

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

JÚLIA CARVALHO ZAMORA

**CICLOS DE MUDANÇA IDENTIFICADOS NO PROCESSO
PSICOTERAPÊUTICO DE MULHERES COM HISTÓRICO DE VIOLÊNCIA
POR PARCEIRO ÍNTIMO**

Porto Alegre
2018

PÓS-GRADUAÇÃO - *STRICTO SENSU*



Pontifícia Universidade Católica
do Rio Grande do Sul

Ficha Catalográfica

Z25c Zamora, Júlia Carvalho

Ciclos de Mudança Identificados no Processo Psicoterapêutico de Mulheres
com Histórico de Violência por Parceiro Íntimo / Júlia Carvalho Zamora .
– 2018.

110.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia,
PUCRS.

Orientadora: Profa. Dra. Luísa Fernanda Habigzang.

1. Ciclos de Mudança. 2. Violência contra Mulher. 3. Violência por Parceiro
Íntimo. 4. Psicoterapia. I. Habigzang, Luísa Fernanda. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da PUCRS
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecária responsável: Salete Maria Sartori CRB-10/1363

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL

ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA

**CICLOS DE MUDANÇA IDENTIFICADOS NO PROCESSO
PSICOTERAPÊUTICO DE MULHERES COM HISTÓRICO DE VIOLÊNCIA
POR PARCEIRO ÍNTIMO**

JÚLIA CARVALHO ZAMORA

Dissertação de mestrado realizada no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia em Psicologia Clínica.

Porto Alegre

Dezembro, 2018

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

**CICLOS DE MUDANÇA IDENTIFICADOS NO PROCESSO
PSICOTERAPÊUTICO DE MULHERES COM HISTÓRICO DE VIOLÊNCIA
POR PARCEIRO ÍNTIMO**

JÚLIA CARVALHO ZAMORA

ORIENTADORA: Prof^a. Dr^a. Luísa Fernanda Habigzang

Dissertação de mestrado realizada no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia em Psicologia Clínica.

Porto Alegre

Dezembro, 2018

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

**CICLOS DE MUDANÇA IDENTIFICADOS NO PROCESSO
PSICOTERAPÊUTICO DE MULHERES COM HISTÓRICO DE VIOLÊNCIA
POR PARCEIRO ÍNTIMO**

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Luísa Fernanda Habigzang

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS

Orientadora

Prof^a. Dr^a. Clarissa De Antoni

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA

Avaliadora Externa

Prof^a. Dr^a. Simone dos Santos Paludo

Universidade Federal do Rio Grande – FURG

Avaliadora Externa

Porto Alegre

Dezembro, 2018

ANTIPATRIARCA

*Yo puedo ser tu hermana, tu hija
Tamara, Pamela o Valentina
Yo puedo ser tu gran amiga
Incluso tu compañera de vida
Yo puedo ser tu gran aliada
La que aconseja y la que apaña
Yo puedo ser cualquiera de todas
Depende de como tu me apodas*

*Pero no voy a ser la que obedece
Porque mi cuerpo me pertenece
Yo decido de mi tiempo
Como quiero y donde quiero
Independiente yo nací, independiente decidí
Yo no camino detrás de ti
Yo camino de la par aquí*

*Tu no me vas a humillar
Tu no me vas a gritar
Tu no me vas someter
Tu no me vas golpear
Tu no me vas denigrar
Tu no me vas obligar
Tu no me vas silenciar
Tu no me vas callar*

*No sumisa ni obediente
Mujer fuerte insurgente
Independiente y valiente
Romper las cadenas de lo indiferente
No pasiva ni oprimida
Mujer linda que das vida
Emancipada en autonomía
Antipatriarca y alegría*

A liberar, a liberar

*Yo puedo ser jefa de hogar
Empleada o intelectual
Yo puedo ser protagonista de nuestra
historia*

*Y la que agita
La gente la comunidad
La que despierta la vecindad
La que organiza la economía
De su casa, de su familia*

*Mujer linda se pone de pie
Y a romper las cadenas de la piel*

*Tu no me vas a humillar
Tu no me vas a gritar
Tu no me vas someter
Tu no me vas a golpear
Tu no me vas denigrar
Tu no me vas obligar
Tu no me vas a silenciar
Tu no me vas a callar*

*No sumisa ni obediente
Mujer fuerte insurgente
Independiente y valiente
Romper las cadenas de lo indiferente
No pasiva ni oprimida
Mujer linda que das vida
Emancipada en autonomía
Antipatriarca y alegría*

(Ana Tijoux)

AGRADECIMENTOS

Desenvolver e concluir esta pesquisa de mestrado mostrou-se um desafio, seja pela necessidade de conciliá-la com a prática clínica em consultório ou pelas diversas demandas do ambiente acadêmico. Felizmente, pude contar com muitas pessoas que serviram como fonte de apoio e inspiração ao longo dessa jornada e que me auxiliaram, direta ou indiretamente, na conclusão deste sonho.

Inicialmente, agradeço à minha mãe Janine, mulher guerreira que sempre esteve ao meu lado, mesmo quando eu insistia que não precisava. Obrigada por compartilhar comigo minhas alegrias e por me trazer aquela sensação de paz nos momentos difíceis. Obrigada também por sempre deixar evidente o orgulho que sentias de mim por minhas pequenas realizações, esses estímulos foram fundamentais para que eu aprendesse a seguir em frente. Te tenho como exemplo a ser seguido.

Ao meu pai, Pedro, que mesmo às vezes não entendendo o porquê de eu passar tanto tempo em cima de um computador sempre buscou me incentivar e demonstrar o quanto se orgulhava da pessoa que me tornei, mesmo sentindo minha ausência em diversos momentos. Obrigada por ler minhas escritas e assistir meus ensaios para apresentações. Nunca vou esquecer o dia que cheguei em casa e te vi lendo o livro em que publiquei meu primeiro capítulo.

À minha tia e madrinha, Denise, por ser essa pessoa que inesgotavelmente sempre ajudou, sendo praticamente uma segunda mãe para mim. Tu foste a responsável por me incentivar o gosto para leitura e isso foi primordial para o caminho profissional que estou escolhendo seguir. Tua personalidade irreverente e debochada me abriu para novas formas de enxergar o mundo.

À minha avó Judith, que não está mais neste plano, mas que deixou um amor tão grande por onde passou que te sinto constantemente ao meu lado.

À minha tia Idelcy que também se foi muito cedo, mas que fez questão de mostrar o quanto me amava. Junto a ela, agradeço minha prima Fabiana que me deu aulas de matemática da 4ª série do colégio até o 2º ano da faculdade. Obrigada pela paciência e dedicação, sem ti sabe-se lá se eu teria entrado na faculdade, já que números nunca foram meu ponto forte!

Aos meus amigos que me acompanharam ao longo de toda a graduação, Fernando Martins, Juliana Weide, Bruna Rocha, Caroline Smith, Julia Chotgues, Fernanda Haubrich, Andréus Souza, Elisa Taufer e Jade Rosa. Ter vocês do lado ao longo de toda essa jornada foi imprescindível para revigorar minhas forças. É maravilhoso quando nossos caminhos se reencontram, assim como o apoio que nos damos nessa vida louca pós-formatura.

À minha incrível orientadora Luísa Habigzang que possibilitou que tudo isso acontecesse. Obrigada por ter me permitido iniciar esse trabalho com mulheres em situação de violência que me despertou de uma forma inexplicável durante meu primeiro estágio no NAPSIJUR. Fiquei muito feliz quando ao término do estágio, me chamaste para ser bolsista de iniciação científica no GPeVVIC, eu nem poderia imaginar o quanto esse espaço se tornaria importante na minha vida. Tu foste a principal responsável pelo meu desejo de seguir o caminho da vida acadêmica. És uma profissional extremamente dedicada e competente. Te admiro ainda mais por sempre manter tua humildade e cuidado com os outros, teu jeito carinhoso deixa tudo mais fácil. Obrigada pelo investimento de anos e por acreditar em mim quando nem mesmo eu acreditava e também por ter me dado suporte em todas as vezes que me vinha aquela insegurança que tu já conheces. Tu és um

exemplo de profissional com teu afeto, compromisso ético e responsabilidade política. Espero que o laço que construímos seja para a vida.

À todas as professoras e professores da PUCRS que contribuíram de diferentes maneiras para minha formação. Agradeço também às professoras Simone Paludo e Clarissa De Antoni por aceitarem compor a banca do projeto e da dissertação, me auxiliando a qualificar o estudo. Ainda, agradeço à Paula Campezzatto pela disponibilidade de sempre com as análises desse projeto.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão da bolsa-auxílio que possibilitou a realização deste mestrado.

Ao meu querido amigo, Gustavo Affonso Gomes, por estar ao meu lado nas risadas e nos momentos de choro. Tua determinação somada a tua humanidade são inspiradoras para mim. Obrigada pelo incentivo na prática clínica e vida acadêmica.

À minha querida equipe do projeto de pesquisa: Aline Ruoso, Beatriz Curia, Isadora Ligório, Mariana Gomes-Ferreira, Rodrigo Machado e Victória Dias. Vocês foram essenciais para o andamento desse projeto. Me ajudaram a trazer leveza para esse percurso com nossas brincadeiras diárias e por meio de nossas discussões me auxiliam constantemente a crescer enquanto profissional. Nosso afeto ultrapassa as paredes da pesquisa e quero ter vocês sempre ao lado. Seguirei com vocês! Um agradecimento especial à Bia, por sempre segurar minha mão quando precisei. Que felicidade nossos caminhos terem se cruzado!

A todos do GPeVVIC pela receptividade quando entrei, pela ajuda de sempre, pelas transcrições realizadas, pelas amizades criadas e por transformarem um grupo de pesquisa em um lugar acolhedor no qual sempre me senti muito bem. Sinto-me honrada

em fazer parte dessa equipe. Obrigada à Thays Bordini por além de tudo isso, fazer cafés excelentes.

Aos meus pacientes do consultório pela confiança e por me deixaram cada dia mais apaixonada pela Psicologia Clínica. Um agradecimento mais que especial à minha psicóloga, Juliana Pureza, pelo vínculo que construímos e por ter sempre me auxiliado frente aos novos desafios.

Às mulheres que participaram deste estudo. Obrigada pela confiança e por renovarem a esperança no enfrentamento à violência contra mulher. Seguimos juntas!

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	13
2. RESUMO	16
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DO TEMA	20
3.1 <i>Violência de Gênero contra a Mulher e Breve Histórico dos Movimentos para Garantia de Direitos</i>	<i>20</i>
3.2 <i>Dados Epidemiológicos e Consequências da Violência para a Saúde das Mulheres</i>	<i>26</i>
3.3 <i>A Psicologia no Enfrentamento à Violência contra a Mulher e os Estudos em Psicoterapia</i>	<i>29</i>
4. REFERÊNCIAS	35
5. SEÇÃO EMPÍRICA	43
5.1 <i>Estudo I</i>	<i>43</i>
5.2 <i>Estudo II</i>	<i>64</i>
6. ANEXOS.....	90
6.1 ANEXO A Questionário de Dados Sociodemográficos e Histórico de Situações de Violência	90
6.2 ANEXO B Padrões de Comunicação.....	94
6.3 ANEXO C Exemplo de Gráfico Indicando Ciclo de Mudança.....	95
6.4 ANEXO D Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	96

1. APRESENTAÇÃO

Esta dissertação de mestrado é apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica. Este estudo foi realizado no referido programa no Grupo de Pesquisa Violência, Vulnerabilidade e Intervenções Clínicas (GPeVVIC), coordenado pela professora Dra. Luísa Fernanda Habigzang, orientadora desta pesquisa. O GPeVVIC, no qual ingressei em 2016 como Bolsista de Iniciação Científica, tem como linhas de pesquisa: 1) avaliação do impacto da violência para o desenvolvimento psicossocial; 2) desenvolvimento e avaliação de tecnologias de capacitação profissional para prevenção e intervenção em situações de violência e/ou vulnerabilidade; e 3) desenvolvimento e avaliação de intervenções clínicas e psicossociais para populações vulneráveis e/ou com histórico de violência, sendo esta última a qual meu estudo de mestrado encontra-se inserido.

Este projeto foi idealizado após o desenvolvimento de uma versão anterior de protocolo de psicoterapia cognitivo-comportamental breve para mulheres com histórico de violência por parceiro íntimo. A primeira versão do protocolo foi formulada para modalidade individual, sendo composta por 13 sessões e dividida em quatro etapas: 1) Psicoeducação e reestruturação cognitiva (quatro sessões); 2) Exposição gradual às memórias traumáticas (três sessões); 3) Resolução de problemas (duas sessões) e, 4) Prevenção à recaída (quatro sessões). Onze mulheres concluíram todas as etapas do protocolo e tiveram sintomas de depressão, ansiedade, estresse, transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) e nível de satisfação com a vida avaliados antes e após a psicoterapia. Os resultados apontaram que houve aumento da satisfação com a vida, bem como a diminuição dos sintomas de ansiedade, depressão e estresse. Entretanto, os

sintomas de TEPT se mantiveram estáveis (Habigzang, Aimée Schneider, Frizzo, & Freitas, 2018).

A análise de processo desta primeira versão do protocolo (Habigzang, Ferreira & Maciel, submetido) foi realizada com quatro casos. Como resultado, identificou-se que as técnicas contribuíram para reestruturação de crenças distorcidas sobre a situação de violência, a ressignificação de memórias traumáticas, melhoria na visão de si e desenvolvimento da construção de um plano de vida sem violência. Uma limitação deste estudo se deve ao fato de que as sessões de psicoterapia não foram gravadas, mas relatadas pelos terapeutas. Desse modo, é possível que os dados estejam enviesados pela percepção dos terapeutas. A gravação e transcrição das sessões permitiriam maior precisão e detalhamento nas análises das intervenções realizadas. Por fim, entende-se que este protocolo de TCC apresentou evidências iniciais de efetividade para o tratamento desta população. No entanto, verificou-se a necessidade de ajustes no protocolo para minimizar sintomas de TEPT e maior rigor metodológico para análise de processo para compreender quais elementos da intervenção efetivamente contribuem para melhora clínica das pacientes.

O presente estudo está vinculado ao projeto guarda-chuva “Desenvolvimento e Avaliação de Processo e Impacto de Protocolo de Psicoterapia para Mulheres em Situação de Violência Conjugal”, que tem como objetivo a reformulação do referido protocolo, bem como sua avaliação. O projeto foi dividido em três etapas: 1) revisão sistemática da literatura sobre protocolos de tratamento existentes para essa população; 2) Avaliação do processo terapêutico, por meio de estudo de casos múltiplos; e 3) Avaliação de impacto terapêutico, por meio de ensaio clínico. A revisão sistemática (Petersen, Zamora, Fermann, Crestani & Habigzang, no prelo) permitiu a identificação de aspectos importantes para a reformulação do protocolo e para o desenvolvimento dos estudos de

avaliação. Dentre os aspectos reformulados estão o número de sessões, a inclusão de reestruturação de estereótipos de gênero que contribuem para legitimar e manter relações violentas, a inclusão de plano de segurança como medida para evitar revitimizações, bem como inserção de técnicas de regulação emocional. A presente dissertação compõe a segunda etapa do projeto que tem como objetivo analisar quais elementos do protocolo auxiliaram para o alcance de mudanças terapêuticas por meio de três casos clínicos estudados.

2. RESUMO

Para o tratamento adequado de mulheres com histórico de violência, é fundamental que as intervenções em psicoterapia tenham respaldo metodológico baseado em estudos científicos. O presente estudo é composto por dois artigos que têm como foco um protocolo de psicoterapia cognitivo-comportamental breve para mulheres com histórico de violência por parceiro íntimo. O primeiro artigo, intitulado “Psicoterapia Cognitivo-Comportamental Breve para Mulheres com Histórico de Violência por Parceiro Íntimo”, tem como objetivo descrever de forma detalhada o protocolo de psicoterapia e as justificativas para as intervenções, incluindo a apresentação de trechos ilustrativos das sessões. O protocolo de psicoterapia está dividido em quatro etapas, sendo: 1) psicoeducação sobre violência contra mulher e relações de gênero, visando a reestruturação cognitiva sobre aspectos da violência; 2) exposição gradual às memórias traumáticas e treino de regulação emocional; 3) treino em resolução de problemas; 4) fortalecimento de estratégias de proteção e construção de projetos futuros. O segundo artigo, intitulado “Ciclos de Mudança Identificados no Processo Psicoterapêutico de Mulheres com Histórico de Violência por Parceiro Íntimo”, tem como objetivo geral identificar e analisar ciclos de mudança presentes no processo psicoterapêutico de mulheres com histórico de violência por parceiro íntimo. Ainda, objetivou-se: 1) identificar quais etapas do protocolo de psicoterapia promoveram maior quantidade de ciclos de mudança por meio do *Therapeutic Cycles Mode (TCM)*; 2) verificar quais técnicas utilizadas no protocolo de psicoterapia estão associadas aos ciclos de mudança; e 3) identificar momentos-chave de cada sessão do protocolo de psicoterapia por meio do TCM e analisar a temática central presente nestes momentos. A amostra, selecionada por conveniência, foi composta por três mulheres com idade a partir de 18 anos que experienciaram violência por parceiro íntimo. Efetuaram-se análises das transcrições das sessões no *software* TCM. Posteriormente, as transcrições dos ciclos de mudança foram analisadas por meio da Análise Temática. Foram encontrados ao todo 78 ciclos de mudança, sendo que todas as sessões analisadas geraram pelo menos um ciclo de mudança. As principais técnicas foram: questionamento socrático, flecha descendente, psicoeducação sobre violência, psicoeducação sobre emoções, validação emocional e treino de habilidades de proteção. Os temas em comum encontrados foram: família de origem; relações com filhos; presença do autor da agressão; violência de gênero; experiências de violência; consequências da violência, rede de apoio social e afetiva, rede

de enfrentamento e psicoterapia. O estudo apontou evidências iniciais de que o protocolo promove mudanças terapêuticas significativas. O protocolo também apresentou bom desencadeamento entre as sessões e evidenciou temas potencialmente relacionados ao progresso terapêutico, bem como as técnicas pertinentes no trabalho com essa população.

