a tal criança era uma má influência, pois o filho da outra mãe nunca lhe tinha desobedecido.

A utente diz que começou a ponderar se realmente era bom levar aquela criança para dentro do seu lar e se seria bom para o meu filho conviver com ele. Viu que aquela criança exerceu uma má influência sobre o filho da outra mãe, e ficou com medo que o seu filho também fosse “vitima” dessa má influência.

Depois de alguns minutos em silencio, a utente menciona que as vezes esta em casa e surgem lhe pensamentos que a fazem ficar triste, foi perguntado a utente que tipo de pensamentos.

A utente afirma que são pensamentos relacionados com os últimos acontecimentos da sua vida, o assalto, a relação com a sua patroa e por vezes lembra-se da mãe.

Foi dito a utente que quando isso acontecesse tentasse contrariar esses pensamentos, ou seja, utilizasse a técnica da paragem do pensamento, e tentasse pensar em coisas boas ou ver um programa de televisão que gostasse, fosse ler um livro, ou seja, fazer algo que lhe agradasse de modo a não ser “dominada” por esses “maus” pensamentos.

A nossa sessão encontrava-se quase no fim, foi feita um breve resumo, a sessão chegou ao fim. Despedimo-nos

7ª Sessão

Data: 12/05/10

Hora: 10h30

Quando a sessão iniciou-se a utente pediu-me se poderia sair mais cedo, pois tinha uma consulta e como as estradas estão cortadas por causa do Papa.

Iniciamos a sessão, foi perguntado a utente como se sentia.

A utente respondeu sentir-se mais ou menos, de vez em quando sinto uns choques na coluna, não sabe se é do tempo, no sábado estava com dores nas costas, e acha que é do tempo, quando o tempo esta de chuva sente dores.

A utente conta que de vez em quando sente uma grande tristeza

E1) "...em que alturas do dia essa tristeza se manifesta, ou seja, sente-se assim quando esta sozinha, a ver televisão, com a família etc...."

C1) "...aparece em qualquer uma dessas hipóteses que disse...estou muito bem e de repente fico assim triste...fico triste e angustiada...."

C2) "...no sábado fui ao cemitério, sinto-me bem lá..."

C3) "...quando estou em casa penso quando estive no cemitério, e tenho tanta pena da minha mãe ter morrido, não me consigo conformar quando penso nela sinto uma vontade de chorar, e por vezes choro sinto muito a falta dela, mas as vezes também sinto uma grande tristeza mesmo quando não penso na minha mãe, aparece simplesmente..."

A utente conta que quando sente essa tristeza, faz aquele exercício de pensar em outras coisas, desviar a sua atenção e aquela sensação de tristeza acaba por passar e depois fica bem.

E2) "...como esta em relação as suas fobias... e em relação ao assalto, tem sentido algumas alteração ou surgiu algo que queira partilhar comigo..."

C4) "...sabe ao pé da minha casa há um sem abrigo, e tenho muito medo que ele me possa fazer algum mal..."

E2) "...porque sente esse medo...essa pessoa já lhe fez alguma coisa, ou já teve alguma reação que despertasse isso em si..."

C5) "...não... mas olho para ele e tenho medo, parece que volto ao reviver o dia do assalto..."

E3) "...porque é que acha que essa pessoa desperta isso em si..."

C6) "...porque faz-me lembrar os assaltantes, por ter aquele aspeto desleixado na roupa, cabelo, quando o vi recordei-me do dia do assalto e dos assaltantes que também tinha uma aparência desleixada..."

C7) "...quando ia a passar e o sem abrigo voltou para trás e tive medo, pensei que ele me podia fazer alguma coisa..."

C8) "...Quando entro no prédio fecho logo a porta e fica a olhar para ver se ele (o sem abrigo) não vem a trás de mim...quando vou na rua e sento passos atrás de mim tenho medo que me façam mal, estou sempre a olhar para trás..."

C9) "...sinto medo do que possa estar a trás de mim..."

E4) "...qual a sua posição na mesa quando se deu o assalto, onde era o seu lugar..."

C10) "...a minha posição...ora bem eu estava de costas para a porta, eu e a minha filha o meu marido e o meu filho estavam de frente para a porta..."

Foi perguntado a utente desde quando começou a ter esse medo, quando sente alguém atrás de si ou quando ouve passos atrás de si.

A utente conta que foi a partir do assalto, dantes não se sentia assim andava bem na rua.

E5) "...começou a desenvolver esse medo após o assalto e no dia do assalto estava de costas voltadas para a porta..."

C11) "...sim..."

E6) "...porque acha que desenvolveu esse medo..."

C12) "... não sei, mas dantes eu não era assim..."

E7) "...achava que o facto de no dia do assalto estar de costa para a porta, e não ter tido a percepção do que se estava a passar a trás de si pode ter influenciado o desenvolvimento desse medo e dessa desconfiança..."

A utente ficou calada com um ar pensativo.

C13) "... olhe se calhar... sim...pode ter sido disso....sim..."

C14) "... a mala que tenho hoje, foi a mala que tinha no dia do assalto, estava com um pouco de receio de usar esta mala..."

E8) "...porque estava com receio..."

C15) "...sinto receio se usar a mala, porque tenho medo que aconteça alguma coisa má, como aconteceu no dia do assalto..."

E9) "... acha que a mala lhe pode trazer má sorte...acha que a mala tem esse poder..."

C16) "...não sei explicar, mas acho que se usar a roupa/objetos que tinha nessa dia acho que pode voltar acontecer alguma coisa má..."

A utente conta que as vezes parece que começa a ficar asfixiada, isso acontece devido aos pensamentos que vão surgindo na cabeça da utente.

E10) "...pode descrever-me que coisas são essas que a fazem sentir-se asfixiada..."

C17) "...começo a pensar se acontece alguma coisa, se alguém vem atrás de mim e me faz mal...e ai começo a ficar como se tivesse a asfixiar, o coração começa a bater muito de pressa e o meu estômago, parece que estou a andar numa montanha russa..."

E11) "...como já falamos noutra sessão quando começar a sentir assim devera controlar a respiração, respirando fundo e expirando ate se sentir mais calma...e quando essa coisas vierem ao pensamento pode fazer o seguinte exercício a paragem do pensamento, ou seja, parar de pensar no que esta afetar e desviar a sua atenção para outras coisas,

para se distrair de modo a acalmar-se, e deixar de pensar naquilo que a deixa nesse estado...”

A utente abanou a cabeça em resposta afirmativa. A sessão chegou ao fim, foi feito um breve resumo, despedimo-nos e combinamos encontro para a próxima semana

8ª Sessão

Dia: 19/05/10

Hora: 10h30

A utente começou a sessão por falar da consulta a que foi relativamente aos danos corporais que sofreu, causados pelo acidente que sofreu com a ambulância.

Fala também da patroa e da sua situação relativamente a baixa e ao facto de ainda não saber se vai ter que dar os dias a casa ou se consegue acordo com a patroa em vez da a utente dar os dias a casa, a patroa não pagava os dias que faltam

Foi perguntado a utente como tinha passado a semana, como se sentia.

C1) "...sinto mais ou menos, estas coisas todas ainda mexem muito comigo, as vezes ainda fico muito triste quando penso na minha mãe sinto tanta falta dela, neste fim-de-semana fui ao cemitério e fiquei com uma tristeza, mas acho que me esta a fazer bem falar consigo sobre ela..."

C3) "... e também esta situação com a minha patroa ...isto mexe muito comigo..."

A utente volta a falar da criança da turma do seu filho, diz que gostava de ajudar e proteger a criança, contudo foi-se apercebendo com as situações que foram acontecendo, que não esta ao seu alcance ajudar a criança pois isso envolve muitas coisas...diz já não querer saber mais dessa situação, já está cansada de tanta confusão e não se quer envolver mais, pois já teve chatices e não quer mais problemas para a sua vida. Afirma já ter problemas que cheguem, apesar de ter muita pena da criança, compreendeu que que não pode fazer nada.

C4) "...como disse na outra sessão há instituições competentes que podem ajudar esta criança...que saberão como ajuda-la...esta criança para ser uma criança melhor terá que sair daquele ambiente..."

A utente continuou a contar episódios que a criança fez, e dos quais a utente não concordava.