Palavras-chave: Ciclos de Mudança; Violência contra Mulher; Violência por Parceiro Íntimo; Psicoterapia.

ABSTRACT

For the adequate treatment of women with a history of violence, interventions in psychotherapy need to have methodological support based on scientific studies. The present study is composed of two articles that focus on a brief cognitive-behavioral psychotherapy protocol for women with a history of intimate partner violence. The first article entitled "Brief Cognitive-Behavioral Psychotherapy for Women with Intimate Partner Violence History", aims to describe in detail the protocol of psychotherapy and justifications for interventions, including the presentation of excerpts from the sessions. The psychotherapy protocol is divided into four stages: 1) psychoeducation on violence against women and gender relations, aimed at cognitive restructuring on aspects of violence; 2) gradual exposure to traumatic memories and training in emotional regulation; 3) problem solving training; 4) strengthening strategies to protect and build future projects. The second article, entitled "Cycles of Change Identified in the Psychotherapeutic Process of Women with History of Violence by Intimate Partners," aims to identify and analyze cycles of change present in the psychotherapeutic process of women with intimate partner violence. The general objective of this study was to identify and analyze cycles of change present in the psychotherapeutic process of women with a history of intimate partner violence. Specifically aims were: 1) identify which stages of the psychotherapy protocol promoted a greater number of cycles of change through Therapeutic Cycles Mode (TCM); 2) verify which techniques used in the psychotherapy protocol are associated with the cycles of change; and 3) identify key moments of each session of the psychotherapy protocol through the TCM and analyze the central theme present at these moments. The sample, selected for convenience, was composed of three women aged 18 years and over who experienced intimate partner violence. Analyses of session transcripts were performed in the TCM software. Subsequently, the transcriptions of the cycles of change were analyzed through the Thematic Analysis. A total of 78 cycles of change were found and all the analyzed sessions generating at least one change cycle. The main techniques were: socratic questioning, downward arrow, psychoeducation on violence, psychoeducation on emotions, emotional validation and protection skills training. The common themes found were: family of origin; relationships with children; presence of the perpetrator of the aggression; gender violence; experiences of violence; consequences of violence, social and affective support network, service network and psychotherapy. The study pointed early evidences that the protocol promotes significant

therapeutic changes. The study pointed early evidences that the protocol promotes significant therapeutic changes. The protocol also presented a good triggering between sessions and evidenced subjects potentially related to the therapeutic progress, as well as the pertinent techniques in the work with this population.

Keywords: Cycles of Change; Violence against women; Intimate Partner Violence; Psychotherapy.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DO TEMA

3.1 Violência de Gênero contra Mulher e Breve Histórico dos Movimentos para Garantia de Direitos

A violência é um problema de ordem mundial, compreendida como qualquer ação ou omissão que possa ferir, maltratar ou submeter alguém ou um grupo de pessoas (Organização Mundial da Saúde, [OMS], 2002). Em 2002 a OMS lançou um relatório sobre a temática e dividiu a violência em três grandes categorias: auto-inflingida, interpessoal e coletiva. Para um melhor entendimento acerca do tema “violência” será utilizado o mesmo modelo que embasa as ações da OMS, o Modelo Ecológico da Violência, por este considerar fatores de risco e proteção a partir de múltiplos campos de influência. Esse modelo dispõe os fatores de risco em quatro níveis de influência: individual, relacional, comunitário e social. O individual diz respeito a fatores biológicos e de história de vida que podem aumentar a probabilidade de alguém sofrer ou perpetuar violência. O campo relacional entende que os relacionamentos que as pessoas estabelecem com seu círculo social mais próximo podem moldar seu comportamento. O comunitário abrange as relações sociais que se estabelecem em escolas, no trabalho e vizinhança, identificando como as características desses ambientes contribuem para a reprodução da violência. E por último, o campo social, que compreende aspectos mais amplos e de nível macrossocial como desigualdade de gênero, crenças culturais, normas sociais, dentre outras que reforçam tensões entre grupos de pessoas. O modelo ecológico da violência defende uma saúde pública que não somente “trate” riscos do indivíduo se tornar vítima ou autor de violência, mas que também propague mudanças nas normas, crenças e nos sistemas sociais e econômicos que favorecem as relações de poder (OMS, 2010).

Nessa perspectiva de que relações desiguais de poder oprimem pessoas ou grupos, a violência de gênero evidencia-se como notoriamente reconhecida (Grossi, 2012). Gênero diz respeito à como as relações entre os sexos se organizam socialmente. O conceito do que é feminilidade, portanto, está relacionado ao conceito de masculinidade e ambos se influenciam mutuamente (Scott, 1989). A violência de gênero, por sua vez, abarca ações ou circunstâncias que subjugam, em diferentes níveis, pessoas por conta de seu gênero. Pode ser perpetrada por mulheres contra mulheres, homens contra homens, mulheres contra homens, mas ocorre de forma mais explícita por homens contra mulheres (Muhlen & Strey, 2013). Enquanto homens são ensinados a preservar sua masculinidade por meio de dominação, mulheres devem incorporar a submissão à sua feminilidade. Em outras palavras, homens também sofrem as imposições da violência de gênero. Eles são socialmente obrigados a serem viris, heterossexuais, provedores da família, racionais e controladores. Entretanto, apesar de atingir ambos os gêneros, o masculino ainda encontra-se na posição privilegiada de dominador, enquanto o feminino é o mais negativamente afetado pela violência. Homens foram historicamente legitimados a praticarem formas de controle tanto nos espaços privados, quanto públicos (Cunha, 2014; Muhlen & Neves, 2013; Saffioti, 2004; Souza, 2013).

Pode-se compreender que mesmo quando o homem é atingido pela violência de gênero, esta ocorre para que ele ocupe seu lugar socialmente construído de dominação, de modo que ele ainda se encontra em uma posição privilegiada. A terceira geração do feminismo busca problematizar essa discussão ampliando os estudos sobre mulheres para o estudo das relações de gênero (Narvaz & Koller, 2006). A partir disso, flexibilizam-se as lógicas de relações dominação-submissão por incluir a existência de uma variabilidade na forma como homens exercem esse poder e como o concretizam, bem como as estratégias encontradas por mulheres para reagir ou não a esse sistema. Ou seja, por mais

que a violência contra a mulher seja resultado da violência de gênero e possua padrões e dinâmicas conhecidas, este fenômeno não é uniforme devido à subjetividade e contextos particulares de cada indivíduo (Aráujo, 2008).

Assim, a desigualdade não gera conflitos somente nas relações entre os sexos, mas também, na relação do sujeito com a sociedade, já que este está aprisionado às determinações do seu gênero na construção da sua própria identidade e relações sociais (Cunha, 2014). Contudo, pode-se entender que essas relações de dominação-submissão não são absolutas e imutáveis, e que funcionam de maneira dinâmica e relacional, praticada tanto por homens quanto por mulheres, mesmo que em proporções desiguais. Ainda, deve-se considerar que a categoria gênero não exclui demais marcadores sociais que são pertinentes para o estudo da violência, tais como classe social, raça, etnia e orientação sexual (Santos & Izumino, 2005).

Considerando estes aspectos, pode-se estabelecer uma relação direta entre violência de gênero e violência contra a mulher, mas estas violências diferenciam-se. Violência de gênero é aquela perpetrada na caracterização de ambos os sexos. Violência contra a mulher é aquela direcionada ao gênero feminino (Cunha, 2014). A própria legislação brasileira entende que a violência doméstica e familiar contra a mulher compreende ações e/ou omissões que possam resultar em dano, lesão, sofrimento ou morte à mulher e que estão diretamente atreladas a desigualdades de gênero (Lei Federal nº 11.340, 2006). A violência contra a mulher é considerada pela Organização Mundial da Saúde (2013) como uma violação dos direitos humanos e um grave problema de saúde pública. A dimensão pública e coletiva desse fenômeno só foi evidenciada graças à luta dos movimentos feministas, principalmente da década de 1970, e dos estudos em gênero. Anteriormente, a violência conjugal contra a mulher era entendida como algo privado do casal e estava muito circunscrita à noção de “conflito conjugal”. No momento em que se

identifica que este é um fenômeno atrelado a noções sociais dominantes de gênero, responsabiliza-se a sociedade e o Estado pelo seu desenvolvimento e enfrentamento. Juntamente a este entendimento coletivo sobre o fenômeno da violência contra a mulher criaram-se ações de enfrentamento que envolviam a implementação de políticas públicas, combate a impunidade dos autores de agressão, inserção de mais mulheres em espaços de decisão e novas legislações (Muhlen & Strey, 2013).

Pelos dados epidemiológicos evidenciarem que a maioria das violências acontecia no lar, o termo violência contra a mulher passou a ser comumente utilizado como sinônimo de violência doméstica, apesar de serem conceitos diferentes (Azevedo, 1985). O termo “conjugal” é utilizado para evidenciar a perspectiva relacional das situações de violência, também trazendo a perspectiva de bidirecionalidade do fenômeno (Rosa & Falcke, 2014; Santos & Moré, 2011). Optou-se para esse estudo o termo “violência por parceiro íntimo” por abarcar diversas formas de relações presentes na contemporaneidade, não fazendo restrição à gêneros ou acordos de relacionamento (Cezario, Fonseca, Lopes, & Lourenço, 2015).

No Brasil, movimentos significativos em relação aos direitos das mulheres se expandiram no período pós-ditadura militar, como a criação dos Conselhos dos Direitos das Mulheres, a criação da primeira Delegacia Especializada da Mulher e a inclusão do direito à igualdade de gênero na constituição. No começo do século XXI ocorreram mudanças significativas nos direitos das mulheres. Com a criação do novo Código Civil, homens foram impedidos de anularem o casamento com base na argumentação de suas esposas não serem mais virgens, o que era permitido até então. Dois anos depois, a expressão “mulher honesta” foi retirada do Código Penal, pois este era um critério para que a mulher fosse autorizada a processar seu agressor (Facchini & Ferreira, 2016; Souza, 2013).

Em março de 2003 durante o primeiro mandato do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, foi criada a Secretaria de Políticas para as Mulheres (Brasil, 2011) e o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM). Na sua versão mais recente, o PNPM inclui: 1) garantia da autonomia econômica e igualdade no mundo do trabalho; 2) ações para a promoção da cidadania e igualdade; 3) promoção da saúde integral das mulheres e seus direitos sexuais e reprodutivos; 4) enfrentamento de todas as formas de violência contra a mulher; 5) intensificação da participação das mulheres nos espaços de poder e decisão; 6) desenvolvimento voltado para igualdade econômica e social; 7) qualidade de vida e direito à terra de mulheres do meio rural; 8) ações nas áreas de cultura, esporte, mídia e comunicação para promoção de igualdade de gênero; 9) combate ao racismo, sexismo e lesbofobia; e 10) igualdade para mulheres idosas, jovens e com deficiência (Brasil, 2013). A referida Secretaria ampliou a participação social por meio de conferências e ocupou posição enquanto ministério de 2003 a 2015 (Facchini & Ferreira, 2016).

No ano de 2006 foi sancionada a lei federal nº 11.340, conhecida como Lei Maria da Penha, com o objetivo de criar mecanismos para prevenir, coibir e punir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Esse tipo de violência compreende o âmbito doméstico, familiar ou qualquer relação íntima de afeto. A violência doméstica ocorre no ambiente de convívio permanente de pessoas que possuam ou não vínculo familiar e que inclui as que frequentam este ambiente esporadicamente. A violência no âmbito familiar abrange indivíduos que são ou se consideram aparentados. Por fim, a relação íntima de afeto compreende circunstâncias em que o autor da agressão tenha convivido com a ofendida, independente de coabitação, como um namoro, por exemplo (Lei Federal nº 11.340, 2006).

Ainda, a Lei Maria da Penha tipificou cinco violências contra mulheres que podem ser expressadas por meio de violência física, sexual, psicológica, moral e patrimonial. Violência física compreende qualquer ato que ofenda a integridade ou saúde corporal da mulher. A violência psicológica está relacionada a qualquer ação que cause prejuízo emocional e psicológico, diminua a autoestima, atrapalhe o seu desenvolvimento saudável ou que se destine a degradar, controlar a mulher, seja por ameaças, constrangimentos, humilhação, manipulação, insulto, dentre outros. A violência sexual, por sua vez, abrange condutas que possam constranger a mulher forçando-a a presenciar, manter ou participar de relação sexual não desejada ou que a induza a comercializar sua sexualidade contra sua vontade ou que limite ou anule seus direitos reprodutivos e sexuais. Violência patrimonial abrange a retenção, subtração ou destruição de objetos, documentos pessoais, instrumentos de trabalho e direitos ou recursos econômicos da mulher. Por fim, a violência moral configura-se como condutas de calúnia, injúria ou difamação (Lei Federal nº 11.340, 2006).

A partir da legislação, a violência doméstica e familiar deixa de ser entendida como um crime de menor potencial ofensivo, proibindo também a aplicação de penas pecuniárias. Mecanismos de proteção à mulher em situação de violência foram criados, dentre estes: Medidas Protetivas de Urgência; modificação da disposição judicial; assistência jurídica obrigatória às mulheres vítimas de violência; incentivo à criação de serviços especializados de acolhimento, atendimento, acompanhamento e abrigamento; responsabilização, prisão e educação dos autores de agressão (Meneghel et al., 2011; Lei Federal nº 11.340, 2006).

A Lei Maria da Penha, por seu caráter progressista, chegou a ser mencionada em 2009 no relatório bianual da ONU Mulheres como sendo uma das três melhores legislações mundiais. Em 2007 foi lançado o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à

Violência Contra a Mulher que surge como um acordo de nível federal, estadual e municipal para o fortalecimento de ações voltadas para a Política Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (Brasil, 2011). Recentemente, no ano de 2015, foi sancionada a Lei nº 13.104 que tornou crime hediondo o assassinato de mulheres motivado por crime de ódio à condição feminina, ou seja, quando são derivados de violência doméstica e familiar ou por discriminação à mulher (Lei Federal nº 13.104, 2015). Entretanto, compreende-se que nos últimos 10 anos os movimentos conservadores cresceram gradualmente, o que pode ser exemplificado por projetos de lei que propõem retirar direitos já conquistados, como a PL 5069/2013, que desmantela o atendimento a mulheres vítimas de violência sexual e burocratiza ainda mais a interrupção legal de gravidez nestes casos (Facchini & Ferreira, 2016).

3.2 Dados Epidemiológicos e Consequências da Violência para a Saúde das Mulheres

Apesar dos avanços no combate à violência contra a mulher, este fenômeno ainda se mantém muito expressivo no Brasil e no mundo (Souza, 2013). Mundialmente, estimativas apontam que 35% das mulheres sofrem violência pelo parceiro íntimo (OMS, 2016). Atualmente, 140 países punem a violência contra a mulher, mas mais de 40 apresentam dificuldades importantes para colocar as legislações em prática. Somente no ano de 2016, 2.089 mulheres tiveram suas mortes registradas como feminicídios na América Latina (Castillo, 2017). O Brasil ocupa o problemático 5º lugar num total de 83 países no ranking de feminicídios, perdendo somente para El Salvador, Colômbia, Guatemala e Rússia (Waiselfisz, 2015).

Dados nacionais apontam que cinco mulheres são espancadas a cada dois minutos (Fundação Perseu Abramo/SESC, 2010). Pesquisa realizada pelo DataSenado em 2015, apontou que uma em cada cinco mulheres consideram que já sofreram agressão por parte de algum homem e que 26% dessas mulheres ainda viviam com o autor das agressões

(Brasil, 2015). Ainda, de acordo com o Mapa da Violência de 2015, somente no ano de 2013, dos 4.762 assassinatos de mulheres registrados no Brasil, 33,2% foram cometidos por atual ou ex-parceiro, indicando 13 feminicídios por dia. Em balanço realizado pela Central de Atendimento à Mulher - Ligue 180 no ano de 2015 verificou-se que, das situações de violência relatadas, 74% ocorriam com alta frequência, ou seja, a frequência das violências era diária ou semanal e que 30% das situações de violência estavam ocorrendo no período de um a cinco anos (Brasil, 2016). Ainda, parceiros e ex-parceiros são os principais agressores das mulheres, sendo a residência o local mais frequente de ocorrência das violências (Waiselfisz, 2015). Corroborando esses dados, uma pesquisa de opinião pública revelou que 70% dos entrevistados acreditam que mulheres sofrem mais violência dentro de casa do que em espaços públicos (Agência Patrícia Galvão, 2014).

Vivenciar ou presenciar situações de violência na infância – sendo vítima ou testemunha de agressões entre cuidadores (Zamir & Lavee, 2014), dificuldade de comunicação e resolução de problemas (Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS], 2017; Rosa & Falcke, 2014; Siegel, 2013; Stith & McCollum, 2011), baixo nível socioeconômico e de educação e uso de álcool e outras drogas são considerados fatores que podem influenciar a ocorrência de violência, mas não podem ser entendidos como “causa” e sim, como potencializadores (Martins-Borges, Girardi, & Lodetti, 2017; OPAS, 2017).

A violência pode gerar graves consequências para a saúde física, mental, sexual e reprodutiva de mulheres (OMS, 2013). As consequências da violência por parceiro íntimo são inúmeras, tais como: transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), transtorno do pânico, ansiedade, depressão, alterações no sono, isolamento social, sentimento de insegurança, perda da autoestima e autonomia, dores e doenças crônicas, aumento da pressão arterial, lesões traumáticas, deficiências físicas, abuso abusivo de álcool e outras

substâncias, infecções sexualmente transmissíveis, perda da libido, gravidez não planejada, abortos e maior propensão à automutilação e suicídio (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2012; Hatzenberger, Lima, Lobo, Leite, & Kristensen, 2010; OMS, 2014; Trevillion, Oram, Feder, & Howard, 2012).

Recentemente, a CID-11 divulgou o diagnóstico de TEPT Complexo, o qual está atrelado à exposição prolongada a situações traumáticas (OMS, 2018), que pode desencadear consequências severas para a saúde de quem sofre com violência de modo sistemático, por exemplo (Tractenberg, Maciel, Kluwe-Schiavon, Levandowski, & Kristensen, 2016). Ademais, estudos também apontam a presença de prejuízos na regulação emocional em quem experienciou violência por parceiro íntimo (Siegel & Forero, 2012; Zamir & Lavee, 2014). Prejuízos na regulação emocional se referem à dificuldade ou incapacidade de processar emoções ou enfrentar algumas situações. A desregulação se manifesta tanto pela intensificação das emoções quanto pela desativação excessiva. A intensificação de emoções corresponde ao aumento da intensidade com que se percebe o evento, de forma intrusiva e opressora. Por outro lado, a desativação excessiva inibe o processamento emocional, podendo ocasionar experiências de dissociação, despersonalização e desrealização (Leahy, Tirsch, & Napolitano, 2013). Um estudo de Zancan & Habigzang (2018) identificou níveis moderados de dificuldade na regulação emocional nessa população e que os níveis de depressão presentes estavam positivamente relacionados com a não aceitação das emoções negativas, as dificuldades em controlar comportamento impulsivo nesses momentos, o repertório reduzido de estratégias de regulação emocional e falta de clareza emocional.

Ainda, a violência contra a mulher também causa prejuízos para as outras pessoas que convivem com o fenômeno, como os filhos que presenciam a violência no ambiente familiar, por exemplo. Pode desencadear transtornos comportamentais e emocionais

(CFP, 2012; OPAS, 2017). Também há associação a maiores taxas de mortalidade de crianças menores de cinco anos (OPAS, 2017). Ademais, presenciar violência entre pais ou cuidadores pode ser fator potencializador de relações violentas na idade adulta (Zamir & Lavee, 2014). Para as mulheres grávidas, a violência pode contribuir para dificuldades em iniciar e manter o pré-natal, peso baixo do recém-nascido e parto prematuro (OMS, 2013; 2014). Além disso, esse tipo de violência causa importantes impactos financeiros e sociais (OMS, 2013). A violência pode comprometer a possibilidade da mulher de conseguir e manter emprego, influenciando sua renda (OMS, 2002). Mulheres que sofrem violência tendem a utilizar mais serviços de saúde, realizando mais consultas por dificuldade de se obter um diagnóstico (OMS, 2014). Somente no ano de 2011, mais de 5 mil mulheres foram internadas no Sistema Único de Saúde em virtude de agressões, sendo que no mesmo ano este tipo de violência custou mais R\$ 5,3 milhões aos cofres públicos (Agência Brasil, 2012).

3.3 A Psicologia no Enfrentamento à Violência contra a Mulher e os Estudos em Psicoterapia

Devido à complexidade do fenômeno, sua multicausalidade e os diversos impactos que este causa, é necessária uma abordagem interdisciplinar para seu enfrentamento que envolva diversos setores para um atendimento integralizado, tais como: segurança pública, justiça, assistência social e saúde (Brasil, 2011; CFP, 2012). Uma das áreas que pode contribuir para o atendimento e combate a violência contra mulheres é a Psicologia. A Psicologia pode atuar em diversos níveis de intervenção que vão desde a prevenção até os atendimentos após a vivência de violência. Em pesquisa realizada pelo CFP (2008) sobre as práticas de psicólogos em programas de atenção às mulheres em situação de violência, identificou-se que estas práticas estão primordialmente voltadas para o acolhimento, avaliação, elaboração de documentos,

atendimentos grupais e individuais e encaminhamentos aos serviços da rede. As modalidades e particularidades de cada prática dependem do local em que estes profissionais trabalham, de modo que o atendimento pode ser direcionado também para outras pessoas que sofrem os impactos da violência e os próprios autores desta.

Os profissionais entrevistados pelo CFP (2008) relataram diversas dificuldades no atendimento de mulheres em situação de violência, tais como encaminhamentos inadequados, falta de articulação da rede, tabus e preconceitos relacionados a gênero pelas usuárias e pelos profissionais, falta de recursos humanos e materiais, prática psicológica indefinida e falhas no embasamento teórico. Outro estudo realizado por Hanada, D'Oliveira e Schraiber (2010) identificou que a atuação dos psicólogos nos serviços de saúde e orientação básica para população feminina em situação de violência apresentava grande variação, sem protocolos ou procedimentos padronizados. Geralmente, a atuação envolvia orientação sobre violência, direitos da mulher e serviços da rede, acolhimento, acompanhamento psicológico e psicoterapia individual ou grupal.

O Conselho Federal de Psicologia (2012) afirma que a atuação dos profissionais para com mulheres em situação de violência deve ser pautada na promoção de direitos humanos e no entendimento teórico-conceitual sobre a subjetivação de homens e mulheres na sociedade. Deve-se considerar também que a violência pode ser expressa de diversas formas e se modificar de acordo com o contexto, bem como deve considerar as particularidades de cada caso e os significados que cada mulher atribui às suas experiências. Ainda, deve-se evitar reforçar o papel de vítima da mulher, pois isto pode colocá-la em uma situação de passividade e impossibilidade de sair do ciclo de violência. De forma resumida, a(o) psicóloga(o) pode contribuir para a identificação de situações de violência, avaliação de riscos e estratégias de proteção, auxiliar a mulher a buscar e

desenvolver recursos para superar essa experiência, informar sobre o funcionamento da rede e trabalhar preventivamente para evitar revitimizações.

Uma das modalidades de atuação da(o) psicóloga(o) no atendimento de mulheres em situação de violência se dá por meio da psicoterapia. A psicoterapia é uma prática psicológica sistematizada embasada por métodos e técnicas derivados de pesquisa (CFP, 2013). Em situações de crise, a psicoterapia breve se apresenta como um componente importante de intervenção. É imprescindível que a psicoterapia com foco na situação de violência seja fundamentada nos processos sócio-históricos que estão atrelados à violência de gênero, ampliando as práticas e modelos clínicos de intervenção (CFP, 2012). Outrossim, o fenômeno da violência contra a mulher necessita de estudos e intervenções direcionados para diminuir suas consequências negativas (Lamoglia & Minayo, 2009; Marques & Coleta, 2010). O CFP (2012) aponta a necessidade de o profissional estar devidamente apropriado de teorias, técnicas e metodologias cientificamente validadas para qualificar a intervenção.

Do mesmo modo, para o desenvolvimento adequado da prática psicoterápica, pressupõe-se que esta deve ser embasada por evidências empíricas de eficácia e efetividade (Leonardi & Meyer, 2015). Para isso, podem ser realizados estudos de terapias padronizadas, também chamadas de protocolares. Assim, a pesquisa de protocolos pode ter o resultado e/ou o processo psicoterapêutico como foco. Os estudos de resultado visam avaliar se a intervenção teve o efeito desejado, já os estudos de processo buscam compreender como o resultado foi alcançado. Na pesquisa em psicoterapia é necessário que além das variáveis do paciente (sintomas, história de vida, apoio social, etc.) também sejam analisadas variáveis do terapeuta (competência técnica, estilo pessoal, etc.), bem como da relação da dupla terapêutica. Os estudos de processo e resultado se fazem

importantes e complementares, pois é por meio dos achados científicos que se construirão intervenções clínicas eficazes (Peuker et al., 2009).

Considerando a importância de evidências empíricas para a prática psicoterápica, a abordagem de Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) tem se mostrado eficaz para o tratamento de pessoas que vivenciaram situações de violência, principalmente quando os sintomas foco são depressão, ansiedade e estresse, bem como dificuldade de resolução de problemas, sendo estas consequências comuns para a referida população (Bermann & Graff, 2015; Gomes, 2012; Ortiz et al., 2011). A TCC é uma abordagem de caráter interacionista fundamentada em aspectos emocionais, cognitivos, comportamentais e biológicos do indivíduo com o ambiente (Beck & Alford, 2000). Esta abordagem caracteriza-se por ser estruturada, breve, focal e voltada para o presente. Os objetivos estão centrados na flexibilização de crenças disfuncionais, regulação emocional e estratégias para modificação de comportamentos (Beck, 1997). Pela estrutura de seu modelo, a TCC possibilita a avaliação de efetividade de técnicas e intervenções (Tschuschke, et al., 2010).

Em uma revisão sistemática realizada por (Petersen, Zamora, Fermann, Crestani, & Habigzang, no prelo) identificou-se que nos últimos dez anos alguns estudos de protocolos de terapia cognitivo-comportamental para mulheres em situação de violência doméstica foram publicados. A psicoeducação apareceu como um elemento importante de tratamento em todos os protocolos tendo como foco o funcionamento das pacientes, o ciclo da violência, direitos das mulheres e o fluxo da rede de enfrentamento a violência contra a mulher (Bass et al., 2014; Bermann & Graff, 2015; Cohen et al., 2013; Cort et al., 2014; Echeburúa, Sarasua, & Zubizarreta, 2013; Iverson, Gradus, & Smith, 2011; Iverson, Resick, & Suvak, 2011; Johnson, Zlotnick, & Perez, 2011; Matud, Fortes, & Medina; 2014; Miller, Howell, & Graham-Berhamms, 2014; Ortiz et al., 2011). Os

protocolos de modo geral, tiveram como objetivo a redução de sintomas de ansiedade, depressão e TEPT. Prevenção a revitimização (Cort et al., 2014; Johnson et al., 2011; Matud et al., 2014) e resolução de problemas (Bermann & Graff, 2015; Cort et al., 2014; Matud et al., 2014; Miller et al., 2014) também foram abordadas em alguns estudos, bem como a promoção de aspectos como autoestima e qualidade de vida das pacientes (Cort et al., 2014; Matud et al., 2014; Miller et al., 2014; Ortiz et al., 2014). Destes estudos, cinco aderiram ao formato individual de psicoterapia, sendo três artigos originados de um estudo (Iverson et al., 2011; Iverson et al., 2011; Johnson et al., 2011; Matud et al., 2014; Resick et al., 2008) e seis ao formato grupal (Bass et al., 2014; Bermann & Graff, 2015; Cohen et al., 2013; Cort et al., 2014; Miller et al., 2014; Ortiz et al., 2011). No que se refere ao número de sessões, os protocolos variaram entre oito e 20 sessões.

O estudo de Cohen et al. (2013) identificou que mulheres que foram recentemente expostas a situações de violência demoraram mais para se engajar no tratamento. Já o estudo de Ortiz et al. (2011) verificou que a presença de outras situações de violência ao longo da vida é um fator de risco para a permanência de mulheres em relações violentas. Este mesmo estudo verificou que a concepção de tratamento em equipe multidisciplinar foi eficaz na diminuição do risco de revitimização. Os estudos mencionados apresentaram, de modo geral, melhora dos sintomas alvo das pacientes. Entretanto, todos estes estudos tiveram como foco o resultado e não aspectos relacionados ao processo psicoterapêutico. Além disso, não explicitavam detalhes das técnicas e procedimentos de cada sessão, dificultando a replicação dos protocolos (Bass et al., 2014; Bermann & Graff, 2015; Cohen et al., 2013; Cort et al., 2014; Echeburúa, Sarasua, & Zubizarreta, 2013; Iverson, Gradus, & Smith, 2011; Iverson, Resick & Suvak, 2011; Johnson, Zlotnick, & Perez, 2011; Matud, Fortes, & Medina, 2014; Miller, Howell, & Graham-Berhamms, 2014; Ortiz et al., 2011). Por fim, ressalta-se que todos os estudos sobre protocolos de

psicoterapia mencionados eram internacionais, configurando-se como um problema ao se considerar os altos índices de violência presentes no Brasil e a escassez de intervenções direcionadas para este contexto.

A partir de aspectos teóricos e conceituais apresentados sobre o referido fenômeno, atrelados à necessidade de intervenções psicoterápicas cientificamente validadas para seu enfrentamento, o presente estudo é composto por dois artigos que têm como foco um protocolo de psicoterapia cognitivo-comportamental breve para mulheres com histórico de violência por parceiro íntimo. O primeiro artigo tem como objetivo descrever de forma detalhada o protocolo de psicoterapia e as justificativas para as intervenções, incluindo a apresentação de trechos ilustrativos das sessões. O segundo artigo objetiva identificar e analisar ciclos de mudanças presentes ao longo do processo psicoterapêutico de diferentes participantes, verificando etapas e técnicas que apresentaram maior quantidade de mudanças terapêuticas e os temas presentes nos momentos-chave de cada sessão.

4. REFERÊNCIAS

- Agência Patrícia Galvão. (2014). *Percepção da sociedade sobre violência e assassinato de mulheres*. Recuperado de: http://www.compromissoeatitude.org.br/wp-content/uploads/2013/08/livro_pesquisa_violencia.pdf.
- Araújo, M. F. (2008) “A abordagem de gênero na clínica com casais”. Em Gomes, I.C. (org) *Família: diagnóstico e abordagens terapêuticas* (p.38-44). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Azevedo, M. A. (1985) *Mulheres espancadas: a violência denunciada*. Rio de Janeiro: Cortez.
- Bass, J., Annan, J., Murray, S., Kaysen, D., Griffiths, S., Cetinoglu, T., Watcher, K., Murray, L., & Bolton, P. (2014). Controlled trial of psychotherapy for congolese survivors of sexual violence. *The New England Journal of Medicine*, 368(26), 2182-2191. doi: 10.1056/NEJMoa1211853
- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2000). *O poder integrador da terapia cognitiva*. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, J. S. (1997). *Terapia Cognitiva: Teoria e Prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Brasil. (2016). *Balanço 2015: uma década de conquistas*. Recuperado de: http://www.agenciapatriciagalvao.org.br/dossie/wp-content/uploads/2016/03/SPM_Ligue180_Balanco2015.pdf.
- Brasil. (2015). DataSenado. *Pesquisa violência doméstica e familiar contra a mulher*. Recuperado de: <http://www.agenciapatriciagalvao.org.br/dossie/pesquisas/pesquisa-violencia-domestica-e-familiar-contra-a-mulher-datasenado-2015/>
- Brasil. (2013). Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Plano Nacional de Políticas para as Mulheres*. Recuperado de <http://www.spm.gov.br/assuntos/pnpm/plano-nacional-politicas-mulheres.pdf>
- Brasil. (2011). Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Pacto nacional pelo enfrentamento à violência contra as mulheres*. Recuperado de <http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/pacto-nacional>
- Brasil. (2011). *Rede de enfrentamento à violência contra as mulheres*. Recuperado de: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/rede-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres>.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. Recuperado de: http://eprints.uwe.ac.uk/11735/2/thematic_analysis_revised_-_final.pdf.
- Bermann, S., & Graff, L.M. (2015). Community-based intervention for women exposed to intimate partner violence: A randomized control trial. *Journal of Family Psychology*, 29(4), 537-547. doi: 10.1037/fam0000091
- Bucci, W. (2007). Pesquisa sobre processo. In E. Pearson, A. M. Cooper & G. Gabbard (Orgs.), *Compêndio de psicanálise* (pp. 320-336). Porto Alegre: Artmed.