Foi feito um pequeno resumo da sessão.

A sessão chegou ao fim, despedimo-nos e combinamos a próxima sessão para semana seguinte no mesmo dia (4^a feira) a mesma hora (10h30).

9ª Sessão

26/05/10

10h30

Hoje a utente, vinha muito bem-disposta, muito diferente das outras sessões.

E1) "...vejo que hoje esta muito contente..."

(esboçou um sorriso)

C1) "...sim sinto-me muito bem..."

E2) "...aconteceu alguma coisa que despertasse esse bem-estar em si..."

C2) "...não simplesmente sinto-me bem a semana correu-me bem, esta semana tenho estado ocupada a fazer umas coisas..."

E3) "...sente-se bem ao estar ocupada..."

C3) "...sim...sim...esta semana estive bem..."

E4) "...ao estar ocupada já não lhe surgiu aquela tristeza que me descreveu nas outras sessões, quando dizia que estava bem e de repente ficava triste..."

(sorri)

C4) "...não...esta semana estive ocupada e isso já não aconteceu...também reduzi a medicação que estava a fazer, pois estava a fazer com que o meu peso aumentasse...estou 15kg mais gorda... mas já fui ao nutricionista..."

E5) "...foi a sua psiquiatra que lhe reduziu a medicação..."

C5) "...não...fui eu que reduzi por iniciativa própria..."

E6) "...aconselho-a a falar com a sua medica relativamente a essa redução de modo a saber se não haverá problema de ter reduzido a medicação que foi prescrita..."

C6) "...sim...eu vou falar com a minha psiquiatra...mas depois de ter reduzido a medicação (sertralina, triticum, olcadil) sinto-me melhor mais tranquila.

Falou me também da programação das suas férias, que coincidem com os anos do filho, que vão todos de viagem e que o filho também merece.

A utente mostra-se visivelmente feliz e volta a mencionar que esta semana esteve ocupada.

C7) “...esta semana comecei a estar mais ocupada, e comecei a pensar que estava na altura de virar a “página”, estou a começar a ver a vida de outra maneira...”

E7) “...acha que esse bem-estar, essa tranquilidade é para continuar ou é só porque a semana lhe correu bem...”

C8) “...acho que não, acho que é mesmo para continuar pois, sinto-me bem consigo mesma...também tenho pensado muito nas suas palavras e isso também me ajudou a ver as coisas de outra maneira...”

C9) “...agradeço também o facto de termos falado da minha mãe, sinto-me muito bem, finalmente conformei-me com a morte da minha mãe...pois nunca tinha tido ninguém, com quem pudesse falar sobre a morte da minha mãe, com o pai não podia falar, porque o meu pai sofre do coração, e não queria falar desse assunto com ele, com o meu marido na altura não queria falar com o meu marido e depois nasceram os meus filhos e o tempo foi passando...”

E8) “...compreendo-a...em termos metafóricos, é como se tivesse guardado essa dor numa “caixinha” e deixou-a num cantinho dentro de si, e isto do assalto foi como se fosse um furacão que passou e pôs tudo de pernas para o ar e essa dor veio ao de cima “saiu da caixinha”...”

C10) “...(a utente sorri) “...é isso mesmo...continuei a minha vida mas isto continuava aqui dentro de mim e sofria muito com isso... agora finalmente sinto-me livre, sinto-me bem...”

A utente faz um “apanhado” de tudo o que passou na sua vida, a morte da sua mãe, quando ficou doente e que teve que ficar isolada durante 48 dias, quando o seu cabelo caiu todo devido ao problema de saúde que teve, depois os problemas que teve no trabalho com a sua patroa, e o assalto.

C11) “....tudo isto foi ultrapassado, durante este tempo pensava muito nas nossas conversas e ajudaram-me muito...”

Diz que agora sente-se bem, demonstrando vontade de terminar as sessões.

A sessão chegou ao fim, despedimo-nos e combinamos encontro na próxima semana.

10ª Sessão

Data: 02/06/10

Hora: 10h30

Hoje a utente encontrava-se feliz, cumprimentamo-nos, e entramos para o gabinete.

E1) "...como se sente... e esta semana como correu..."

C1) (sorriu)"...sinto-me bem...estou em paz comigo mesma (sorri)...e a semana também correu bem..."

C2) "...falei com a minha médica como me disse...disse-me que fiz bem em reduzir, se me sentia bem com aquela redução para continuar..."

A utente ofereceu uma ramo de flores (girassóis), com um cartão de agradecimento, dizendo que as flores era para agradecer por tudo o que nos (APAV), tínhamos feito por ela em especial eu.

Agradei pelo ramo de flores, em meu nome e em nome da APAV.

Depois continuamos a falar

C3) "...mais uma vez agradeço-lhe, por me ter ajudado por me ter ouvido e pelas suas palavras, tudo isto ajudou-me...estas sessões a ajudaram muito..."

E2) "...vejo que esta bem, como diz esta em paz consigo e isso é visível...uma vez que se encontrava bem e que se sente bem, penso que as nossas sessões podem terminar ...o que a Sra. M. acha..."

C4) (sorri)"...acho que sim...sim...sinto-me muito bem..."

E3) "...vou-lhe pedir que nos voltemos a encontrar daqui a 15 dias..."

C5) "...claro...cá estarei daqui a 15 dias..."

Ficando marcado o próximo encontro no dia 16 de Junho.

Falamos mais um bocadinho, sobre as suas férias, o trabalho também esta tudo resolvido a utente não terá que dar os dias a casa, e já tem outro emprego.

A sessão chegou ao fim, despedimo-nos e agradeci mais uma vez pelo ramo de flores.

E marcamos um novo encontro passado 2semanas.

11ª sessão

16/06/10

10h30

A utente compareceu na hora marcada, sorridente e com um visual novo.

Entramos para o gabinete, a utente demonstrou-se sempre muito sorridente.

E1) "...como se tem sentido..."

C1) (sorri) "...muito bem...sinto-me feliz...mais uma vez muito obrigado por tudo o que vocês (APAV) em especial a Dra. fizeram por mim..."

Falamos mais um pouco da utente e dos seus filhos, estava muito contente pois o seu filho tirou boas notas e em breve iriam de férias.

Vendo que a utente encontrava-se bem, feliz terminamos então as sessões.

Acompanhei a utente a porta, despedimo-nos e desejei-lhe tudo de bom a utente que agradeceu e retribuiu.

2º Caso
(Sessões)

Anamnese

A utente H. tem 42 anos nasceu e viveu na América latina, mais concretamente numa ilha nas Caraíbas até aos 3 anos de idade. Depois foi viver para Caracas, Venezuela com os pais e em 1980 foi para Europa para a Madeira. A utente tem 5 irmãos, o irmão vive em Lyon e uma das irmãs vive na Suíça, o resto dos irmãos vivem na Madeira ao pé dos seus pais. A sua relação com os pais e irmãos é boa. A sua mãe sempre teve presente pois era doméstica, o seu pai é que trabalhava.

Afirma que a sua mãe sofre de diabetes e tensão alta, em relação a utente não tem nenhum problema de saúde a não ser sofrer de enxaqueca.

Na sua família, tirando os diabetes e a tensão alta da sua mãe, mais nenhum membro da família sofre de qualquer tipo de doenças, só a sua irmã sofreu de uma depressão profunda mas já se encontra estável.

A utente nunca sofreu nenhuma depressão.

Quando foi viver para a Madeira, segundo a utente ao início custou muito, pois vinha de uma capital e quando chegou a Madeira parecia o 3º mundo.

No 12º ano chumbou a matemática e aí decidiu ir para a Suíça tirar um curso de Verão.

Em 1990, conheceu o seu ex-companheiro, ele chegou a Suíça em Março e ficou com ele até Agosto/Setembro.

Depois, a utente voltou para Portugal, e escrevia-se com o seu ex-companheiro.

Em 1994, acabou o 12º ano e entrou para a faculdade, e esteve 4 anos sem o ver.

Antes das aulas na faculdade começarem, foi a Barcelona para o ver, mas as coisas correram mal, pois o seu ex-companheiro estava metido na droga.

A utente, vivia na residência universitária, e um dia chamaram-na para ir ao telefone. Era a mãe do seu ex-companheiro a dizer para a utente esquecer o ex-companheiro, pois ele estava metido na heroína.

A utente conta que desde de 1994 até 2000 nunca mais soube nada do seu ex-companheiro.

Em 2000, o seu ex-companheiro entrou em contacto com a utente, pois queria reatar a relação mas a utente não quis, ate porque nessa altura encontrava se numa relação com outra pessoa, relação essa que durou cerca de 9 anos.

Em 2010, o seu ex-companheiro voltou a contactar a utente, e a utente como se encontrava sozinha e como gostava dele, aceitou.

A utente vive em Lisboa, neste momento encontra-se desempregada, dantes exercia a função de segurança num museu.

Antes de ir viver com o seu ex-companheiro, a utente vivia numa casa alugada com mais duas pessoas, saiu dessa casa e foi procurar outra casa maior para os dois, o seu ex-companheiro veio de Barcelona, para viver com a utente.

A utente, afirma que viveram 3meses juntos antes de ser agredida. Durante esse tempo, o seu ex-companheiro era controlador, não a deixava sair, acusava-a de ter amantes e de contar a sua vida íntima aos vizinhos, afirma também que o seu ex-companheiro falava sozinho, falava para a televisão como se tivesse a ter um diálogo com o televisor.

A causa que trouxe a utente a APAV deveu-se ao facto desta ter sido agredida pelo seu ex-companheiro, em que este bateu-lhe, puxou-lhe os cabelos e deu-lhe um murro na cara deixando-a com a cara inchada, atirou a utente para o chão e não bastando ainda tento estrangular a utente no chão da casa de banho. No hospital, enquanto esperava para ser atendida passou a mão pelo cabelo e este cai-lhe deixando a utente assustada

A utente conta também que nessa noite da agressão, ficou tão nervosa que não se conseguiu conter e fez xixi pelas pernas abaixo.

1º Sessão

22/09/10

11h00

A utente chegou na hora marcada, cumprimentamo-nos e dirigimo-nos para o gabinete de modo a iniciarmos a nossa sessão.

Perguntei a utente o porque do pedido de apoio psicológico. A utente começou a relatar que iniciou uma relação que teve inicio à cerca de 20 anos, namorou com o seu companheiro quando nova, mas depois deixaram-se, e a utente nunca mais soube nada dele

Em 2000, o seu companheiro contactou-a pois queria voltar a tentar ter uma relação com a utente, mas esta não quis porque nessa altura encontrava-se com uma pessoa.

Este ano voltou a contactar a utente e como esta já não tinha ninguém, resolveram tentar.

A utente relata que o seu companheiro é de nacionalidade espanhola, e veio ter com a utente e esta foi procurar uma casa maior para os dois.

C1) “... Ao fim de um mês comecei a ver que esta relação não iria dar certo...”

E1) “...Porque achou isso? ...”

C2) “... Porque ele tinha comportamentos estranhos...”

E2) “... Que tipo de comportamentos? ...”

C3) “... Controlava-me, não me deixava de sair de casa, só com hora de chegada previamente marcada, era muito desconfiado...”

E3) “... ou seja, em certo modo agia para consigo como um opressor? ...”

C4) “...Sim, ele controlava-me muito, e chegou me acusar de eu contar a nossa vida íntima aos vizinhos...”

A utente menciona que nunca faria isso, a utente diz não conhecer os vizinhos alugou aquela casa por ser maior para os dois.

Diz não compreender porque o seu companheiro dizia que queria casar consigo e depois aconteceu aquele episodio de violência, menciona por varias vez não conseguir compreender (começa a chorar)

E4) “...Em relação a agressão de que foi vítima, fala-me do dia da agressão, como aconteceu? ...”

C5) “... pois, não foi só uma foram duas, mas a última foi a mais grave. As agressões ocorreram porque discutimos...”

E5) “... E como se sentiu quando ocorreu a primeira agressão, o que sentiu? ...”

C6) “... Não gostei, fiquei a pensar porque ele me tinha feito aquilo, mas perdoei-lhe...”

E6) “... Quis lhe dar uma segunda oportunidade...”

C7) “... Sim, porque eu gostava dele. Mas depois a segunda foi a pior, a segunda agressão foi de 30 para 31 de Julho, ele deu-me um murro na cara fiquei a sangrar, puxou-me pelo cabelo e mandou-me para o chão e tentou estrangular-me...” (fica algum tempo a chorar)

E7) “...compreendo que para si seja muito difícil e até dolorosa falar e relembrar esse episodio...”

C8) “...Sim, ainda me custa muito, é muito difícil para mim...” (ao fim de uns minutos acalmou)

E8) “...para si o que acha que, originou essa agressão...”

C9) “... Acho que foi por ciúmes, porque ele tinha ciúmes de um amigo meu. Ele no fim da agressão, foi ele próprio que telefonou para a policia....”

E9) “...mas porque acha que ele fez isso, uma vez que foi ele que a agrediu...”

A utente conta que o seu ex-companheiro costumava beber e quando o sentiu um pouco mais agressivo começou a ficar com medo.

O seu companheiro queria que o amigo da utente fosse lá a casa falar com ele, mas a utente já sabia que o seu amigo não estava em Lisboa tinha ido de viajar, mas a utente disse que o amigo já ia a caminho para ver se ele se acalmava. Mas esse amigo da utente nunca mais chegava e ele começou a enervar-se e a utente acha que a raiva que era para ser para o meu amigo acabou por descarregar a raiva em cima da utente. Achando por isso que foi por ciúme.

A utente acha que o seu companheiro chamou a policia, uma vez que a utente tinha dito que o seu amigo ia a caminho o seu companheiro deve ter pensado que quando a policia chegasse o amigo da utente já lá estava.

E10) “... e o que aconteceu depois....”

C10) “...depois fiz as declarações, apresentei queixa e fui levada para o instituto de medicina legal. Fiquei muito assustada porque quando mexia no meu cabelo ficava com muito cabelo nas mãos. Mas depois passou, não caiu mais...”

A utente afirma que depois já não voltou para casa, ficando na casa de amigos, pois estava com medo de voltar para casa. Ficou em casa de amigos durante um mês.

A utente ficou na casa de amigos o mês de Agosto todo e mesmo assim continuou a pagar a renda da casa onde ficou o seu companheiro.

E11) “...O que espera deste acompanhamento psicológico....”

C11) “... Não sei, talvez que me ajude a ultrapassar isto...”

E12) “...depois deste episódio notou alguma coisa diferente em si? ...”

C12) “...sim já não consigo ter uma noite de sono como dantes, dantes dormia a noite toda agora estou sempre a acordar e tenho muitas insónias, perdi peso, com isto tudo fiquei mais magra...”

C13) “...também me assusto com mais facilidade, algum barulho ou alguém por trás de mim assusto-me, e além disso sinto-me muito triste estou sempre a chorar, não me apetece sair de casa, coisas deste género ...”

Foi explicado à utente que passou por uma experiência traumática, e esse experiencia desencadeou alterações no comportamento e no pensamento.

A utente tem consciência que o seu comportamento se alterou depois do episódio traumático, ficando assim com insónias, perda de peso e apetite, tristeza, ficou mais hipervigilante, não sentido mais vontade de sair de casa.

De seguida foi dito a utente que a sessão tinha chegado ao fim, No fim da sessão falei com a utente do nosso contrato terapêutico, que aquele espaço e hora seria da utente onde poderia falar do que quisesse, e que tudo o que fosse dito ali ficaria apenas entre nós. Foi dito também, que tinha toda a liberdade para falar do que quisesse, que eu estaria ali para a utente. Foi mencionado que a sessão teria uma duração de 50min.

Expliquei também que nos iríamos encontrar durante um tempo, uma vez por semana, ficando assim acordado que as sessões seriam as quartas feiras as 11h00.

Despedimo-nos desejando um resto de boa semana.

2º Sessão

29/09/10

11h00

A utente chegou na hora marcada. Cumprimentamo-nos e seguimos para o gabinete.

Perguntei a utente como tinha corrido a semana.

A utente relatou que esteve na PSP, e que custou muito, sentiu-se muito fragilizada, afirmando ter desistido da queixa não querendo dar continuidade.

E1) “... Porque fez isso? ...”