- Cassel, P. A., Sanchez, L. F., Campezzatto, P. M., & Nunes, M. L. T. (2015). Processo psicoterapêutico: compreensão de momentos de mudança psicológica em uma sessão de psicoterapia psicanalítica. *Contextos Clínicos*, 8(1), 27-37. doi: 4013/ctc.2015.81.03
- Cassel, P. A., Sanchez, L. F., Campezzatto, P. M., Khater, E., Nunes, M. L. T., & Yoshida, E. (2015). Therapeutic Cycles Model (TCM): instrumento de avaliação do processo psicoterapêutico. *Psico-USF*, 20(1), 39-50. doi: 10.1590/1413-82712015200104
- Castillo, E. (2017, Novembro 24). Infografia: violência contra as mulheres no mundo em quatro mapas. *El País Brasil*. Recuperado de: https://brasil.elpais.com/brasil/2017/11/22/internacional/1511362733_867518.html
- Cezario, A. C. V., Fonseca, D. S., Lopes, N. C., & Lourenço, L. M. (2015). Violência entre parceiros íntimos: uma comparação dos índices em relacionamentos hetero e homossexuais. *Temas em Psicologia*, 23(3). doi: 10.9788/TP2015.3-04
- Cohen, L., Field, C., Campbell, A & Hien, D. (2013). Intimate partner violence outcomes in women with PTSD and substance use: A secondary analysis of NIDA clinical trials network “Women and Trauma” multi-site study. *Addictive Behaviors*, 38, 2325–2332 doi 10.1016/j.addbeh.2013.03.006
- Conselho Federal de Psicologia. (2012). *Referências técnicas para a atuação de psicólogas(os) em programas de atenção à mulher em situação de violência*. Brasília: CFP.
- Conselho Federal de Psicologia. (2008). Centro de Referência Técnica em Psicologia e Política Pública. *Relatório descritivo da pesquisa sobre prática profissional de psicólogos em programas de atenção a mulher em situação de violência*. Brasília: CFP.
- Cort, N., Cerulli, C., Poleshuck, E., Bellenger, K., Xia, Y., Tu, X. Mazzotta, C & Talbot, N. (2014). Interpersonal psychotherapy for depressed women with histories of intimate partner violence, *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 6(6), 700-707. doi: 10.1037/a0037361
- Cunha, B. M. (2014). Violência contra a mulher, direito e patriarcado: perspectivas de combate à violência de gênero. *XVI Jornada de Iniciação Científica de Direito da UFPR*. Curitiba, PR. Recuperado de <http://www.direito.ufpr.br/portal/wp-content/uploads/2014/12/Artigo-B%C3%A1rbara-Cunha-classificado-em-7%C2%BA-lugar.pdf>
- Dattilio, F. M., Edwards, D. J., & Fishman, D. B. (2010). Case studies within a mixed methods paradigm: toward a resolution of the alienation between researcher and practitioner in psychotherapy research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(4), 427.
- Echeburúa, E., Sarasua, B., & Zubizarreta, I. (2013). Individual versus individual and group therapy regarding a cognitive-behavioral treatment for battered women in a community setting. *Journal of Interpersonal Violence*, 29(10), 1783–1801. doi: 0886260513511703.

- Facchini, Regina, & Ferreira, Carolina Branco de Castro. (2016). Feminismos e violência de gênero no Brasil: apontamentos para o debate. *Ciência e Cultura*, 68(3), 04-05. doi: 10.21800/2317-66602016000300002
- Fundação Perseu Abramo/SESC. (2010). *Módulo de Violência da Pesquisa Mulheres Brasileiras nos Espaços Público e Privado*. Recuperado de: <http://compromissoeatitude.org.br/wp-content/uploads/2012/08/FPA-modulo-violencia-domestica-pesq-2010.pdf>.
- Gomes, R. (2012). Mulheres vítimas de violência doméstica e transtorno de estresse pós-traumático: um enfoque cognitivo-comportamental. *Revista de Psicologia IMED*, 4(2), 672-680. Recuperado de: <https://seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/172>
- Grossi, P. K. (2012). *Violências e Gênero: Coisas que a gente não gostaria de saber*. Porto Alegre: Edipucrs.
- Habigzang, Ferreira, & Maciel. (submetido). Terapia Cognitivo-Comportamental para Mulheres em Situação de Violência Conjugal: Estudo de casos múltiplos.
- Habigzang, L. F., Aimée Schneider, J., Petroli Frizzo, R., & Freitas, C. P. (2018). Evaluation of the impact of cognitive-behavioral intervention for women in domestic violence situations in brazil. *Universitas Psychologica*, 17(3), 1-11. doi: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy17-3.eicb>
- Hanada, H., D'Oliveira, A. F. P. L., & Schraiber, L. B. (2010). Os psicólogos na rede de assistência a mulheres em situação de violência. *Estudos Feministas*, 18(1), 33-60. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2010000100003.
- Hatzenberger, R., Lima, A. P. V. R., Lobo, B., Leite, L., & Kristensen, C. H. (2010). Transtorno de estresse pós-traumático e prejuízos cognitivos em mulheres vítimas de violência pelo parceiro íntimo. *Ciências & Cognição*, 15(2), 94-110. Recuperado de <http://www.cienciasecognicao.org/revista/index.php/cec/article/view/277/192>
- Iverson, K., Gradus, J., Resick, P & Smith, K. (2011). Cognitive-behavioral therapy for PTSD and depression symptoms reduces risk for future intimate partner violence among interpersonal trauma survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(22), 193-202. doi: 10.1037/a0022512
- Iverson, K., Resick, P., & Suvak, M. (2011). Intimate partner violence exposure predicts PTSD treatment engagement and outcome in cognitive processing therapy. *Behavior Therapy*, 42, 236-248. Recuperado de: www.sciencedirect.com.
- Johnson, D. M, Zlotnick, C., & Perez, S. (2011). Cognitive behavioral treatment of PTSD in residents of battered women's shelters: results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(4), 542-551. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21787052>
- Khater, E. Peixoto, E. M., Honda, G. C., Enéas, M. L., & Yoshida, E. M. P. (2014). Momentos-chave e natureza das intervenções do terapeuta em psicoterapia breve psicodinâmica. *Psico-USF*, 19(2), 233-242. doi: 10.1590/1413-82712014019002010

- Khater, E., & Yoshida, E. M. P. (2011). Desenvolvimento de um dicionário personalizado do Modelo dos Ciclos Terapêuticos (TCM) para adolescentes em conflito com a lei. *Psicologia: Teoria e Prática (Impresso)*, 13, 168-181. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872011000200013
- Krause, M., de la Parra, G., Arístegui, R., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N., ... Ben-Dov, P. (2007). The evolution of therapeutic change studied through generic change indicators. *Psychotherapy Research*, 17(6), 673-689.
- Lamoglia, C. V. A., & Minayo, M. C. S. (2009). Violência conjugal, um problema social e de saúde pública: Estudo em uma delegacia do interior do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14, 595-604. doi:10.1590/S1413-81232009000200028
- Leahy, R. L., Tirsch, D., & Napolitano, L. A. (2013). *Regulação emocional em psicoterapia: um guia para o terapeuta cognitivo-comportamental*. Porto Alegre: Artmed.
- Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006. Dispõe sobre os mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. (2006). Brasil. Recuperado de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm.
- Leonardi, J. L., & Meyer, S. B. (2015). Prática baseada em evidências em psicologia e a história da busca pelas provas empíricas da eficácia das psicoterapias. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(4), 1139-1156. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932015000401139&script=sci_abstract&tlng=pt.
- Lima, G. Q. (2010). *História de vida e escolha conjugal em mulheres que sofrem violência doméstica*. Dissertação de Metrado - Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Marques, T. M., & Coleta, M. F. D. (2010). Atribuição de causalidade e reações de mulheres que passaram por episódios de violência conjugal. *Temas em Psicologia*, 18(1), 205-218. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2010000100017
- Martins-Borges, L., Girardi, J. F., & Lodetti, M. B. (2017). Homicídios conjugais na grande Florianópolis: notícias publicadas no diário catarinense. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 12(1), 9-22. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082017000100002
- Matud, M.P., Fortes, D., & Medina, L. (2014). Eficacia de un programa de tratamiento psicológico individual para mujeres maltratadas por su pareja. *Psichosocial Intervention*, 23, 199-207. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1798/179832689005.pdf>
- Meneghel, S. N., Bairos, F., Mueller, B., Monteiro, D., Oliveira, L. P., & Collaziol, M. E. (2011). Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(4), 743-752. Recuperado de:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2011000400013&script=sci_abstract&tlng=pt.

- Mergenthaler, E. (1996a). Text analysis and computers. Germany: Mannheim, ZUMA. ISBN 3-924220-11-5.
- Mergenthaler, E. (1996b). Emotion- abstraction patterns in verbatim protocols: A new way of describing psychotherapeutic processes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 306-315. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8991317>.
- Mergenthaler, E. (2008). Resonating minds: A school-independent theoretical conception and its empirical application to psychotherapeutic processes. *Psychotherapy Research*, 18(2), 109-126. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18815969>.
- Miller, L., Howell, K., & Graham-Berham, S. (2014). The effect of an evidence-based intervention on women's exposure to intimate partner violence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84(4), 321-328. doi: 10.1037/h0099840.
- Mühlen, B. K., & Strey, M. N. (2013). Avanços e retrocessos no combate da violência contra mulheres. *Athenea Digital*, 13(2), 229-237. Recuperado de: <http://atheneadigital.net/article/viewFile/v13-n2-vonmuhlen-strey/1118-pdf-pt>
- Narvaz, M. T., & Koller, S. H. (2006). Metodologias feministas e estudos de gênero: articulando pesquisa, clínica e política. *Psicologia em Estudo*, 11(3), 647-654. doi.org/10.1590/S1413-73722006000300021.
- Organização Mundial da Saúde. (2018). *CID-11 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*.
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2016). *Violence against women*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/>
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2014). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*. Recuperado de: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/>
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2013). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Recuperado de: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en>.
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2010). *Prevenção da violência sexual e da violência contra o parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44350/3/9789275716359_por.pdf
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2002). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Genebra. Retrieved from <http://www.opas.org.br/relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude/>

- Organização Pan-Americana da Saúde. (2017). Folha informativa: violência contra as mulheres. Recuperado de: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5669:folha-informativa-violencia-contra-as-mulheres&Itemid=820
- Ortiz, E., Encinas, F., Mantilla, P. & Ortiz, D. (2011). Tratamiento cognitivo conductual centrado en el trauma de mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psicología Avances de la Disciplina*. 5(2), 13-31. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2972/297224105002.pdf>
- Petersen, M. G. F., Zamora, J. C., Fermann, I. L., Crestani, P. L., & Habigzang, L. F. (no prelo). Psicoterapia cognitivo comportamental para mulheres em situação de violência doméstica: revisão sistemática.
- Peuker, A. N., Habigzang, L. F., Koller, S. H., & Araujo, L. B. (2009). Avaliação de processo e resultado em psicoterapias: uma revisão. *Psicologia em Estudo*, 14(3), 439-445. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722009000300004.
- Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre os procedimentos éticos em pesquisa com seres humanos. (2012). Ministério da Saúde, Brasil.
- Rosa, L. W., & Falcke, D. (2014). Violência conjugal: compreendendo o fenômeno. *Revista da SPAGESP*, 15(1), 17-32. Recuperado: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702014000100003.
- Saffioti, H. I. B. (2004). *Gênero, patriarcado e violência*. São Paulo, SP: Editora Fundação Perseu Abramo.
- Santos, C. M., & Izumino, W. P. (2005). Violência contra as mulheres e violência de gênero: notas sobre estudos feministas no Brasil. *Estudios Interdisciplinarios de America Latina y El Caribe*, 16(1). Recuperado de: <http://eial.tau.ac.il/index.php/eial/article/view/482/446>
- Santos, A. C. W., & Moré, C. L. O. O. (2011). Repercussão da violência na mulher e suas formas de enfrentamento. *Paideia*, 21(49). Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v21n49/10.pdf>
- Serralta, F. B., Nunes, M. L. T., & Eizirik, C. L. (2011). Considerações metodológicas sobre o estudo de caso na pesquisa em psicoterapia. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 28(4), 501-510. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2011000400010
- Serralta, F.B.; Nunes, M.L.T.; Eizirik, C.L. (2007). Elaboração da versão em português do Psychotherapy Process Q-Set. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29(1):44-55. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082007000100011>
- Scott, J. (1989). *Gender: a useful category of historical analysis*. Gender and the Politics of History. New York: Columbia University Press.

- Siegel, J. (2013). Breaking the links in intergenerational violence: an emotional regulation perspective. *Family Process*, 52, 163-178. doi: 10.1111/famp.12023
- Siegel, J. P., & Forero, R. M. (2012). Splitting and emotional regulation in partner violence. *Clinical Social Work Journal*, 40, 224-230. doi: 10.1007/s10615-011-0352-3
- Souza, A. P. L. (2013). Direito da Mulher. In Poletto, M., Souza, A. P. L., & Koller, S. H.(pp. 100-113), *Direitos humanos, prevenção à violência contra crianças e adolescentes e mediação de conflitos: manual de capacitação para educadores*. Porto Alegre: IDEOGRAF.
- Stake, R. E. (2010). Case studies. In Norman K. Denzin & Yvonna S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (435-453). Thousand Oaks: Sage
- Stith, S. M., & McCollum, E. E. (2011). Conjoint treatment of couples who have experienced intimate partner violence. *Aggression and Violent Behavior*, 16, 312-318. doi:10.1016/j.avb.2011.04.012
- Tractenberg, S. G., Maciel, L. M., Kluwe-Schiavon, B., Levandowski, M. L., & Kristensen, C. H. (2016). Intervenções em terapia cognitivo-comportamental para trauma complexo: Uma revisão sistemática. *Temas em Psicologia*, 24(2), 533-547. doi: 10.9788/TP2016.2-08
- Trevillion, K., Oram, S., Feder, G., & Howard, L.M. (2012). Experiences of domestic violence and mental disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal Plos* 10(5), e51740. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0051740>
- Tschuschke, V., Cramer, A., Koemeda, M., Schultess, P., Wyl, A., & Weber, R. (2010). Fundamental reflections on psychotherapy research and initial results of the naturalistic psychotherapy study on outpatient treatment in Switzerland. *International Journal of Psychotherapy*, 14(3), 23-35. Recuperado de: <http://www.psychotherapieforschung.ch/downloads/Tschuschke-e.pdf>
- Von Mengden Campezzato, P., Serralta, F. B., & Habigzang, L. F. (2017). Fatores Envolvidos na Interrupção de uma Psicoterapia Psicanalítica com uma Paciente Borderline: um estudo de caso sistemático. *Ciencias Psicológicas*, 11(1), 7-17. <https://dx.doi.org/10.22235/cp.v11i2.1342>
- Waiselfisz, J. J. (2015). *Mapa da Violência: Homicídio de Mulheres no Brasil*. Recuperado de: <http://www.mapadaviolencia.org.br/>.
- Yin, R. K. (2015). *Estudo de Caso: planejamentos e métodos* (5ª ed.). Porto Alegre, Brasil: BOOKMAN.
- Yoshida, E. M. P. (2008). *Modelo dos ciclos terapêuticos: dicionários em português e estudos de validade*. (Projeto de Pesquisa). Campinas: Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Manuscrito.
- Y., E. M. P., & Mergenthaler, E. (2011). Coincidência de conexão do tom emocional com abstração e o resultado psicoterapêutico. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 28(1), 35-43. doi:10.1590/S0103-166X2011000100004

- Zamir, O., & Lavee, Y. (2014). Emotional regulation and revictimization in women's intimate relationships. *Journal of Interpersonal Violence*, 31(1), 147-62. doi: 0.1177/0886260514555125
- Zancan, N., & Habigzang, L. F. (2018). Regulação emocional, sintomas de ansiedade e depressão em mulheres com histórico de violência conjugal. *Psico-USF*, 23(2), 253-265. doi:10.1590/1413-82712018230206

5. SEÇÃO EMPÍRICA

5.1 Estudo I

Psicoterapia Cognitivo-Comportamental Breve para Mulheres com Histórico de Violência por Parceiro Íntimo¹

Júlia Carvalho Zamora, Mariana Gomes-Ferreira Petersen e Luísa Fernanda Habigzang

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

A legislação brasileira compreende violência doméstica e familiar contra a mulher como “qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial” (Lei Federal nº 11.340, 2006), podendo ser praticada por qualquer pessoa que conviva no ambiente doméstico ou familiar ou, mais especificamente, por parceiro íntimo. A violência contra a mulher, apesar de seus múltiplos fatores risco, não pode ser entendida alheia à violência de gênero. A violência contra a mulher que ocorre no espaço doméstico e privado diz respeito a um tipo específico de prática violenta contra essa população, de modo que outras violências mais amplas podem se apresentar de diversas formas e em outros espaços (Saffioti, 1994). Entende-se que os papéis sociais historicamente atribuídos para mulheres e homens atuam como fator estrutural para a legitimização de violências explícitas e implícitas para ambos os gêneros. Mulheres são desde cedo ensinadas a se comportarem de forma dócil, subjugada e terem sua identidade reconhecida a partir do cuidado para com o outro. Concomitantemente, homens crescem influenciados por processos identitários pautados na virilidade, agressividade e controle (Muhlen & Strey, 2013). Com isso, a violência por parceiro íntimo não pode ser concebida a partir de aspectos exclusivamente individuais, mas considerando toda uma categorização de gênero que está intimamente presente nas relações humanas (Saffioti, 1994). Os papéis sociais de gênero e aspectos culturais baseados nestes sobre conjugalidade e família estão na base de crenças e comportamentos aprendidos e transmitidos transgeracionalmente.

¹ Este estudo foi elaborado no formato de capítulo de livro e encontra-se aceito para publicação na obra “Terapias Cognitivas e Ciências Cognitivas: Da Pesquisa Básica à Prática Clínica”.

Ao se ampliar o olhar sobre a violência contra a mulher, também se amplia a concepção sobre violência. Pela Lei Maria da Penha a tipologia da violência se apresenta de cinco formas: violência física, sexual, psicológica, moral e patrimonial. Violência física é entendida como qualquer ato que ofenda a integridade ou saúde corporal da mulher. A violência psicológica compreende todo ato que ocasione prejuízo emocional e psicológico, comprometa a autoestima, atrapalhe o pleno desenvolvimento da mulher ou tente controlá-la por ameaças, constrangimentos, humilhação, manipulação ou insulto. Já a violência sexual, abrange condutas que possam constranger a mulher forçando-a a presenciar, manter ou participar de relação sexual não desejada ou que a induza a comercializar sua sexualidade contra sua vontade ou que limite ou anule seus direitos reprodutivos e sexuais. Por sua vez, a violência patrimonial abrange a retenção, subtração ou destruição de objetos, documentos pessoais, instrumentos de trabalho e direitos ou recursos econômicos da mulher. Por fim, a violência moral configura-se como condutas de calúnia, injúria ou difamação (Lei Federal nº 11.340, 2006).

Alguns elementos podem contribuir como fatores de risco para a ocorrência de violência pelo parceiro, sendo estes: vulnerabilidades econômicas e sociais (educação, habitação, renda, etc.), histórico de violência pregressa na infância, pais ou cuidadores com relação violenta, aspectos psicopatológicos de personalidade de cada membro do casal e dificuldades na comunicação e resolução de problemas (Rosa & Falcke, 2014). Como consequências, a violência pode gerar impactos para a saúde física, mental, sexual e reprodutiva de mulheres (OMS, 2013) e podem manifestar-se por meio de ansiedade, depressão, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), transtorno do pânico, alterações no sono, isolamento social, sentimento de insegurança, perda da autoestima e autonomia, dores e doenças crônicas, lesões, deficiências físicas, abuso de álcool e outras substâncias, infecções sexualmente transmissíveis, perda da libido, gravidez não planejada, abortos e maior tendência à automutilação e suicídio (OMS, 2014).

Considerando sua multicausalidade e as inúmeras consequências da violência, entende-se que uma das áreas que pode contribuir para o enfrentamento desse fenômeno é a Psicologia, atuando tanto preventivamente quanto após a perpetração da violência. O Conselho Federal de Psicologia (2012) aponta a necessidade da atuação dos profissionais para com mulheres em situação de violência ser baseada na promoção de direitos humanos juntamente e no entendimento teórico-conceitual sobre a subjetivação de homens e mulheres na sociedade. Deve-se considerar também que a violência pode ser

expressa de diversas formas e se modificar de acordo com o contexto, bem como deve considerar as particularidades de cada caso e os significados que cada mulher atribui às suas experiências. Ainda, deve-se evitar reforçar o papel de vítima da mulher, pois isto pode colocá-la em uma situação de passividade e impossibilidade de sair do ciclo de violência. Psicólogas(os) podem contribuir para a identificação de situações de violência, avaliação de riscos e estratégias de proteção, auxiliar a mulher a buscar e desenvolver recursos para superar essa experiência, informar sobre o funcionamento da rede e trabalhar preventivamente para evitar novas violências.

Uma das modalidades de atuação da(o) psicóloga(o), tanto nos serviços públicos quanto privados, no atendimento de mulheres em situação de violência acontece por meio da psicoterapia. A psicoterapia é uma prática psicológica sistematizada embasada por métodos e técnicas derivados de pesquisa (CFP, 2013). Em situações de crise, a psicoterapia breve se apresenta como um componente importante de intervenção. A psicoterapia deve conseguir abordar fenômenos decorrentes dos processos sócio-históricos atrelados à violência de gênero em face de ampliar as práticas e modelos clínicos de intervenção. Para qualificar o atendimento de mulheres com histórico de violência, entende-se como primordial que a atuação seja pautada em intervenções com respaldo metodológico baseado em estudos científicos (CFP, 2012). Para o desenvolvimento adequado da prática psicoterápica, pressupõe-se que esta deve ser embasada por evidências empíricas de eficácia e efetividade (Leonardi & Meyer, 2015). Para isso, podem ser realizados estudos de terapias padronizadas, também chamadas de protocolares.

Uma revisão sistemática sobre intervenções protocolares para mulheres com histórico de violência conjugal baseadas na abordagem cognitivo comportamental identificou 11 estudos publicados entre 2005 e 2015 (Petersen, Zamora, Fermann, Crestani, & Habigzang, no prelo). Os estudos tiveram como objetivo a redução de sintomas de depressão, ansiedade e TEPT e os resultados apontaram redução de tal sintomatologia. As técnicas utilizadas nos protocolos analisados foram psicoeducação, questionamento socrático, exposição e regulação emocional, treino em habilidades sociais e em resolução de problemas. Nenhum dos estudos avaliados era nacional.

No presente capítulo descreveremos um protocolo de psicoterapia cognitivo-comportamental breve desenvolvido para o atendimento de mulheres que vivenciaram

violência conjugal pelo parceiro íntimo, adaptado do modelo proposto por Habigzang, Schneider, Frizzo e Freitas (2018). Este protocolo faz parte de estudos em andamento do Grupo de Pesquisa Violência, Vulnerabilidade e Intervenções Clínicas do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Pesquisas nessa área se fazem necessárias devido ao alto índice dessa de violência no Brasil e à escassez de procedimentos de atendimento padronizados para essa população identificada por psicólogos (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2012; Hanada, D'Oliveira & Schraiber, 2010; Marques & Coleta, 2010). Anteriormente à realização do protocolo, é conduzida uma avaliação psicológica com a paciente, para somente depois começar a psicoterapia, constituída por 16 sessões. A avaliação psicológica é constituída por instrumentos de autorrelato que avaliam situação de violência conjugal, histórico de maus tratos na infância, sintomas de depressão, ansiedade, TEPT e cognições pós-traumáticas. Além disso, avalia-se autoestima e satisfação com a vida. Ao final do processo terapêutico, as pacientes são clinicamente reavaliadas. O protocolo de psicoterapia está dividido em quatro etapas, sendo: 1) psicoeducação sobre violência contra mulher e relações de gênero, visando a reestruturação cognitiva sobre aspectos da violência; 2) exposição gradual às memórias traumáticas e treino de regulação emocional; 3) treino em resolução de problemas; 4) fortalecimento de estratégias de proteção e construção de projetos futuros. Para melhor compreensão das técnicas aplicadas, excertos das sessões de psicoterapia serão apresentados na descrição do protocolo a seguir.

Descrição do Protocolo de Psicoterapia

Primeira etapa: Psicoeducação sobre violência contra mulher e relações de gênero

Essa etapa é fundamental para estabelecimento de contrato e metas terapêuticas, conhecimento dos diferentes tipos de violência contra mulher, avaliação de risco atual e estabelecimento de plano de segurança, compreensão de que a violência contra mulher está baseada na desigualdade de gênero, psicoeducação sobre as consequências dessa experiência e sobre o modelo cognitivo-comportamental. O eixo estruturante é a psicoeducação e flexibilização de crenças baseadas em estereótipos de gênero que contribuem para o estabelecimento e a manutenção de relações íntimas violentas.

Sessão 1

Na primeira sessão do protocolo realiza-se a devolução da avaliação psicológica. Nessa devolução aborda-se aspectos clínicos significativos que serão foco da intervenção. A avaliação deve ser compreendida como um meio para conhecer as demandas da paciente e não como um fim. Explica-se que reações negativas frente a experiências de violência são esperadas e que representam um estado que pode ser modificado. Motiva-se com isso o protagonismo da paciente em seu processo de mudança em psicoterapia.

Após esse momento de devolução, inicia-se a sessão de psicoterapia que tem como propósito estabelecer o contrato terapêutico e psicoeducar brevemente a paciente sobre o modelo cognitivo-comportamental, avaliar as expectativas da mesma em relação a este processo e estabelecer os objetivos terapêuticos. Essa sessão é pensada de acordo com a estrutura recomendada para a sessão inicial de psicoterapia cognitiva (Beck, 1997).

Com o objetivo de compreender crenças que a paciente tem de si e dos papéis sociais atribuídos à mulher, são propostas duas atividades. A primeira tem como objetivo identificar pensamentos automáticos sobre contextos e situações vivenciadas pelas mulheres. Um conjunto de palavras é apresentado a paciente e a tarefa é que possa relatar tudo o que lhe vem à cabeça em relação a estes estímulos. As palavras são: família, mercado de trabalho, casamento, maternidade e conflitos conjugais. Tal atividade permite identificar crenças estereotipadas de gênero, pensamentos disfuncionais sobre o papel dela em diferentes contextos, como por exemplo, a compreensão de que a mulher é responsável pela harmonia no casamento, ou que a educação dos filhos deve ser uma ocupação exclusiva das mães. As crenças e pensamentos disfuncionais identificados na atividade serão foco de técnicas de reestruturação cognitiva ao longo de todo processo psicoterapêutico. Estes elementos são importantes para as terapias cognitivas por estimular alterações comportamentais e emocionais significativas (Beck, 1997).

A segunda atividade tem como objetivo explorar percepções e pensamentos sobre si. A paciente é convidada a produzir um cartão com a visão de si. O nome da paciente é escrito no meio de uma folha para que ela escreva palavras ou utilize colagens que descrevam características pessoais que ela perceba em evidência ou que sejam importantes no seu momento atual de vida. É comum que os cartões revelem sentimentos de culpa, vergonha pela violência sofrida, desejo de mudanças em suas vidas, e adjetivos que indicam baixa autoestima. Algo central na visão de si da maioria das mulheres é sua identificação como cuidadora e a valorização de seu papel materno. A visão de si é

compartilhada com a terapeuta e discute-se evidências que apoiam e refutam percepções negativas de si, buscando flexibilizá-las.

Sessão 2

A segunda sessão tem como objetivo a psicoeducação sobre os diferentes tipos de violência contra a mulher estipulados pela Lei Maria da Penha (Lei Federal nº 11.340, 2006), investigando também quais dessas violências a participante já sofreu, está sofrendo ou acredita que pode vir a sofrer. A psicoeducação é uma intervenção da psicoterapia que está embasada em teorias psicológicas e educativas. O intuito dessa intervenção é compartilhar com a paciente informações sobre o problema que a trouxe a psicoterapia, visando fortalecer a autonomia e a construção de um entendimento sobre as experiências vividas e os padrões de interpretação e respostas comportamentais e emocionais da paciente em relação ao problema alvo (Bhattacharjee et al., 2011). No caso deste protocolo, é fundamental a compreensão sobre os diferentes tipos de violência contra a mulher (psicológica, sexual, física, patrimonial e moral). Essa compreensão permite ressignificar experiências vividas e reconhecer as formas de manifestação da violência, contribuindo para evitar revitimizações. Por consequência, avalia-se o risco atual e elabora-se um plano de segurança (Miller, Howell & Graham-Berham, 2014; Ortiz, Encinas, Mantilla, & Ortiz, 2011), com base na legislação vigente e construção de estratégias protetivas que incluem articulação das redes de proteção e atendimento (família, comunidade, segurança, justiça, saúde e assistência social). Telefones e serviços da rede são disponibilizados em um cartão de enfrentamento.

É comum que as mulheres identifiquem claramente situações de violência física e psicológica em suas relações íntimas. A primeira é entendida como mais grave, embora reconheçam que a violência psicológica gera danos a autoestima e no senso de competência para tomada de decisões em suas vidas. As demais formas de violência (sexual, moral e patrimonial) são muitas vezes identificadas como experiências vividas nessa sessão. Mulheres forçadas à práticas sexuais nas relações íntimas muitas vezes não compreendem essa experiência como violência, mas como uma “obrigação” relacionada ao contrato matrimonial. Assim, a sessão contribui para ampliar o entendimento sobre manifestações de violência. Além disso, permite identificar quando ainda estão em risco ou sofrendo violência apesar de medidas protetivas estarem em vigência. Nesse sentido, o plano de segurança construído especificamente para a situação da paciente pode ser

acionado por ela. Em situações graves, na qual a vida da paciente está em risco é dever da terapeuta realizar a notificação da situação para garantir sua segurança (CFP, 2016).

Sessão 3

A terceira sessão visa propor reflexões sobre os papéis de gênero socialmente construídos e as implicações desses papéis na violência de gênero por meio de exemplos trazidos nos relatos da paciente. Para isso, é retomada a atividade sobre suas crenças produzida na primeira sessão. É construída, juntamente com a paciente, uma relação entre os fatos ocorridos com as crenças sobre papéis de gênero tanto dela quanto do ex-companheiro, familiares, amigos e outras pessoas do seu ciclo de convívio. Ainda realiza-se nova psicoeducação sobre os papéis socialmente atribuídos para homens e mulheres na sociedade e como estes influenciam a vida cotidiana. Essa intervenção se faz necessária já que, desde a infância, as pessoas vão desenvolvendo determinadas crenças sobre si, sobre os outros e sobre o mundo. Quanto mais central é a crença, maior a chance de a pessoa fundamentar suas ações nela, ou seja, ela pode facilmente interpretar situações através da lente dessa crença. Isso pode gerar certa seletividade na captação de informações, desconsiderando informações contrárias ao seu sistema de crenças, produzindo comportamentos possivelmente disfuncionais (Beck, 1997). Quando essas crenças estão associadas aos papéis e características ocupados por homens e mulheres, denomina-se de Estereótipos de Gênero. Possuir uma referência estereotipada sobre homens e mulheres induz a representar estes grupos como homogêneos (ex.: todos os homens são fortes ou todas as mulheres são muito sensíveis) e ao mesmo tempo completamente distintos (ex.: homens não tem a habilidade para cuidar do lar e dos filhos como uma mulher) (Barberá & Benloch, 2004). Além disso, essa sessão tem como objetivo ampliar a discussão da violência de gênero de uma perspectiva privada e individual para um problema público e social.

T – Isso que tu estás trazendo tem a ver com desde cedo sermos ensinadas a alcançarmos uma certa perfeição. Isso já aparecia quando assistíamos aqueles desenhos de princesas, não é?

P - O que não existe, todos temos defeitos, tanto a mulher quanto o homem. E pra manter um relacionamento tem que se encontrar um equilíbrio. Tu vais ter que ceder muitas vezes sim, o parceiro também, se não, não tem como tu conviveres com uma pessoa.

Puro romance alguns meses, depois tu vais pra realidade, não tem príncipe encantado, como não tem princesa.

T - Exato, são duas pessoas que estão postas no mundo real.

P - É, nós não somos princesas também, a gente tem dificuldades, a gente briga, às vezes a gente está errada né, ou muitas vezes estamos erradas e cabe ao companheiro ali ir junto encontrar um denominador em comum pra que essa relação funcione. Não é fácil. Eu fui casada por 18 anos e sempre foi muito difícil, ah como eu te disse fui muito feliz, fui muito feliz sim, mas é evidente que a gente tinha altos e baixos e a gente trabalhava como todo o casal de qualquer relacionamento. E a gente trabalhava muito nesse sentido, de dialogar bastante, eu odeio discutir relacionamento, né. Eu sou o homem da relação, mas...

T - Porque tu és o homem da relação?

P – Viu! Eu mesma sendo preconceituosa... (risos)

T - Não é preconceito, são coisas que a gente ouve e reproduz. A gente tem uma ideia de que homens não gostam de discutir o relacionamento e que mulheres sim.

Discussões sobre estereótipos de gênero são transversais a toda intervenção. Identificam-se muitos relacionados a maternidade e ao papel da mulher no casamento e família. Nesta sessão também aparecem outras situações de desigualdade de gênero, relacionadas ao trabalho e a como foram atendidas pela rede de proteção e atendimento. Frequentemente as mulheres relatam que foram questionadas por profissionais sobre o porque se mantiveram na relação violenta por tanto tempo ou o que elas fizeram que provocou essa reação de agressão no companheiro. Essas são perguntas que reforçam sentimentos de culpa e desconsideram completamente aspectos da dinâmica da violência entre parceiros íntimos. Além disso, sugerem que há algo no comportamento delas que justifica que sofram violação de seus direitos. Frente a esses relatos, deve-se conduzir diálogos socráticos para flexibilizar estereótipos e construir percepções de que a equidade de gênero é um direito

Sessão 4

Na quarta sessão é realizada uma psicoeducação sobre o Modelo ABC, que compreende o evento, a interpretação ou pensamento sobre o evento e as consequências (emoções, comportamentos e reações físicas). A intenção desta técnica é identificar padrões de comportamentos e pensamentos e como estes se relacionam com as contingências (Kuyken, Padesky & Dudley, 2010), de modo que as pacientes aprendam como utilizar essa técnica no seu dia a dia. Nesse momento, é estabelecida uma relação entre as crenças das pacientes, os pensamentos automáticos que surgem na situação e as consequências. O objetivo de identificar esses elementos é também buscar entender as estratégias de enfrentamento das pacientes para os eventos do seu dia a dia. As estratégias de enfrentamento são basicamente a manifestação do envolvimento cognitivo e comportamental que uma pessoa precisa para controlar ou reduzir mudanças atreladas à determinada situação que ela entende como ameaçadora. Estas estratégias podem estar focadas no problema (ex.: o que fazer quando o ex-companheiro liga para ela?) ou na emoção oriunda da situação estressora (ex.: o que fazer quando ela fica extremamente ansiosa com a ligação do companheiro?). De modo geral, as pessoas tendem a utilizar comportamentos aprendidos que se tornaram habituais como mecanismos para enfrentar eventos estressores. Todavia, é possível aumentar o repertório de estratégias de enfrentamento com novas aprendizagens (Santos & Moré, 2011). É possível ensinar pelo modelo ABC a identificar pensamentos associados ao afeto, avaliá-los e formular respostas mais adaptativas para o contexto.