C2) “... Não quero mais, prefiro esquecer isto, acho que não ida dar em nada, acho que não vale a pena, e também porque eu gosto dele...”

C3) “... E ele também já não esta cá já voltou para Espanha e eu já tenho a minha casa de volta e esta tudo bem com a casa por isso prefiro que fique assim...”

Foi pedido a utente que falasse um pouco da relação que teve recentemente com o seu ex-companheiro.

A utente conta que, o seu ex-companheiro veio para Portugal viver com a utente esta alugou uma casa onde pudessem ficar os dois, contudo no segundo mês de tarem juntos, aconteceu o primeiro episódio de violência.

C4) “...ocorreram duas agressões, e essas agressões aconteceram depois de termos discutido...”

C5) “...a primeira agressão não gostei, mas perdoei foi só um estalo. Mas a segunda já foi mais grave e ai acabou. Não quis ficar mais ao pé dele...fiquei com medo dele...”

(faz uma pausa e chora).

C6) “...sabe, eu ainda gosto dele...não percebo porque gosto dele, depois de tudo...”

C7) “...eu tentei contacta-lo, telefonei mas ele não me atendeu...”

E3) “...porque o quis contactar?...”

C8) “...queria ouvir a voz dele e perceber porque é que ele me fez aquilo...” (começa a chorar)

E4) “...para si é importante perceber porque é que ele a agrediu...”

C9) “...Sim, ele é que veio ter comigo, e falava em casamento e depois fez me aquilo...não percebo...porquê?...mas mesmo depois de tudo eu continuo a gostar dele...”

E5) “...vejo que existe dentro de si uma certa revolta e uma certa ambivalência, estava na sua vida e o seu ex-companheiro é que a procurou, é que teve a iniciativa e até falava em casamento e depois agrediu-a...”

C10) “...sim é isso mesmo...” (chora)

E6) “...contudo apesar de possuir um sentimento de medo relativamente ao seu ex-companheiro ainda gosta dele...”

C11) “...sim, eu sei que ele não é para mim mas não consigo deixar de pensar nele...”

E7) “...pode-se dizer que a D.H, já possui uma história de vida com o seu ex-companheiro, começando na adolescência (quando tinha 18 anos), voltou a contactá-la em 2000 e agora em 2010, voltou a contactá-la e a D.H. quis dar uma segunda oportunidade a vossa história...”

C12) “...sim é isso, eu nunca gostei de nenhum homem como gosto dele, nem com aquela pessoa com quem tive uma relação de 10 anos e fez sentir como me sinto com ele...”

E8) “...e o que é que o seu ex-companheiro a faz sentir...”

C13) “...faz-me ter sentimentos que nunca senti com ninguém...não sei explicar...”

Foi feito um resumo da sessão, e por fim foi informado a utente que a sessão tinha chegado ao fim combinamo-nos um novo encontro na próxima semana, despedimo-nos.

3º Sessão

6/10/10

11h00

A utente chegou a horas, cumprimentamo-nos e dirigimo-nos para o gabinete.

A Sra. .H. começou por contar, que conseguiu falar com o seu ex-companheiro

Queria saber como ele estava, afirmando ser a utente a ter a iniciativa de mandar mensagens mas o seu ex-companheiro não responde

E1) "...para si foi importante falar com o seu ex-companheiro..."

C1) "...sim gostei de ouvir a voz dele...mas estava a espera de mais..." (começa a chorar)

E2) "...de mais como..."

C2) "...eu é que falei quase tudo, senti muita frieza da parte dele..."

C3) "...depois de tudo o que fiz por ele, acho que merecia mais da parte dele..."

E3) "...mais como..."

C4) "...que me respondesse as mensagens e não fosse tão frio..."

E4) "...depois de falar com ele como se sentiu..."

C5) "...senti-me triste...mas esta semana houve um misto de sentimentos..."

A utente confessa que queria perceber, porque é que o seu ex-companheiro não demonstrou o que era, ou seja, quem era, a sua personalidade. Queria perceber o porque de ele não ter demonstrado o que era.

Foi pedido a utente que explicasse melhor.

C6) "...ele podia ter sido sincero comigo e dizer que tinha um problema..."

E5) "...e acha que ele tinha algum problema?..."

C7) "...sim ele bebia muito, e quando bebia falava sozinho..."

E6) "...falava sozinho..."

C8) “...sim falava como se tivesse a ver alguém...”

E7) “...e o que sentia quando o seu ex-companheiro estava nesse estado...”

C9) “...ficava a pensar que ele não estava bem que precisava de ajuda...”

C10) “...ele pensava que o meu amigo fosse o responsável pela nossa separação...”

E8) “...o seu ex-companheiro acha que a D. H. se separou dele por causa do seu amigo...”

C11) “...sim ele nem teve noção do que me fez...”

E9) “...e como se sente com isso...”

C12) “...Sinto raiva, uma magoa, tristeza e só prova que ele não estava bem...”

E10) “...disse sentir raiva e mágoa pelo que o seu ex-companheiro lhe fez não só pela agressão que cometeu para consigo, mas também em certa parte por duvidar da sua dignidade, ao pensar que a Sra. H. teria algum caso com o seu amigo...”

C13) “...sim ele pensava que tínhamos um caso...”

A utente afirma não compreender que o seu ex-companheiro pensa assim pois gosta muito dele.

Foi pedido a utente que pensasse nas coisas boas e más da relação que tinha vivido com o seu ex-companheiro.

Foi feito um resumo da sessão, e foi informado que a sessão tinha chegado ao fim ficando combinado o próximo encontro na semana seguinte.

4º Sessão

13/10/10

11h00

A utente chegou na hora marcada cumprimentamo-nos e seguimos para o gabinete, quando iniciamos a sessão a utente começou a chorar afirmando que quando vem a APAV fica assim, dando-lhe vontade chorar.

E1) “...porque acha que isso acontece...”

C1) “...porque me faz lembrar o que se passou comigo...”

C2) “...ainda penso nele, já não com tanta intensidade. Esta semana não houve contacto nem da minha parte nem da dele...”

C3) “...ontem estava muito bem e do nada fiquei triste...”

E2) “...porque acha que isso acontece...consegue identificar o motivo que a faz ficar assim...”

C4) “...não...é uma mistura de coisas que estão a acontecer...”

E3) “...pode descrever que mistura de coisas são essas...”

A utente conta que a mistura de sentimentos se deve ao facto de se encontrar desempregada, da sua vida económica estar a ficar mal, e o episódio que aconteceu com o seu ex-companheiro.

A utente afirma que as vezes se sente melhor mas há dias em que se sente mais em baixo, principalmente quando esta de chuva, afirmando que não gosta de chuva, não gosta do Outono nem do Inverno mencionando que este tempo a deixa em baixo.

Comenta também que o clima sempre a influenciou no Inverno sente-se mais triste, com menos apetite, ficando mais mole, mais sonolenta, não sentindo vontade de fazer nada, nessas altura só lhe apetece ficar em casa.

Menciona, que nasceu numa ilha quente onde esteve a viver até aos três anos, depois foi para Venezuela que também possui um clima quente, afirma ter vivido sempre em climas quentes.

Foi perguntado a utente como estava em termos de sono, se conseguia dormir bem, ao qual respondeu que não que continua a não ter uma noite tranquila tem muitas insónias, e depois começa a pensar no que aconteceu, porque é que aconteceu, pensa também na sua vida em geral, na vida económica tudo isso deixa a utente muito ansiosa acabando por vezes a chorar.

Foi perguntado a utente se tinha feito o exercício de pensar nas coisas boas e mas da sua relação com o seu ex-companheiro, ao qual respondeu que sim e que prevaleceram as más.

A utente conta que durante a semana sentiu vontade de estar com a família que esta na Madeira. Contudo afirma que não pudera contar o que se passou aos seus pais, pois não os quer preocupar e a sua mãe sofre de diabetes e tensão alta, tem medo que a sua mãe possa sofrer algum problema caso saiba do que aconteceu.

A utente volta a falar do seu ex-companheiro.

C5) “...esta semana já sinto uma certa indiferença em relação a ele...”

E4) “...o que fez a Sra. H. a desenvolver essa indiferença pelo seu ex-companheiro...”

C6) “...porque quando penso nele, penso só nas partes más, e as vezes quando penso em certas coisas que ele fez, chamo-lhe nomes...”

A utente afirma sentir raiva do seu ex-companheiro, contudo assume que tem medo de ter uma recaída.

E5) “...esta semana os seus sentimentos em relação ao seu ex-companheiro, já não são tão frequentes, já não pensa nele com tanta intensidade, contudo sentiu-se triste porque

pensou na sua vida, no facto de não tem emprego e a da sua vida económica estar a ficar mal...pensou nalguma solução para alterar esta situação?..”

C7) “...não eu vou ao centro de emprego mas não tem trabalho para mim, deve ser da idade que tenho ...”

Foi sugerido a utente que pensasse num trabalho/função que gostaria de fazer ou uma ocupação que gostaria de ter.

A utente afirmou que iria pensar nessa sugestão, foi perguntado o porque de ter medo de ter uma recaída, ao qual respondeu por saber que lá no fundo ainda gosto do seu ex-companheiro, apesar de tudo.

Foi feito um resumo da sessão, e foi informado que a sessão tinha chegado ao fim, despedimo-nos desejando um resto de uma boa semana.

5º sessão

20/10/10

11h00

A sessão começou, e a utente voltou a referir que quando chega a APAV, dá-lhe vontade de chorar, e começa a chorar.

E1) “...acha que lhe faz mal vir a APAV, ou acha que essa vontade de chorar se deve ao facto de falar /reviver tudo o que se passou...”

C1) “...não, eu acho que preciso mesmo de falar para ultrapassar isto...”

A utente menciona que no sábado teve uma recaída, afirmando ter necessidade de ouvir a voz do seu ex-companheiro (começa a chorar).

A utente afirma ter se arrependido, pois o seu ex-companheiro estava frio para com a utente.

A Sra. H acha que não merecia que o seu ex-companheiro fosse frio com a utente, depois de tudo o que a utente fez por o seu ex-companheiro, afirmando que foi essa frieza que me magoo a utente.

A Sra. H. conta, que às vezes está muito bem e de repente fica muito triste.

Foi perguntado a utente se conseguia identificar o motivo dessa tristeza súbita, ao qual respondeu que não.

Aconselhei a utente, que quando tal acontecesse que tentasse identificar o motivo, que a deixou naquele estado de tristeza, poderia ser alguma preocupação que inconscientemente a deixasse assim triste, ou se viu ou ouviu algo que a deixasse assim, poderia também focar a sua atenção para outras coisas de modo, a que essa tristeza desaparecesse.

Sugeri mais uma vez à utente que procura-se um psiquiatra de modo a que lhe passasse uma medicação, pois seria benéfico para a utente, uma vez que demonstra alguma

instabilidade emocional/uma certa oscilação de humor, pois a utente tanto se ri a como de repente começa a chorar. Porém também poderia pedir a sua médica de família que a encaminhasse a um psiquiatra, mas a utente demonstrou-se reticente pois não quer ficar dependente da medicação e não quer voltar a contar a sua história.

Expliquei a utente, que essa ideia de ficar dependente da medicação não era bem assim, pois a medicação iria ajuda-la e a medida que se ia sentido melhor a medicação iria sendo reduzida ate deixar de a tomar. E em relação a médica de família não seria necessário contar o sucedido. A utente ficou de pensar na minha sugestão.

Foi perguntado a utente se tinha pensado em algum trabalho, ocupação ou um hobbies.

C2) "...sim pensei frequentar aulas de violino ou de canto, a minha família esta ligada a musica e o meu pai tem um violino, estava a pensar trazer o violino quando fosse a madeira e iniciar aulas de violino..."

C3) "...gosto muito de música e sou seletiva na música que oiço, não gosto de ouvir música comercial que passa nas rádios. Gosto de músicas em que a letra me transmita alguma coisa....mas, não sei se a música me esta a fazer bem..."

E2) "...porque acha que a música não lhe esta a fazer bem..."

C4) "...acho que certas músicas fazem me relembrar os momentos que passamos juntos..."

C5) "...quando estou em casa as vezes começo a pensar em tudo e choro..."

E3) "...mas isso só acontece quando ouve a música? ..."

C6) "...não, também acontece sem estar a ouvir a música, e também a casa onde estou foi lá que estive com ele certos sítios da casa fazem-me lembrar ele..."

E4) "...porque não tenta evitar as músicas que a fazem lembrar o seu ex-companheiro, também poderia mudar a disposição dos móveis, mudar a decoração de modo a que não fizesse relembrar os momentos vividos com o seu ex-companheiro..."

C7) “...sim também é uma boa ideia...mas eu continuo a gostar dele ...” (chorar)

E5) “...contou-me que no sábado teve uma recaída e telefonou-lhe pois queria ouvir a sua voz, se o seu ex-companheiro quisesse voltar para si o que faria...”

(pequena pausa...fica a pensar)

C8) “...tinha que pensar...e se ele voltasse teria que ser com muitas condições...”

E6) “...que tipo de condições...”

C9) “...ele teria que se tratar...na nossa relação faltava qualquer coisa...”

E7) “...o que acha que faltava na sua relação...”

C10) “...não sei explicar...ficou muita coisa por dizer, muita coisa por entender...”

A utente afirma não conseguir compreender porque é que ao fim de 20 anos o seu ex-companheiro quis voltar a ter uma relação consigo e depois houve o episódio de violência.

A utente afirma que só queria saber o porque, continuando a dizer que não se conformava (chora bastante)

A utente conta que no sábado telefonou ao seu ex-companheiro porque queria saber se este ainda a amava.

Afirma que gosta muito dele, e magoa-a saber que o seu ex-companheiro pensa que a utente não gosta dela. Continua, dizendo que não consegue aceitar o que lhe aconteceu.

E8) “...penso que seria bom para si se arranjasse algo que a distraísse, pois passa muito tempo em casa sozinha e isso não lhe faz bem...”

E9) “... ao estar em casa e sem nada para fazer automaticamente começa a pensar na situação traumática pela qual passou e em tudo o que passou com o seu ex-companheiro...”

E10) “... já pensou fazer voluntariado ou tirar uma formação no centro de emprego...”

A utente achou boa ideia do voluntariado, pois a utente gostaria de o fazer com pessoas idosas, afirmando que estas também sofrem de solidão tal como a utente.

Foi feito um resumo da sessão

A sessão chegou ao fim, a utente informou-me que não poderia vir no dia 27, 4º feira que seria o dia da semana da nossa sessão, pois tinha uma consulta nesse dia ficando assim a sessão marcada para o dia seguinte dia 28. Despedimo-nos.

6º sessão

28/10/10

11h00

Quando a utente chegou e depois do habitual cumprimento, entramos para o gabinete.

A utente começou a chorar e afirmou novamente que cada vez que chega a APAV dá-lhe vontade de chorar.

C1) "...nunca me senti assim..."

E1) "...assim como..."

C2) "...esta tristeza que se apodera de mim...é a primeira vez que me sinto assim na minha vida toda...já me senti muitas vezes triste mas como agora nunca...tenho quase sempre vontade de chorar..."

Conta que durante a semana esteve mais ou menos bem. Recebeu duas mensagens do seu ex-companheiro.

Perguntei a utente como se sentiu ao recebe-las.

C3) "...não sei explicar ...digamos que sim fiquei bem..."

C4) "...o que me estava a fazer mal era a indiferença dele..."

Conta que a primeira mensagem foi em relação a madeira, pois voltou acontecer aquelas chuvas fortes. A utente sorria enquanto falava das mensagens.

Continua dizendo que a segunda mensagem, o seu ex-companheiro perguntou se a utente queria que ele voltasse para Lisboa.

C5) "...eu não lhe disse que sim nem que não...eu disse-lhe que ele tinha que assumir que tinha um problema e pedir ajuda..."

A utente continua a dizer que continua a mandar-lhe mensagens mesmo que ele não lhe responda.

E2) “...o que a faz continuar a mandar mensagens ao seu ex-companheiro uma vez que este não lhe responde as mensagens...”

C6) “...faço o por mim porque sinto necessidade...”

A utente continua e afirma que só voltaria para este, se trata-se primeiro.

C7) “...eu até lhe disse uma mentira...” (sorri)

C8) “...disse-lhe que já tinha entregado a casa e que em Dezembro não ia estar cá...”