T – Tu estavas me contando que ficou muito ansiosa quando a campainha tocou. O que tu fez nesse momento?

P – Eu corri pro meu quarto e me tranquei lá. Fiquei duas horas sem sair do quarto.

T – E o que tu pensaste nesse momento?

P – A primeira coisa que pensei é que poderia ser ele me procurando. E daí me tranquei no quarto. Me tremia toda.

T – E o que aconteceu depois?

P – Fiquei o dia todo ansiosa porque não sabia quem tinha apertado a campainha.

A partir do reconhecimento dos elementos ABC também se identificam esquemas comportamentais que podem potencializar o risco. O foco da intervenção é então construir outras formas de lidar com a situação, envolvendo também sua rede de apoio mais próxima (família, amigos, vizinhos) bem como serviços de proteção existentes.

Sessão 5

Na quinta sessão o foco é a psicoeducação sobre as consequências da violência. Assim, também é possível identificar os impactos das situações de violência na participante e nos demais membros da família. É necessário considerar que as reações após o período violento evidenciam o peso das teias relacionais situadas nos ciclos da violência (Santos & Moré, 2011). Essa sessão também é importante, pois possibilita a validação das reações das pacientes como algo comum após a vivência da violência, visto que muitas se julgam por sentir medo, culpa ou sentirem-se incapazes de viver sem um companheiro, por exemplo.

P – Eu me sinto muito idiota por ter me afastado da minha família por conta dele.

T – Isso que tu estás trazendo diz respeito a um isolamento social que tu sofreu por conta desse relacionamento. Isso é algo que acontece com muitas mulheres que passam por relacionamentos violentos. Às vezes, é até uma estratégia do companheiro afastar a mulher de familiares e amigos, porque sem uma rede de apoio adequada e fortalecida fica mais difícil ainda sair de uma relação violenta.

Quando as mulheres apresentam critérios diagnósticos para depressão, ansiedade ou TEPT, tais sintomas são discutidos como respostas esperadas a uma situação de grave estresse. Discute-se como, quando, com que frequência os sintomas aparecem e o nível de sofrimento que geram. Também trabalha-se a diferença entre ela e o sintoma. Por exemplo, “você não é depressiva, você está com sintomas de depressão”. Essa diferenciação é fundamental para não adotar uma posição patologizante e encorajar as pacientes a compreender melhor o que sentem e como podem lidar de forma mais efetiva

com os sintomas. Usa-se a metáfora da ilha e do barco invasor. A ilha é a paciente com todas as suas experiências, potenciais, recursos e o barco invasor são os sintomas. O barco pode atracar na ilha e ir avançando o território da ilha. Mas se conhecermos bem o funcionamento do barco, criamos recursos cognitivos, afetivos e comportamentais para evitar o avanço e agravamento dos sintomas, e mais do que isso, podemos fazer o barco recuar e se afastar da ilha.

Segunda etapa: Exposição gradual às memórias traumáticas e treino de regulação emocional

A segunda etapa é constituída por cinco sessões que tem como foco a identificação das memórias traumáticas mais recorrentes e que geram maior desconforto emocional. São identificados estímulos desencadeadores associados e comportamentos e emoções decorrentes. O objetivo é integrar fragmentos das memórias traumáticas e aprender estratégias para manejo de emoções intensas como medo, raiva, tristeza e culpa.

Sessão 6

Na sexta sessão é construída uma linha do tempo em papel pardo com objetivo de identificar ao longo da história de vida da paciente os fatos que ela considera relevantes. Essa intervenção possibilita mapear o histórico de violência, já que a literatura científica aponta associações entre histórico de maus tratos na infância e adolescência e violência nas relações íntimas (Bass et al., 2014; Miller et al., 2014; Oliveira et al., 2015; Silva, 2009). Frequentemente os fatos relevantes envolvem conflitos familiares e a maioria das pacientes atendidas apresentou relatos de negligência, abusos psicológicos e físicos na infância perpetrados por cuidadores. O relato de abusos sexuais também é frequente na infância e a adolescência, acompanhado de percepção de falta de apoio da rede familiar. A situação de violência na infância e adolescência sem percepção de apoio, cuidado e proteção, gera desamparo aprendido.

Muitas mulheres atendidas relataram que se casaram para sair de um contexto familiar violento. Algumas ainda muito jovens, identificaram no casamento uma possibilidade de romper o ciclo de violência experienciado e chance de construir uma família sem violência. Contudo, pouco conheciam os parceiros e não conseguiram discriminar comportamentos de controle e abusos mais sutis no namoro e início do casamento. A violência nas relações íntimas tem uma progressão na maioria dos relatos,

iniciando com comportamentos exacerbados de ciúme e controle do parceiro para as demais formas de violência.

A linha da vida permite as mulheres identificarem esse ciclo de violência em suas vidas, as diferentes formas de manifestação da violência, bem como perceber como elas agem nessas situações. Elas percebem padrões comportamentais que se repetem e geram vulnerabilidade. Isso é fundamental para reduzir chances de revitimizações.

Sessão 7

Na sétima sessão a linha do tempo pode ser finalizada se isso não tiver sido possível na sessão anterior. Isso possibilita que elas construam narrativas sobre eventos traumáticos e se inicie um trabalho com foco na regulação emocional. A psicoeducação sobre as funções das emoções é o primeiro passo. As emoções são importantes, pois ajudam a identificar necessidades, auxiliam na promoção de mudanças ou a fugir de situações difíceis. Todas as emoções são necessárias para sobrevivência. Experimentar situações estressantes ou relembra-las aumenta a intensidade das emoções. As tentativas de evitar emoções percebidas como negativas podem gerar ainda mais estresse.

Compreender que todas as emoções são necessárias, devem ser aceitas e posteriormente manejadas auxilia na regulação emocional. Desregulação emocional diz respeito a dificuldade ou inabilidade de processar emoções ou enfrentar algumas situações. A desregulação se manifesta tanto pela intensificação das emoções quanto pela desativação excessiva. A intensificação em excesso das emoções corresponde ao aumento da intensidade com que a pessoa percebe o evento, geralmente se manifestando de forma intrusiva e opressora. Já a desativação excessiva dificulta o processamento emocional, podendo ocasionar experiências de dissociação, despersonalização e desrealização. Regular as emoções é imprescindível para que o paciente encontre estratégias efetivas de enfrentamento para a situação estressora (Leahy, Tirsch, & Napolitano, 2013).

T - Queria te pedir para a gente tentar fazer um exercício, tá? Tenta fechar os olhos, respirar bem devagarinho, e deixar vir na tua memória alguma situação muito difícil para ti relacionada a esta situação do processo. Eu queria que tu te conectasses com o momento em que tu começaste a sentir essa emoção.

P - A situação que me vem é das audiências, sabe?

T - Aham, me conta.

P - Que na audiência eu tenho que ficar frente a frente com ele, na audiência do processo da vara da família. Eu vejo que o juiz ouve mais ele do que eu. E ele fala muito melhor do que eu. Eu tentava fazer com que o juiz me entendesse, mas foi muito difícil! Não conseguia falar as coisas.

T - Certo, e por que tu não conseguiste falar?

P - Eu não sei. Me deu um bloqueio...

T - Então é uma boa situação para a gente poder analisar. Tu sentiste na hora que emoção?

P - Eu senti medo. O juiz não me dando nenhuma bola, o jeito que ele me olha me passa que ele não está acreditando em mim. Uma hora eu pensei “Não adianta ficar falando aqui, ele não está acreditando em mim!”.

T - Sabe o porquê eu estou pensando nisso? Por que o medo é uma emoção que muitas vezes nos paralisa. Quando a gente se assusta, ou quando a gente tem medo das pessoas, das situações, muitas vezes a gente se sente intimidada mesmo, com receio de agir. Uma sensação de impotência, né?

P – Da próxima vez eu vou dar um jeito de não ter audiência com ele. A presença dele não é boa pra mim.

Após esse momento realiza-se relaxamento com a paciente por meio da técnica de respiração diafragmática. Essa técnica se faz necessária por dois motivos: 1) para diminuir uma possível ativação emocional decorrente da narrativa de eventos traumáticos e estressores e 2) para ensiná-la a reproduzir o relaxamento no seu cotidiano (Miller et al., 2014).

Sessão 8

As estratégias cognitivas e comportamentais de manejo de emoções e relaxamento são o foco dessa sessão. As pacientes seguem um trabalho de identificar situações experienciadas que geram forte reação emocional. Inicialmente relatam a situação, reconhecem e nomeiam as emoções experienciadas. Compreendem a função dessas emoções e constroem junto com a terapeuta estratégias para manejo de emoções. A

validação de emoções é fundamental para adequado manejo. Técnicas de relaxamento muscular, construção de imagens mentais ou respiração são utilizadas.

Sessões 9 e 10

A estrutura e objetivos dessas sessões são semelhantes a sessão 8. Para que a paciente possa ir desenvolvendo estratégias de regulação emocional efetivas, a terapeuta ensina para a paciente como identificar, analisar e compreender qual emoção realmente foi acionada e qual seria sua função adaptativa. Para que a paciente reflita sobre a função adaptativa das emoções, é entregue um material psicoeducativo no qual são descritas todas as emoções humanas e suas formas de expressão e funcionalidade. Nesse processo, é imprescindível que a psicoterapeuta seja empática e escute as percepções da paciente, validando o quanto é difícil ter vivenciado essas situações traumáticas no passado e o quanto é, atualmente, difícil conviver com as lembranças e memórias desses episódios. A terapeuta auxilia a paciente a identificar quais estímulos estão associados às lembranças e ajuda a pensar em formas mais saudáveis de lidar com elas.

Como particularidades, no entanto, a nona sessão tem um foco mais específico em desenvolver estratégias cognitivas e comportamentais para enfrentamento dessas memórias traumáticas. Isso é feito através da técnica do “botão de emergência”, na qual a dupla terapeuta-paciente cria um cartão de enfrentamento de situações emergenciais. Os cartões de enfrentamento devem estar sempre em local de fácil acesso para o paciente e serem lidos de forma regular ou quando necessário. Nele podem ser escritos respostas adaptativas a crenças ou pensamentos automáticos disfuncionais do paciente, estratégias comportamentais para situações específicas e frases de autoinstrução para motivar o paciente (Beck, 1997). A terapeuta deve auxiliar a paciente a identificar que situações são emergenciais e a partir disso criar estratégias para lidar com esses gatilhos. O cartão “botão de emergência” deve ser totalmente personalizado para as situações específicas de vida de cada paciente, e a experiência nos atendimentos às mulheres mostra que as situações consideradas emergenciais podem ser bem diferentes de paciente para paciente.

Uma das pacientes atendidas vivia próxima ao agressor, mesmo com a medida protetiva contra ele. Por conta disso, eventualmente ambos se encontravam no bairro. Para a paciente, essa situação era considerada uma emergência, já que avistar o autor da violência disparava em seu organismo todos os sintomas de ansiedade em níveis muito altos. Sendo assim, seu “botão de emergência” continha as seguintes frases: “*Quando eu*

identificar que ele está próximo a mim em um local público, vou me afastar. Não preciso me expor a isso. Se mesmo assim ele for agressivo comigo, vou tomar medidas para me proteger: posso fazer um boletim de ocorrência e sempre ficar atenta para renovar minha medida protetiva. Se eu me sentir em risco, devo chamar a polícia”.

Outra paciente sentia-se muito ansiosa quando lembranças invadiam seus pensamentos, seu coração acelerava, sua respiração ficava ofegante e sua pressão arterial subia. No cartão dela, continha a seguinte orientação: *“É muito desagradável sentir esses sintomas de ansiedade, mas preciso lembrar que a ansiedade é apenas uma emoção. Hoje, não estou mais em risco. Estou segura. Preciso sentar e fazer a respiração diafragmática, logo vou me sentir melhor”.* Na sessão de número dez, é importante que a terapeuta identifique se a paciente precisou utilizar o “botão de emergência” ao longo da semana e, caso isso tenha sido necessário, é incentivado que a mesma compartilhe sua experiência. A décima sessão deve ter continuidade com a construção de narrativas sobre eventos traumáticos, focalizando na regulação das emoções. Ao “botão de emergência” podem ser inseridas estratégias identificadas pela dupla paciente-terapeuta nas sessões seguintes. Nessa etapa da psicoterapia, todas as sessões devem ser encerradas com relaxamento orientado.

Terceira etapa: Resolução de problemas

Essa etapa, constituída por 2 sessões, tem como foco a construção de estratégias para resolver problemas atuais, decorrentes da experiência de violência. As pacientes aprendem o passo a passo da técnica, empregando-a em problemas definidos por elas. Estimula-se iniciar por problemas mais simples ou emergenciais.

Sessões 11 e 12

Nestes encontros, a terapeuta ensina para a paciente a técnica de resolução de problemas, composta por 4 etapas: (1) definir problemas atuais (2) elencar alternativas de solução, (3) verificar prós e contras de cada alternativa e (4) escolher a melhor forma de solucionar o problema (Beck, 1997). Entre as sessões a paciente deve treinar estas novas habilidades como tarefa de casa e elencar problemas reais que ela esteja passando para solucioná-lo junto com a terapeuta. Nos atendimentos já realizados, as pacientes trouxeram os seguintes problemas em sessão: *“Como posso lidar quando eu cruzar com o agressor na escola da minha filha?”; “Como posso fazer para me mudar de onde moro?”; “Como posso fazer para lidar com as tentativas do autor da agressão de se*

aproximar de mim, mesmo com a medida protetiva?”. Após o aprendizado do passo-a-passo para lidarem com essas situações, as pacientes apontaram que a técnica auxiliou a reduzir a impulsividade e agir de forma mais adequada na resolução de seus problemas cotidianos.

Quarta etapa: Fortalecimento de estratégias de proteção e construção de projetos futuros

A quarta e última etapa tem como principal objetivo fortalecer estratégias de proteção para evitar revitimizações. Isso é fundamental para protegê-las em relação ao ex parceiro, autor da violência, bem como para identificar padrões abusivos de relacionamento em parceiros futuros. Além disso, é construído um projeto com metas a curto, médio e longo prazo que envolvam aspectos futuros laborais, acadêmicos, familiares, amorosos, ampliação de rede de apoio afetiva.

Sessão 13

Nesse encontro, é lembrado à paciente que a psicoterapia está chegando ao final e que, a partir daquele momento, o foco do tratamento concentra-se na construção de estratégias para lidar com o futuro. Inicialmente, é retomado o funcionamento das redes de proteção às mulheres com explicação sobre os órgãos responsáveis pelo atendimento e cuidado às mulheres e todos os números telefônicos de acesso são escritos em um cartão, caso elas ainda não possuam. Com isso, elas relatam sentir-se mais seguras e espera-se que isso as auxilie caso haja uma nova situação de violência.

Algumas pacientes costumam trazer boas experiências do contato com a rede, outras não percebem desta forma. Muitas das experiências negativas revelam a falta de preparo dos profissionais da rede para o acolhimento adequado. A revitimização pelos profissionais não é incomum. Intervenções institucionais podem reforçar percepção de culpa, minimizar situação de risco percebido pela mulher, orientá-las de forma ineficaz, representando um dano secundário (D'Oliveira & Schraiber, 2013; Dutra, Prates, Nakamura & Villela, 2013; Meneghel, Bairros, Mueller, Monteiro, Oliveira & Collaziol, 2011).

Sessão 14

Nessa sessão é realizado o treino de habilidades para proteção, a partir da perspectiva de prevenção à revitimização. Para tal, a terapeuta ajuda a paciente a

identificar possíveis situações de risco que possam surgir no futuro. As estratégias de proteção podem ser pensadas tanto para a paciente quanto para familiares, como por exemplo, os filhos que visitam o pai. É interessante ressaltar que essa sessão é totalmente personalizada para o caso específico de cada paciente, porque o que é compreendido como risco para uma mulher pode não ser para a outra. Em um dos casos atendidos, a paciente estava com a medida protetiva de urgência contra o agressor vencida, e ele estava começando a se aproximar dela no bairro onde viviam, com o objetivo de chamar sua atenção. Nessa situação, foi retomada a importância da renovação da medida como uma estratégia efetiva de autoproteção. A paciente percebeu que quando a medida está vigente, o autor da violência não se aproximava, e isso a fez ir até a delegacia renovar seu direito de segurança.

Sessão 15

A linha do tempo é retomada e se constrói com a paciente um projeto para o futuro. Para tal, é levado para a consulta um papel pardo ou cartolina a ser anexado à linha do tempo que foi realizada na sexta sessão. Pede-se à paciente que imagine sua vida futura, considerando a próxima semana (curto prazo), próximos meses (médio prazo) e próximos anos (longo prazo) de sua vida. O objetivo desta técnica é organizar a viabilidade da execução das metas e instaurar a esperança na paciente. A terapeuta deve discutir todos os objetivos que a paciente trazer e conversar sobre quais comportamentos são necessários para atingir cada uma das metas. Também devem juntos identificar possíveis obstáculos e estratégias para resolvê-los. Em nossa experiência, as metas envolviam retomar os estudos, criar e aproveitar tempos para lazer, ingressar em algum trabalho voluntário, mudança de residência, retomar laços de relacionamento com amigos e familiares e investir em projetos profissionais.

Sessão 16

A última sessão é um encontro de fechamento e auto avaliação, na qual a paciente retoma a visão de si construída no primeiro dia de psicoterapia. É pedido que ela escreva novamente em um papel palavras que descrevam suas características pessoais e a forma como ela se percebe naquele momento. Após a execução da tarefa, a terapeuta mostra o cartão confeccionado na primeira sessão e discute-se diferenças entre eles, o que já é uma forma de ir elaborando as mudanças geradas pela psicoterapia. A avaliação não é apenas delas, mas é também de todo o processo psicoterapêutico.

P - Hoje eu vejo as coisas acontecendo, minha vida retomando para o lugar. Não me culpo mais. Eu aprendi que posso pedir ajuda e que não há nada de errado nisso. Eu precisava mentir. Se não ele me esmurrava, me humilhava. E eu tinha que dizer para as pessoas que estava tudo bem. Mas com a terapia eu aprendi que eu posso pedir ajuda. Eu posso dizer que não está tudo bem. E eu vou ter ajuda, se eu souber a quem recorrer”(...) Tu (terapeuta) passou e fez uma varredura nas coisas ruins pra mim. A terapia me ensinou que eu posso viver bem hoje, sem ficar apenas esperando o amanhã. Eu estava no meio de pessoas que não queriam o meu bem. Tu chegou e me ajudou a sair disso. Com a terapia eu aprendi a selecionar as pessoas, vi que nem todo mundo vai me fazer mal. Aprendi que posso ser o que eu quiser, que eu sou um ser humano como os outros. A terapia me trouxe de volta a vida. Agora eu sei que eu também posso viver. Eu também posso ser feliz. Vou levar isso pra sempre junto comigo. Eu aprendi a olhar para mim. A cuidar de mim. A dar limite para o espaço que ele tinha na minha vida e nos meus pensamentos. Aprendi a me proteger do jeito certo.

Considerações Finais

A violência contra mulheres nos relacionamentos íntimos é um grave problema social e de saúde pública. Aspectos culturais contribuem para manutenção de relações desiguais de gênero e, conseqüentemente, para violação de direitos das mulheres. Experiências de violência constituem-se como eventos traumáticos que podem gerar graves repercussões para a saúde das mulheres. Neste cenário, a Psicologia desempenha papel fundamental por meio de conhecimentos sobre dinâmica da violência, conseqüências para o desenvolvimento, estratégias preventivas e de tratamento.

A psicoterapia é uma ferramenta importante no enfrentamento à violência quando articulada com as demais intervenções protetivas da rede. É uma prática que deve estar solidamente fundamentada em evidências de efetividade/eficácia. O protocolo apresentado tem sido foco de sistemáticos estudos e demonstra evidências iniciais de efetividade. A revisão de literatura não identificou outro protocolo de psicoterapia desenvolvido e avaliado em contexto nacional para mulheres com histórico de violência

por parceiro íntimo. Assim, investimentos na pesquisa para avaliação deste protocolo seguem ocorrendo e espera-se que em breve possa ser compartilhado, por meio de capacitações, para profissionais de psicologia que atuam nas redes de atendimento.

Referências

- Barberá, E., & Benlloch, I. M. (2004). *Psicología y género*. Madrid: Pearson Educación.
- Bass, J., Annann, J., Murray, S. Kaysen, D., Griffiths, S., Cetinoglu, T., Watcher, K., Murray, L., & Bolton, P. (2014). Controlled trial of psychotherapy for congolese survivors of sexual violence. *The New England Journal of Medicine*, 368(26), 2182-2191. doi: 10.1056/NEJMoa1211853
- Bhattacharjee, D., Rai, A. K., Singh, N. K., Kumar, P., Munda, S. K., & Das, B. (2011). Psychoeducation: A measure to strengthen psychiatric treatment. *Delhi Psychiatric Journal*, 14(1), 33-39.
- Beck, J. s. (1997). *Terapia Cognitiva: teoria e prática*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Conselho Federal de Psicologia. (2013). *Referências técnicas para a atuação de psicólogas(os) em programas de atenção á mulher em situação de violência*. Recuperado de: http://crepop.pol.org.br/novo/1754_referencias-tecnicas-para-atuacao-de-psicologas-os-em-programas-de-atencao-a-mulher-em-situacao-de-violencia.
- Conselho Federal de Psicologia. (2012). *Referências técnicas para a atuação de psicólogas(os) em programas de atenção à mulher em situação de violência*. Brasília: CFP.
- Conselho Federal de Psicologia (2016). *Nota técnica sobre atuação em casos de violência contra a mulher*. Brasília: CFP, 2016. Disponível em <https://site.cfp.org.br/notatecnica-sobre-atuacao-em-casos-de-violencia-contramulher-sera-revista/>, acessado em 17/04/14.
- D'Oliveira, A., & Schraiber, L. (2013). Mulheres em situação de violência: entre rotas críticas e redes intersetoriais de atenção. *Revista de Medicina*, 92(2), 134-140. doi:<http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v92i2p134-140>
- Dutra, Maria de Lourdes, Prates, Paula Licursi, Nakamura, Eunice, & Villela, Wilza Vieira. (2013). A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(5), 1293-1304. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000500014>
- Falcke, D, & Rosa, L. W. (2014). Violência conjugal: compreendendo o fenômeno. *Revista da SPAGESP*, 15(1), 17-32. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702014000100003

- Habigzang, L. F., Schneider, J. A., Frizzo, R., & Freitas, C. P. P. (2018). Evaluation of the impact of a cognitive-behavioral intervention for women in domestic violence situations in Brazil. *Universitas Psychologica*, 17(3). doi : 10.11144/Javeriana.upsy17-3.eicb
- Hanada, H., D'Oliveira, A. F. P. L., & Schraiber, L. B. (2010). Os psicólogos na rede de assistência a mulheres em situação de violência. *Estudos Feministas*, 18(1), 3360. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104026X2010000100003.
- Kuyken, W., Padesky, C. A., & Dudley, R. (2010). *Conceitualização de casos colaborativa: o trabalho em equipe com pacientes em terapia cognitivo comportamental*. Porto Alegre: Artmed.
- Leahy, R. L., Tirsch, D., & Napolitano, L. A. (2013). *Regulação emocional em psicoterapia: um guia para o terapeuta cognitivo-comportamental*. Porto Alegre: Artmed.
- Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006. Dispõe sobre os mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. (2006). Brasil. Recuperado de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11340.htm.
- Leonardi, J. L., & Meyer, S. B. (2015). Prática baseada em evidências em psicologia e a história da busca pelas provas empíricas da eficácia das psicoterapias. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(4), 1139-1156. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932015000401139&script=sci_abstract&tlng=pt.
- Marques, T. M., & Coleta, M. F. D. (2010). Atribuição de causalidade e reações de mulheres que passaram por episódios de violência conjugal. *Temas em Psicologia*, 18(1), 205-218. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413389X20100001000017
- Meneghel, Stela Nazareth, Bairos, Fernanda, Mueller, Betânia, Monteiro, Débora, Oliveira, Lidiane Pellenz de, & Collaziol, Marcell Emer. (2011). Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(4), 743-752. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000400013>
- Miller, L., Howell, K., & Graham-Berham, S. (2014). The effect of an evidence-based intervention on women's exposure to intimate partner violence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84(4), 321-328. doi: 10.1037/h0099840.
- Mühlen, B. K., & Strey, M. N. (2013). Avanços e retrocessos no combate da violência contra mulheres. *Athenea Digital*, 13(2), 229-237. Recuperado de <http://atheneadigital.net/article/viewFile/v13-n2-vonmuhlen-strey/1118-pdf-pt>

- Petersen, M. F. G., Zamora, J., Fermann, I., Crestani, P., Habigzang, L. F. (no prelo). Psicoterapia cognitivo-comportamental para mulheres em situação de violência doméstica: Revisão sistemática. *Revista Psicologia Clínica*.
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2014). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*. Recuperado de: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/>
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2013). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Recuperado de: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en
- Ortiz, E., Encinas, F., Mantilla, P., & Ortiz, D. (2011). Tratamiento cognitivo conductual centrado en el trauma de mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psicología Avances de la Disciplina*, 5(2), 13-31. Retrieved From: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297224105002>
- Oliveira, A., Costa, M., Sousa, E. (2015). Feminicídio e violência de gênero: Aspectos sóciojurídicos. *Revista Tema* 16(24), 21-23. doi: 10.1590/1982-0194201400075
- Saffioti, H. I. B. (1994). Violência de gênero no Brasil atual. *Estudos Feministas*, número especial, 443-461. Recuperado de: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/16177/14728>
- Santos, A. C. W., & Moré, C. L. O. O. Repercussão da violência na mulher e suas formas de enfrentamento. *Paidéia*, 21(49), 227-235. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v21n49/10.pdf>
- Silva, M., Neto, G., & Filho, J. (2009). Maus-tratos na infância de mulheres vítimas de violência. *Psicologia em Estudo*, 14(1), 121-127. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v14n1/a15v14n1.pdf>

5.2 Estudo II

AVALIAÇÃO DE PROCESSO PSICOTERAPÊUTICO DE MULHERES COM HISTÓRICO DE VIOLÊNCIA POR PARCEIRO

RESUMO

O objetivo deste estudo foi identificar e analisar ciclos de mudança presentes no processo psicoterapêutico de mulheres com histórico de violência por parceiro íntimo. Efetuaram-se análises das transcrições das sessões no *software* TCM. As transcrições dos ciclos de mudança foram analisadas por meio da Análise Temática. Foram encontrados ao todo 78 ciclos de mudança e todas as sessões analisadas geraram pelo menos um ciclo de mudança. As principais técnicas foram questionamento socrático, flecha descendente, psicoeducação sobre violência e emoções, e treino de habilidades de proteção. Os temas em comum encontrados foram: relações familiares, violência de gênero, violência pelo parceiro íntimo e rede de apoio. Identificaram-se evidências de que o protocolo promove mudanças terapêuticas, apresentando bom desencadeamento entre sessões.

Palavras-chave: Ciclos de Mudança; Violência contra Mulher; Violência por Parceiro Íntimo; Psicoterapia.

EVALUACIÓN DE PROCESO PSICOTERAPÉUTICO DE MUJERES CON HISTÓRICO DE VIOLENCIA POR PAREJA

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue identificar y analizar ciclos de cambio presentes en el proceso psicoterapéutico de mujeres con historial de violencia por socio íntimo. Se realizaron análisis de las transcripciones de las sesiones en el *software* TCM. Las transcripciones de los ciclos de cambio se analizaron a través del análisis temático. Se encontraron en total 78 ciclos de cambio y todas las sesiones analizadas generaron al menos un ciclo de cambio. Las principales técnicas fueron cuestionamiento socrático, flecha descendente, psicoeducación sobre violencia y emociones y entrenamiento de habilidades de protección. Los temas en común encontrados fueron: relaciones familiares, violencia de género, violencia por pareja íntima y red de apoyo. Se identificaron evidencias de que el protocolo promueve cambios terapéuticos, presentando buen desencadenamiento entre sesiones.

Palabras clave: Ciclos de Cambio; Violencia contra la mujer; Violencia por Pareja Íntima; Psicoterapia.

EVALUATION OF A PSYCHOTHERAPEUTICAL PROCESS OF WOMEN WITH HISTORY OF PARTNER VIOLENCE

ABSTRACT

The objective of this study was to identify and analyze cycles of change present in the psychotherapeutic process of women with a history of intimate partner violence. Transcripts of the sessions were performed in the TCM software. The transcriptions of the change cycles were analyzed through the Thematic Analysis. A total of 78 change cycles were found and all the analyzed sessions generated at least one change cycle. The main techniques were Socratic questioning, descending arrow, psychoeducation about violence and emotions and training of protection skills. The common themes found were: family relations, gender violence, intimate partner violence and support network. Evidence was identified that the protocol promotes therapeutic changes, presenting good triggers between sessions.

Keywords: Cycles of Change; Violence against women; Intimate Partner Violence; Psychotherapy.

EVALUATION D'UN PROCESSUS PSYCHOTHERAPEUTIQUE DE FEMMES AVEC L'HISTOIRE DE LA VIOLENCE PAR UN PARTENAIRE

RÉSUMÉ

L'objectif de cette étude était d'identifier et d'analyser les cycles de changement présents dans le processus psychothérapeutique des femmes qui ont des un historique de violence du partenaire intime. Les transcriptions des sessions ont été réalisées dans le logiciel TCM. Les transcriptions des cycles de changement ont été analysées à travers l'analyse thématique. Un total de 78 cycles de changement ont été trouvés et toutes les sessions analysées ont généré au moins un cycle de changement. Les techniques principales étaient le questionnement socratique, la flèche descendante, la psychoéducation sur la violence et les émotions, et la formation aux techniques de protection. Les thèmes communs trouvés étaient les suivants: relations familiales, violence sexiste, violence entre partenaires intimes et réseau de soutien.

Mots-clés: cycles de changement; Violence contre la femmes; Violence entre partenaires intimes; Psychothérapie.

Introdução

A violência contra a mulher é considerada como uma violação dos direitos humanos e um grave problema de saúde pública (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2013). Pela legislação brasileira, violência doméstica e familiar contra a mulher se configura como qualquer ação ou omissão, baseada nas desigualdades de gênero, que cause morte, lesão, sofrimento ou dano à

mulher (Lei Federal nº 11.340, 2006). Parceiros e ex-parceiros são os principais agressores, sendo a residência o local mais frequente de ocorrência das violências (Waiselfisz, 2015; OMS, 2014; Trevillion, Oram, Feder, & Howard, 2012).

Considerando as consequências da violência para a saúde mental de mulheres, entende-se como fundamental que intervenções psicoterápicas sejam baseadas em evidências científicas de eficácia e efetividade (CFP, 2012), podendo ser avaliadas por meio das pesquisas em psicoterapia. Os estudos de processo e resultado em psicoterapia se fazem importantes e complementares para qualificar intervenções. Os estudos de processo buscam avaliar quais elementos influenciam na obtenção dos resultados da intervenção, ou seja, focam nas variáveis consideradas inespecíficas da psicoterapia (Peuker et al., 2009). Neste tipo de estudo, métodos quantitativos e qualitativos são recursos utilizados para a identificação de padrões de interação e comunicação entre psicoterapeuta e paciente, sendo possível relacioná-los à mudança psicoterapêutica (Serralta et al. 2007). Para compreender a definição de mudança, esta pode ser dividida em dois elementos: momento e episódio. O momento de mudança está atrelado ao aspecto ou tema principal trabalhado pela dupla terapêutica e que é narrado pelo paciente. Por sua vez, o episódio de mudança engloba toda uma unidade de tempo ou segmento de sessão que antecede esse momento de mudança, mas que abre possibilidade para que esta aconteça.

As pesquisas de processo têm buscado aprimorar seus métodos de investigação por meio do uso de instrumentos que possibilitam maior avaliação das experiências interpessoais presentes na psicoterapia, como, por exemplo, a mudança em psicoterapia (Bucci, 2007). Um instrumento que tem sido utilizado é o *Therapeutic Cycles Model (TCM)*, desenvolvido na Alemanha por Erhard Mergenthaler (1996a), adaptado para o Brasil por Elisa Yoshida (2008) e alvo de demais estudos no país (Cassel, Sanchez, Campezzatto, Khater, Nunes, & Yoshida, 2015). O instrumento tem como finalidade identificar ciclos de mudanças presentes em psicoterapia, também chamados de momentos-chave, que se refere “a uma ou mais sessões de um tratamento ou a um segmento de sessão visto como clinicamente importante” (Mergenthaler, 1996a, p.1306) e está associado ao progresso terapêutico (Mergenthaler, 2008), sendo indicativo de efetividade da psicoterapia. Este instrumento tem sido utilizado em diversos estudos como os de Yoshida e Mergenthaler (2011), Vizziello, De Palo e De Gregorio (2011), Lo Verde, Sarracino e Vigorelli, (2012), Sassaroli et al. (2014), Khater, Peixoto, Honda, Espinosa e Yoshida (2014), Cassel, Campezzatto e Nunes (2015), e Von Mengden Campezzatto, Serralta e Habigzang (2017). Apesar de aplicado em populações distintas, não foram encontrados estudos sobre ciclos de mudança com mulheres em situação de violência por parceiro íntimo (VPI).