E3) “...porque fez isso...”

C9) “...porque sei que ele não esta bem...”

E4) “...ou seja não exclui a hipótese de ele voltar para Lisboa mas para viver consigo não ?...”

C10) “...isso mesmo, não me importava que ele viesse para Lisboa para o ajudar a tratar-se mas para viver comigo assim não, teria que se tratar primeiro...”

C11) “...acho que ele esta num verdadeiro estado de loucura.

E5) “...o que a leva a pensar isso...”

C12) “...devido ao seu comportamento e as coisas que diz...”

Decidi confrontar a utente perguntado mesmo achando essas coisas todas do seu ex-companheiro e depois dos episódios de agressão, mesmo assim ainda gostava dele.

C13) “... sim, pois este não é a pessoa que eu conhecia, eu não o conhecia assim...”

E6) “...mas acha que é pessoa ainda existe ao fim de 20 anos...”

C14) “...pois, o problema é esse...mas acho que tem a ver com o facto, do que sinto por ele nunca senti por nenhum outro homem...”

C15) “...sei lá, se calhar o facto de dormir com ele, o toque dele, o abraço...nunca senti com os outros homens o que sinto com ele.

C16) “...e ele não acredita nisso...”

E7) “...e isso magoa-a...”

C17) “...bastante, eu quando estava com ele, eu não pensava em mais nada....sou fiel a ele...sentia-me bem...”

Decidi confrontar mais uma vez a utente.

E8) “...mas disse-me, que quando ele foi viver consigo passado um mês quis acabar a relação...”

C18) “...mas arrependo-me imenso...”

E9) “...se pudesse voltar a trás não o fazia?...”

C19) “...não sei...acho que a culpa também é minha porque ele não estava bem e eu poderia tê-lo ajudado...e eu quero ajuda-lo eu gosto dele, mas não sei se ele gosta de mim...”

E10) “...culpabiliza-se por ele não estar bem, e que poderia ter feito algo para o ajudar...mas já pensou que ele poderia não quer ser ajudado...”

C20) “...pois...mas eu tenho esperanças que ele assuma que tem um problema, e que me peça ajuda, mas aqui em Portugal não, prefiro ir eu lá a Espanha, estou traumatizada...”

A utente afirma que sofre porque se pudesse escolher a pessoa que se gosta era muito melhor, afirmando assim que se tem de conformar. Menciona também que no futuro pode arranjar outro homem, mas não ira esquecer o seu ex-companheiro.

Diz que não percebe porque ao fim de vinte anos o seu ex-companheiro quis voltar para si, e se soubesse a razão era mais fácil para si.

Afirma sentir medo do seu ex-companheiro, conta que disse isso na mensagem que lhe mandou, e conta que a mensagem que o seu ex-companheiro respondeu consistiu “...amar não é ter medo...”

A utente continua, e afirma que tem receio de voltar a ter uma relação com o seu ex-companheiro, e que só o queira ajudar e saber qual a doença que o seu ex-companheiro possui. Estava disposta acompanhá-lo as consultas. Afirma sentir-se muito confusa.

Continua, diz que se soubesse qual a doença do seu ex-companheiro, já ajudava se calhar a justificar o episódio de violência de que foi vítima. Afirma também que assim seria mais fácil ultrapassar isto.

Aconselhei a utente a pensar em tudo o que viveu com o seu ex-companheiro, fazer um balanço de tudo o que viveu com este.

Aconselhei a utente nesse sentido para a fazer olhar um pouco para dentro dela, e fazer a utente pensar um pouco em si e na sua vida. Ao pensar poderia ajudá-la a ver se esta relação seria saudável para si ou não.

Foi feito um resumo da sessão.

A sessão chegou ao fim, despedimo-nos e desejamos um resto de boa semana.

7º sessão

3/11/10

11h00

A sessão começou, a utente voltou a mencionar que acha muito estranho que quando chega a APAV, fica em baixo. Contudo, esta semana esteve bem.

C1) “...é estranho não percebo, estava semana estive bem e agora cheguei aqui e estou assim a chorar...”

Conta que pensa no seu ex-companheiro mas já não é com tanta intensidade é muito levezinho segundo as palavras da utente.

Continua por dizer, que esta semana pensou na relação que teve e nos momentos que viveram, e só pensou em coisas más, ou seja, tudo o que era mau prevaleceu em relação as coisas boas.

Diz que durante a semana fez limpezas a casa, e que mudou o colchão de lado, mudou para o lado de inverno.

Conta que quando mudou o colchão viu uma coisa que a incomodou, havia uma mancha de vinho no colchão. A utente afirma ter sido o seu ex-companheiro, ele não limpou o colchão limitando-se a vira-lo. A utente ficou muito revoltada e só penso em vingar-se.

E1) “...porque é que essa nódoa de vinho despertou esse sentimento de vingança?...”

C2) “...porque acho que ele está viciado em vinho e foi a causa da nossa separação...ele na 5ªfeira mandou-me mensagem a dizer se eu fosse para Barcelona ele arranjava-me trabalho...”

C3) “...a vingança seria fazer o que ele me fez a mim...faze-lo passar por tudo o que eu passei. Porque quando ele veio também tive que mudar de casa...”

C4) "...a minha ideia de vingança seria (sorri) ...dizer que ia para lá, assim ele também arranjará uma casa e ficaria com todos os encargos, com que eu também fiquei aqui em Lisboa e depois não ia..."

C5) "... (volta a sorrir) nem sei o que deve estar a pensar de mim...eu não sou assim vingativa..."

E2) "...eu não estou aqui para a julgar mas sim para ajudar...compreendo, que sinta essa necessidade de vingança, sente-se enganada em certa parte pelo seu ex-companheiro, pois depositou toda a sua crença nesta relação e fez de tudo para que esta desse certa, contudo acha que da parte do seu ex-companheiro não houve um esforço igual ao seu..."

C6) "...isso mesmo... mas não sei se terei coragem para o fazer, foi uma coisa que me passou pela cabeça na altura em que vi aquela mancha de vinho..."

A utente menciona que caso o seu ex-companheiro volte a mandar outra mensagem a dizer para a utente ir ter com ele, irá por em prática a ideia da sua vingança.

Foi perguntado a utente o que sentiu quando recebeu a mensagem a propor-lhe que fosse ter com ele a Barcelona.

Ao qual respondeu ter sentido indiferença, pois não sabe se essa proposta é verdadeira ou simplesmente o seu ex-companheiro está a testa-la

Foi perguntado a utente porque achava que o seu ex-companheiro faria isso, respondendo não saber, contudo a utente acha que o seu ex-companheiro é um pouco mentiroso.

Porém também só iria ter com o seu ex-companheiro para o ajudar mais do que isso não. A utente conta que o seu ex-companheiro sempre foi muito dependente de drogas e álcool, o seu ex-companheiro consome drogas desde os 13 anos, e é dependente economicamente da mãe.

C7) "...ele não tem emprego para ele e ia-me arranjar emprego para mim?..."

E3) "...vejo que esta a ver o seu ex-companheiro de maneira diferente..."

C8) "...exato, acho que ele não é homem para mim..."

E4) "...mas o que a fez mudar de atitude em relação a maneira como vê o seu ex-companheiro..."

C9) "...Acho que ele não vale a pena..."

E5) "...mas o que a levou a chegar a essa conclusão..."

C10) "...foi tudo... segui o seu conselho e “pesei numa balança” a nossa relação, fiz uma revisão a nossa relação e prevaleceram as coisas más..."

C11) "...ate tive vontade de reabrir o processo, mas julgo que não valera a pena, uma vez que ele já esta em Barcelona, isto ira-se arrastar e acho que me iria fazer mal..."

E6) "...compreendo, acha que isso não a deixaria esquecer o que se passou, ou seja, estaria sempre a “abrir a ferida”, não a deixaria seguir a sua vida e esquecer o que se passou..."

C12) "...isso mesmo, iria ter que voltar a falar nisto a outras pessoas que não conheço e teria que reviver tudo de novo..."

C13) "...já esta a passar aquele sentimento que sentia, aquele amor, agora sinto raiva e ódio dele...lembrei-me também de pequenos coisas que ele me fez passar... ele nunca vai mudar..."

A utente continua a contar que o seu ex-companheiro é mentiroso, e conta um episodio que a utente não gostou. Conta que a mãe do seu ex-companheiro costumava a depositar dinheiro na conta da utente e depois esta levantava o dinheiro e dava-o ao seu ex-companheiro, e uma vez a utente deu-lhe os 400euros que a mãe do seu ex-companheiro tinha depositado na conta da utente e depois a Sra. H. vi-o a contar o dinheiro e não gostou pois acho que essa atitude demonstrava que o seu ex-companheiro não confiava

nela.

Menciona que a relação não iria dar certo, e afirma já estar a entrar na fase que em não quero saber mais dele, segundo as palavras da utente.

E7) "...mas sente mesmo isso, ou é só o facto de ter visto a mancha de vinho que despertou isso em si...não sei se me faço compreender..."

C14) "...sim compreendi, ele é me indiferente, mas não tiro a possibilidade de ter uma recaída..."

A utente continua e diz que acha que a mãe do seu ex-companheiro também tem a culpa de ele ser assim, porque é a mãe que lhe paga as contas, se assim não o fosse ele teria que ir arranjar emprego para as pagar.

C15) "...as vezes que estivemos juntos ele só me dava as sobras..."

E8) "...que tipo de sobras é que se refere..."

C16) "...quando tivemos na suíça (a 20anos), ele traiu-me com a minha melhor amiga...ele só me procurava para ter um sítio para dormir..."

C17) "...em Barcelona ele estava metido na droga ele praticamente não me ligava, não tínhamos relações sexuais..."

A utente conta que acha que a mãe o queria internar e ele não queria por isso veio para Portugal. A D. H. pensa que ele a vê como uma tábua de salvação, contudo la no fundo considera que ainda gosta dele, apesar de não compreender porque continua a sustentar esse sentimento.

Aproveitei o facto de a utente estar com um discurso mais consciente relativamente a sua relação com o ex-companheiro, e sem defesas relatando tudo o que passara com o seu ex-companheiro, e assumindo que este não seria a pessoa ideal para partilhar a sua vida, e decidi confronta-la mais uma vez.

E9) “...gosta dele ou sente necessidade de gostar dele...”

C18) ” (sorri)...boa pergunta...nunca tinha pensado nisso...”

C19) ”(fica alguns minutos calada)...pois se calhar até pode ser isso...”

Foi pedido a utente que fizesse um reflexão a cerca dessa questão, foi feito um pequeno resumo da sessão.

A sessão chegou ao fim, despedimo-nos e desejamos um resto de boa semana.

8º sessão

10/11/10

11h00

A sessão começou, a utente demonstra-se bem, nesta sessão já não faz referência ao facto de quando chega a apav fica triste.

E1) "...como passou a semana..."

C1) "...sabe, acho que estou a ficar imune aos sentimentos..."

E2) "...pode explicar melhor..."

C2) "...sim, porque os sentimentos que surgem, a minha cabeça e o meu coração rejeitam esses sentimentos...esta semana continuaram a prevalecer as coisas más que ele me fez passar...acho que já não estou tão sensível..."

Continua, e afirma que durante a semana pensou muito no seu ex-companheiro mas de forma diferente, quando pensa já não pensa com amor mas sim com indiferença. Pensa e tudo de mau que ele lhe fez, e pensou sobretudo nas mentiras que o seu ex-companheiro lhe contou desde que a contactou em Fevereiro (acontecimento da tragédia na Madeira) até aos dias das agressões, afirma que foi tudo um mentira.

C3) "...ele esta semana mandou me uma mensagem...dizia adeus em letras grandes..."

E3) "...e como se sentiu depois de ler a mensagem..."

C4) "...não senti nada, não fiquei sensível...esta semana nem senti necessidade de falar com ele..."

C5) "...se ele me tivesse mandado esta mensagem a 3 semanas a trás, ai sim iria-me fazer muito mal...agora já não...já não quero saber...o sentimento esta a desaparecer..."

A utente conta que no domingo teve uma pequena recaída, contudo não foi nada relacionado com o seu ex-companheiro.

E4) "...e o que a fez ter essa "recaída"..."

C6) "...acho que era por ser domingo e estar a chover...o inverno deprime-me mas sou assim desde de nova, quando vem a chuva fico mais em baixo...mas depois passou consegui dar a volta..."

E5) "...e o que fez para dar a "volta" ..."

C7) "...fiz como me aconselhou da outra vez, procurei distrair-me com outras coisas...liguei a televisão para ver uma coisa que gostava e fiz o jantar e aos poucos desapareceu..."

E6) "...disse-me que não gosta da chuva nem do inverno..."

C8) "...sim não gosto sinto-me estranha nessa altura do ano fico triste...eu gosto é do verão do sol...ai parece que me encho de energia..."

C9) "...eu agora ando a sofrer muito de enxaquecas e por vezes sinto dificuldades em dormir..."

C10) "...estou a pensar arranjar trabalho na Madeira, em Dezembro vou ter com a minha família e ver se consigo lá ficar..."

C11) "...pensei muito na minha vida aqui em Lisboa, aqui não tenho nada, não tenho família, não tenho emprego..."

E7) "...vejo que esta com vontade de dar uma certa reviravolta na sua vida..."

C12) "...sim...sim é isso mesmo..."

C13) "...como já disse agora vou lá passar o natal se conseguir alguma coisa fico por lá também não tenho nada a perder, o meu subsidio de desemprego esta quase acabar..."

E8) "...e lá sempre esta ao pé da sua família pudera ter mais apoio..."

C14) "...sim isso é verdade, aqui também não tenho nada que me prenda aqui...não sei se fico na madeira ou se vou para Lyon para ao pé do meu irmão..."

A utente volta a falar da mensagem

Diz não compreender o significado do (ADEUS), contudo sente-se indiferente, não ficou triste, e volta a mencionar se fosse a cerca de três semanas a trás teria ficado bastante em baixo, e não iria aceitar aquela menagem, tendo assim mandando-lhe mensagem a perguntar o que é que o seu ex-companheiro queria dizer com o (ADEUS).

C16) “... eu penso nele, mas acha que isso também se pode dever ao facto de não ter nada para fazer...estar sempre em casa sozinha...”

A utente fala com entusiasmos da sua ida para a madeira e do tempo que faz por lá.

C17) “...tenho fobia a relâmpagos, do vento forte, não gosto mesmo nada do Inverno, faz-me sentir triste e não tenho vontade de fazer nada...no inverno só me apetece ficar em casa sem ver ninguém...também perco um pouco o apetite...”

Diz pensar em muita coisa, devido ao seu excesso de tempo, em que não tem nada para fazer, por vezes sente-se triste contudo não quer tomar nenhuma medicação pois tem medo de ficar dependente.

Afirma já estar a aceitar melhor o que aconteceu, que esta a saber lidar melhor com as emoções que surgem quando pensa no que aconteceu.

Foi feito um breve resumo da sessão.

A sessão chegou ao fim. Despedimo-nos.

9ª Sessão

17/11/10

11h00

Hoje a utente vinha visivelmente bem-disposta, entramos para o gabinete.

Perguntei como tinha corrido a semana.

Afirma que teve uma semana mais ou menos, pois houve dias em que esteve bem outros mais ou menos.

Afirma que teve muitas insónias e o seu lado emocional também esteve um pouco instável.

E1) "...porque acha que se deveu essa instabilidade..."

C1) "...não sei, esta semana voltei a pensar nele..."

E2) "...pensou como..."

C2) "...penso com uma certa saudade...acho que preciso de pensar nele para me sentir viva, porque quando penso nas coisas boas que vivemos ..."

E3) "...ou seja, sente necessidade de pensar nele, porque isso a faz sonhar e sentir certas emoções...e assim sente-se viva..."

C3) "...isso mesmo...porque se eu não sentir isto não me sinto viva...eu não tenho nada a que me possa agarrar...não tenho emprego, não tenho família perto de mim, não tenho um companheiro e os poucos amigos que tenho tem as suas vidas..."

C4) "...preciso de me agarrar alguma coisa para me prender aqui neste mundo..."

C5) "...sabe as vezes veem me uns pensamentos a cabeça...penso muito na morte..."

E4) "...mas porque pensa nisso..."

C6) "...não sei vem-me estes pensamentos a cabeça, penso na minha morte ou da minha família...mas eu não quero morrer nem quero que ninguém da minha família morra..."

A utente, diz sentir um vazio dentro de si, e que o seu ex-companheiro faz a utente sentir coisas que mais nenhum homem conseguiu despertar na utente.

Continua, dizendo que o vazio que sente dentro de si, o seu ex-companheiro ajuda a preenche-lo, e daí a necessidade que sente em gostar dele de modo a ajudar a preencher esse vazio.

C10) "...e antes sentir qualquer coisa do que não sentir nada...é tudo muito confuso, muito instável...mas tenho a consciência que a relação com ele não ia dar certo..."
(alguns minutos em silencio)

C11) "...agora ando a pensar muito em doenças, e na morte...eu não quero morrer e não estou preparada, para uma eventual morte de alguém que seja minha próxima.

E8) "...mas porque é que pensa nisso..."

C12) "...não sei...estes pensamentos vêm-me agora a cabeça..não sei porque..."

C13) "...também acho que estou mais agressiva..."

E9) "...porque achas isso..."

C14) "... porque quando estou com aquele meu amigo que soube da agressão que sofri, sou agressiva para com ele..."

E10) "... e porque acha que agora reage assim para com ele..."

C15) "...não sei mas quando estou com ele dá-me raiva...sou agressiva..."

E11) "...e acha que reage assim por ele saber da sua história... "

C16) "...sim...tal vez seja isso porque quando falo com ele faz me lembrar o que se passou comigo..."

C17) "...eu agora não me apetece ver ninguém... não gosto de ir a sítios com muita gente, faz-me confusão, eu fujo de sítios com muita gente..."

C18) "...da outra vez fui ao Colombo porque é perto da minha casa para ir ao supermercado e tive que me vir logo embora estava me a fazer confusão ver aquela

gente toda...não gosto...tive que ir logo para casa...sinto me bem é em casa longe das pessoas...”

Foi dito a utente que devia contrariar esse sentimento de crer ficar em casa. Devia também tentar arranjar um hobbie algo que a "obrigasse" sair de casa.

A utente informou-me que na próxima sessão seria a ultima pois ira para a Madeira passar o Natal com os pais e depois ia para Lyon ter com o seu irmão. Demonstra-se feliz e entusiasmada. Foi feito um resumo da sessão, foi informado que a sessão chegou ao fim. Despedimo-nos

10' Sessão

24/ 11/ 10

11H00

A utente chegou a horas cumprimenta mo nos e inicia mos a sessão.

Foi perguntado a utente como tinha passado a semana.

C1) "...esta semana, houve dois dias que me senti mesmo muito mal, e uma tristeza que não sei explicar...voltei a pensar nele e na falta que ele me faz...esta semana voltei a falar com ele..."

E1) "... e como correu a conversa e como se sentiu a falar com ele..."

C2) "... correu bem ele falou me bem eu senti me melhor depois de ouvir a voz dele..."

C3) "... quando estou muito em baixo tenho necessidade de falar com ele e ligo lhe..."

E2) "... sente essa necessidade de falar com o seu ex-companheiro..."

C4) "... sim fico melhor quando oiço a voz dele...eu não consigo esquece-lo..."

E3) "...coloca a hipótese de voltarem a ter uma relação..."

C5) "...não sei...eu não me importava de ir para Barcelona ter com ele mas teria que ser com muitas restrições..."

E4) "... que tipo de restrições..."

C6) "...teria que arranjar uma casa para mim caso fosse para Barcelona, viver com ele na mesma casa não... porque caso houvesse alguma coisa assim já teria para onde fugir..."

E5) "...acha que poderia voltar acontecer o que aconteceu..."

C7) "...talvez.. não sei ele não ta bem precisa de ajuda...da primeira vez não estava preparada nem estava a espera que aquilo acontecesse agora já estou com um pé a trás...mas eu nunca senti com ninguém o que sinto com ele..."

Foi perguntado em relação ao episódio traumático quando a utente se lembrava desse dia o que sentia, a utente relata que na altura ficou muito mal, mas que agora pensa que ele fez aquilo porque não estava bem, e que o seu ex-companheiro precisava de ajuda.

C8) “...isto é uma mistura de sentimentos... eu perco o controle dos meus sentimentos....”(começa a chorar durante algum tempo)

E6) “...compreendo que para si não seja fácil lidar com essa mistura de sentimentos que tem dentro de si... pode me descrever esses sentimentos ...”

C9) “... o sentimento que punha no topo era o da saudade...”

E7) “... porque a saudade...”

C10) “...porque tenho saudades dele, eu gosto dele...apesar de tudo eu gosto dele...eu sei que não está certo mas é mais forte que eu...”

C11) “...ele disse-me que eu fui a única mulher que gostou mesmo dele ... acho que foi a única verdade que ele me disse...”

C12) “...Acho que o tempo vai-me ajudar a esquecer isto tudo...vou agora para a Madeira passar o natal com a minha família e depois vou ter com o meu irmão a Lyon...”

C13) “...acho que merecia uma explicação para isto tudo que me aconteceu...sou sempre eu que ligo telefone e mando mensagem...” (fica em silêncio)

C14) “...amar não deveria ser uma tortura...acho que o amor é a causa disto tudo...”

E8) “...se houvesse uma oportunidade de voltarem a estar juntos....aceitaria voltar para o seu ex-companheiro...”

C15) “...hmm...não sei...”

E9) “...gosta dele mas não quer ter uma relação com ele...”

C16) “...claro que sim, que queria...quando se gosta quer-se ter a pessoa ao nosso lado, fazer tudo com a pessoa que se gosta...”

E10) "...mas neste caso..."

C17) "...não sei é tudo muito confuso... ele não gosta de mim como eu gosto dele..."

E11) "...como vê o seu amor por o seu ex-companheiro..."

C18) "...boa pergunta...(fica em silencio)...hmm talvez seja um amor platônico que eu tenho pelo meu ex-companheiro...é um amor quase impossível...se ele ao menos se quisesse tratar, mas ele não quer...acho que nunca vou conseguir esquece-lo..."

E12) "...mas já o conseguiu uma vez, porque acha que não ira conseguir desta vez...já teve uma relação com o seu ex-companheiro depois segui a sua vida..."

C19) "...pois mas ele voltou e eu gosto dele... sinto me frágil qualquer alguma coisa que me faça lembrar dele dá-me logo vontade de chorar e faz com que tenha uma recaída eu não queria estar assim..."

E13) "...compreendo, que se sinta frágil com tudo o que se passou, por isso sugiro mais uma vez que seria bom ir a psiquiatra de modo a que lhe prescrevesse uma medicação para a ajudar em relação a essa tristeza e fragilidade que diz sentir..."

C20) "...sim, estou a pensar em ir...mas não consigo perceber eu estava tão bem porque é que ele tinha que voltar...acho que estou cansada de lutar por este amor..."

C21) "...eu gosto dele mas, ele não gosta de mim...tenho que começar a pensar mais em mim, pode ser que me faça bem sair daqui e distrair me..."

E14) "...sim penso que será bom para si, voltar estar com a sua família..."

C22) "...sim eu aqui estou sempre sozinha, acho que me vai fazer bem..."

E15) "...na última sessão falou-me que pensava na morte...ainda pensa nisso..."

C23) "...(sorri)...não já não penso nisso... já passou....agora quero viver uma vida nova, em Janeiro vou para Lyon vou para ao pé do meu irmão, vou começar uma vida nova..."

Como a nossa sessão já estava perto do fim fizemos um balanço das sessões, a utente agradeceu afirmando ter sido muito útil, ter vindo todas as semanas desabafar e os conselhos que dei estarem a ajuda-la.

Contudo reforcei novamente a ideia que seria bom para a utente procurar um psiquiatra.

A sessão chegou ao fim por isso despedimo-nos desejei uma boa viagem para a Madeira e boa sorte para quando fosse para Lyon.

A utente sorriu agradeceu-me por tudo o que tinha feito por ela dizendo que o tempo que veio a APAV falar comigo, tinha ajudado a conseguir suportar a situação que passou. Afirmou que iria ao psiquiatra, despedimo-nos.