No que se refere a estudos protocolares com essa população na abordagem cognitivo-comportamental, Petersen et al. (prelo) não encontraram estudos nacionais com este formato e dos 11 protocolos identificados, nenhum analisou o processo de psicoterapia, o que impossibilita a replicação das intervenções por pesquisadores e profissionais. Outrossim, compreende-se que

focar no processo terapêutico é necessário para investigar os elementos associados à melhora terapêutica.

O objetivo geral deste estudo foi identificar e analisar ciclos de mudança presentes no processo psicoterapêutico de mulheres com histórico de VPI. Ainda, objetivou-se: 1) identificar quais etapas do protocolo de psicoterapia promoveram maior quantidade de ciclos de mudança por meio do TCM; 2) verificar quais técnicas utilizadas no protocolo estão associadas aos ciclos de mudança; e 3) identificar momentos-chave de cada sessão do protocolo de psicoterapia por meio do TCM e analisar a temática central presente nestes momentos.

Método

Participantes

A amostra foi composta por três mulheres com idade a partir de 18 anos que experienciaram VPI. Como critério de inclusão, as participantes deveriam estar afastadas do autor da violência, devido à separação ou Medida Protetiva de Urgência, visto que os impactos da intervenção nos sintomas alvo só podem ser mensurados após a saída do relacionamento violento. Não foram incluídas mulheres que apresentassem sintomas psicóticos, tivessem indicadores de déficit intelectual moderado ou grave, fizessem uso abusivo de substâncias ou que estivessem em outro processo de psicoterapia. Estes critérios de exclusão foram avaliados por meio de entrevista clínica. Nenhuma das participantes fazia uso de medicação psiquiátrica durante o período da intervenção. As participantes foram definidas por conveniência por meio de encaminhamento por instituições parceiras.

As participantes passaram por uma avaliação psicológica composta por, em média, três encontros, que foram realizadas por estudantes de Psicologia antes do início da intervenção. O intuito do pré-teste foi avaliar sintomas de ansiedade (Beck Anxiety Inventory – BAI, adaptado e validado para o Brasil por Cunha, 2001), depressão (Beck Depression Inventory – BDI-II, adaptado e validado para o Brasil por Gorenstein, Pang, Argimon e Werlang, 2011), TEPT (Life Events Checklist for DSM-5, de Gray, Litz, Hsu, e Lombardo, 2004; Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5, adaptado por Brasil por Osório, Silva, Santos, Chagas, Chagas, Sanches, e Crippas em 2017) e Transtornos de Estresse Extremo (Structured Interview for Disorders of Extreme Stress – SIDES-R, adaptada por Camargo, Kluwe-Schiavon, Sanvicente-Vieira, Levandowski, e Grassi-Oliveira, 2013), bem como a presença de histórico de maus-tratos na infância e adolescência (Questionário Sobre Traumas na Infância – CTQ, traduzido e adaptado por Grassi-Oliveira, Stein e Pezzi, 2006) e tipos de violência sofridos e perpetrados na relação íntima (Conflict Tatic Scale – CTS, desenvolvida por Murray Straus em 1979, e traduzidaao Brasil por Scharaiber e D’Oliveira, 2000). Os resultados dessa avaliação foram utilizados para compreensão do processo psicoterapêutico, que é o objetivo deste estudo.

A Paciente 1, Simone*, possuía 41 anos no momento da intervenção, tinha nível superior completo e trabalhava, encontrava-se separada do agressor há quatro anos, com quem tinha uma

filha. O contato com este se dava somente por meio de advogado, em razão do processo judicial, o qual lhe preocupava muito. A relação durou três anos e a separação aconteceu quando ela estava no final da gestação, pelo desejo de que a filha se desenvolvesse em um ambiente mais saudável. Possuía medida protetiva de urgência contra o ex-parceiro. Ao longo da psicoterapia, identificaram-se alguns aspectos relacionados à instabilidade no vínculo das relações da paciente, bem como problemas ligados à desregulação emocional. Na avaliação, Simone apresentava nível mínimo de ansiedade e leve de depressão, além de fechar critérios para TEPT. Possuía histórico de abuso emocional mínimo na infância e durante o relacionamento íntimo vivenciou violência física e psicológica.

A Paciente 2, Carolina*, tinha 41 anos, possuía ensino fundamental incompleto e trabalhava. Separada do agressor há um ano, com quem teve dois filhos. Encontrava-se com medida protetiva de urgência e em processo judicial pela divisão dos bens. O relacionamento durou 20 anos e ela se divorciou quando descobriu que o ex-marido mantinha relações extraconjugais. Por ter sido exposta a muitas situações de violência ao longo de seu desenvolvimento, Carolina apresentava dificuldade em confiar nas pessoas e excesso de preocupação sobre o julgamento alheio. Relatava forte medo e ansiedade ao relembrar experiências com o ex-marido. Carolina apresentava níveis moderados de ansiedade e depressão. Havia histórico de abuso físico mínimo na infância e durante o relacionamento íntimo na idade adulta experienciou todas as formas de violência.

A Paciente 3, Anita*, completou 47 anos durante o processo de psicoterapia. Possuía ensino médio completo e encontrava-se desempregada. Tinha dois filhos adultos que não eram do relacionamento com o autor da agressão. O relacionamento violento teve duração de quatro anos, com presença de episódios de violência psicológica, moral e patrimonial. Havia um agravante no seu caso, já que ambos residiam muito próximos e, mesmo com medida protetiva, ele recorrentemente a descumpria. Anita fez inúmeros boletins de ocorrência dessas situações e aguardava decisão judicial. A paciente apresentou níveis leves de ansiedade e depressão no início da intervenção. Havia histórico de negligência emocional e abuso emocional moderados na infância.

Instrumentos

- (1) Questionário Sociodemográfico: busca investigar características sobre o perfil das participantes e se possuem histórico de violência na família (Lima, 2010).
- (2) Therapeutic Cycles Model – (TCM, Modelo dos Ciclos Terapêuticos): trata-se de um instrumento de análise de textos por computador a partir do *software* CM que se baseia em dicionários de estilos narrativos pré-desenvolvidos (Mergenthaler, 1996a). A versão brasileira é oriunda de transcrições de sessões de psicoterapias, entrevistas diagnósticas e textos da literatura brasileira. O texto é fragmentado em blocos de 150 palavras para identificar padrões de comunicação, sendo estes: (A) relaxamento; (B) reflexão; (C) experiência e (D) conexão. O ciclo

de mudança ocorre quando existe ao menos um bloco com o padrão Conexão e tem como limite inicial e final a ocorrência de um padrão de Relaxamento (Mergenthaler, 1996b).

Procedimentos de Coleta de Dados

O protocolo fundamentado na abordagem cognitivo-comportamental é constituído por 16 sessões divididas em quatro etapas conforme objetivos e técnicas utilizadas (Tabela 1). As sessões do protocolo foram conduzidas por duas psicólogas previamente treinadas e ocorreram no serviço-escola da universidade. As sessões terapêuticas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas. Foram analisadas para este projeto nove sessões de cada paciente (sessões 1, 2, 3, 6, 8, 12, 13, 15 e 16). As sessões para análise foram definidas por conveniência buscando atender a dois critérios: (1) incluir pelo menos 50% das sessões do protocolo e (2) abrangência de todas as etapas do protocolo. Para evitar possíveis conflitos de interesse, duas terapeutas aplicaram o protocolo e as terapeutas não foram responsáveis pela aplicação do pré e pós-teste.

Tabela 1. Protocolo de Psicoterapia

Etapa	Sessão	Descrição
Etapa 1 Psicoeducação sobre violência contra mulher e relações de gênero Reestruturação cognitiva	1	Contrato terapêutico e estabelecimento de objetivos terapêuticos. Construção de um cartão com a visão de si e avaliação de crenças sobre o papel da mulher em diferentes contextos.
	2	Psicoeducação sobre os diferentes tipos de violência; Avaliação do risco atual e, se necessário, elaboração do plano de segurança (antecipando o treino de habilidades para proteção).
	3	Psicoeducação sobre violência de gênero.
	4	Psicoeducação quanto ao Modelo ABC
	5	Psicoeducação sobre consequências da violência.
Etapa 2 Exposição gradual às memórias traumáticas e regulação emocional	6	Construção de uma linha do tempo para mapeamento de histórico de violência.
	7	Retomada da linha do tempo; Construção de narrativas sobre eventos traumáticos. Regulação emocional (funções das emoções). Relaxamento.
	8	Estratégias para manejo de emoções relacionadas aos eventos traumáticos. Relaxamento.

Etapa 3	9	Estratégias para manejo de emoções relacionadas aos eventos traumáticos. Estratégias cognitivas e comportamentais de enfrentamento – Botão de emergência. Relaxamento.
	10	Estratégias para manejo de emoções, cognições e comportamentos relacionadas aos eventos traumáticos. Relaxamento.
	11	Treino de Resolução de Problemas.
Resolução de problemas	12	Treino de Resolução de Problemas.
Etapa 4	13	Prevenção à exposição de violência, estratégias de proteção e funcionamento das Redes de Proteção.
	14	Treino de habilidades para proteção.
	15	Construção de um projeto para o futuro e retomada da linha do tempo.
	16	Auto-avaliação – Retomada do cartão com visão de si e crenças sobre papel da mulher em diferentes contextos.
Fortalecimento de estratégias de proteção e construção de projetos futuros		

Procedimentos de Análise dos Dados

Inicialmente, foram efetuadas análises das transcrições das sessões por computador por meio do *software* TCM. Essas análises geraram gráficos indicadores de ciclos terapêuticos. Posteriormente, as transcrições dos segmentos de sessão que continham ciclos de mudança foram analisadas qualitativamente por duas juízas independentes por meio da Análise Temática proposta por Braun e Clarke (2006). Foi utilizada a lógica indutiva na qual os temas foram as demandas das participantes.

Resultados e Discussão

Os resultados e discussão estão organizados em três eixos, conforme os objetivos específicos deste estudo. O primeiro eixo apresenta resultados quantitativos sobre os ciclos de mudança identificados em cada etapa do processo. O segundo eixo apresenta as técnicas utilizadas que estiveram relacionadas aos ciclos de mudança. O terceiro e último eixo refere-se à análise temática dos ciclos de mudança.

Ciclos de Mudança

Foram encontrados ao todo 78 ciclos de mudança no processo terapêutico das três participantes, sendo que todas as sessões analisadas geraram pelo menos um ciclo (Tabela 2). A etapa que mais apresentou ciclos de mudança foi a primeira etapa de psicoeducação sobre

violência contra mulher e relações de gênero e reestruturação cognitiva, seguida pela quarta etapa de fortalecimento de estratégias de proteção e construção de projetos futuros. As participantes Simone e Carolina apresentaram mais ciclos de mudança (4 e 6 respectivamente) na sessão seis de mapeamento de histórico de violência. Essa sessão possibilita o reconhecimento de diferentes tipos de violência sofridos ao longo do desenvolvimento, sendo particularmente interessante para essas pacientes, visto que na avaliação psicológica ambas identificaram maus tratos mínimos ou baixos durante a infância. É possível que a partir da construção da linha da vida elas tenham reconhecido violências as quais foram expostas. A participante Anita, por sua vez, apresentou mais ciclos de mudança na segunda sessão do protocolo que envolve psicoeducação sobre os diferentes tipos de violência com avaliação do risco atual e elaboração do plano de segurança, se necessário.

Participante	Etapa 1	Etapa 2	Etapa 3	Etapa 4	Total de ciclos por participante
Simone	7	7	2	7	23
Carolina	7	8	4	8	27
Anita	12	3	4	9	28
Total de ciclos por etapa	26	18	10	24	-

Tabela 2. Quantidade de ciclos de mudança por paciente e etapa do protocolo.

Os dados indicam a importância da primeira etapa da psicoterapia para o progresso terapêutico. Essa etapa aborda e reforça aspectos básicos que precisam ser trabalhados com mulheres com histórico de VPI, tais como: psicoeducação sobre tipologias de violência, reflexões sobre violência de gênero e seus estereótipos e mapeamento de situações de violência pregressas e atuais (CFP, 2012). A primeira etapa do protocolo é uma das que mais se aproxima da terapia cognitiva clássica proposta por Beck, avaliando objetivos das participantes e realizando psicoeducação referente ao fenômeno que as motivaram a buscar tratamento (Beck, 1997).

Ainda, a produção do “Cartão da Visão de Si” está associada a momentos-chave da sessão de acordo com o TCM. Nessa atividade, as participantes são convidadas a escreverem seus nomes no meio de uma folha e, ao redor, palavras ou frases ou inserirem figuras que as descrevam. Ademais, se constatado que a mulher estava em risco, a dupla terapêutica desenvolvia um plano de segurança, prática recomendada pelo CFP (2012) e que deve ser priorizada para reforçar a proteção da mulher.

A sessão dois de psicoeducação sobre a dinâmica e tipos de violência foi a que mais gerou ciclos de mudança para Anita, visto que essa participante frequentemente minimizava a violência sofrida por não ter vivenciado violência física. Ainda, essa sessão se mostrou especialmente importante por Anita residir próxima ao autor da agressão, o que se configurou como um risco. Com base nisso, foram elaboradas estratégias de segurança para a participante. A etapa de regulação emocional também se mostrou importante para Anita, pois esta possuía características de inibição emocional. Esses achados podem ter relação com o fato dela ter experiência de abuso e negligência emocional na infância.

Para as participantes Simone e Carolina, a sessão com maior quantidade de ciclos de mudança foi a sessão seis de construção da linha do tempo e início da etapa de regulação emocional. Nessa sessão é construída uma linha do tempo que tem como objetivo mapear o histórico de violência, pois a literatura científica aponta associações entre histórico de maus tratos na infância e adolescência e violência nas relações íntimas (Bass et al., 2014; Miller et al., 2014; Oliveira et al., 2015; Silva, 2009). Simone relatou experiências de abuso emocional e Carolina diversas experiências de abuso físico. Tais situações comumente geram desamparo aprendido e a técnica de linha da vida permite a identificação de ciclos de violência, suas diferentes manifestações, funcionando como norteador para que elas percebam as consequências dessas situações. Por meio disso, é possível reconhecer padrões comportamentais e emocionais que se repetem e geram vulnerabilidade. A Figura 1 apresenta os gráficos das sessões com maior número de ciclos de mudança das pacientes.

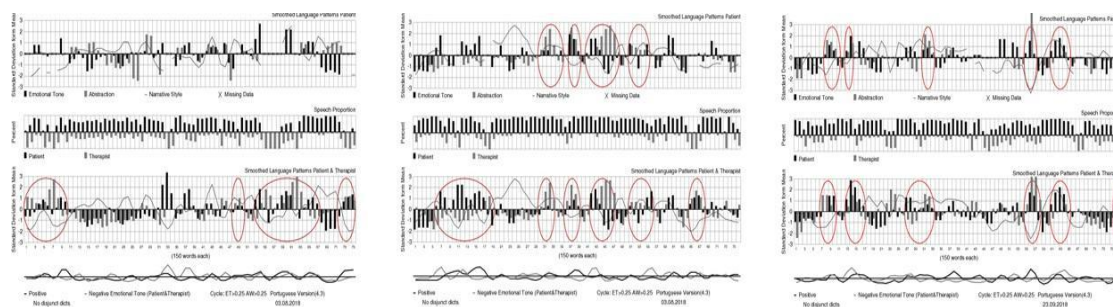


Figura 1. Gráficos das sessões com maior número de ciclos de mudança de Simone, Carolina e Anita respectivamente.

Deve-se considerar que os ciclos de mudança são momentos da sessão que impulsionam o progresso terapêutico, mas não é possível afirmar que uma determinada etapa do protocolo de psicoterapia é necessariamente a responsável pelas mudanças, visto que o progresso terapêutico ocorre de forma cumulativa ao longo das sessões. Esse dado pode ser discutido por meio da quantidade de ciclos de mudança presentes na última etapa do protocolo, que apresenta um número significativo de mudanças, mas que também podem ser impulsionadas por momentos anteriores da psicoterapia. Por exemplo, para o bom desenvolvimento no trabalho de regulação

emocional associado a situações de violência pregressas, é fundamental a compreensão da dinâmica das relações violentas, bem como seus fatores de manutenção.

Verificou-se que a quantidade de momentos-chave por etapa foi semelhante com participantes e terapeutas diferentes, indicando que o protocolo segue uma padronização. Por meio do TCM foi possível identificar evidências iniciais de que o protocolo promove mudanças terapêuticas. Esses dados se somam aos resultados da avaliação psicológica pós-intervenção que também apontaram melhoras nos sintomas. A participante Simone ao final da intervenção não fechava mais critérios para TEPT e passou a apresentar sintomas mínimos para depressão, entretanto obteve aumento subclínico de ansiedade. Carolina, por sua vez, apresentou diminuição nos níveis de ansiedade e depressão de moderado para mínimo. Anita também obteve melhora nos sintomas de ansiedade e depressão, passando de níveis leves para mínimos.

Os resultados do TCM mostraram-se, portanto, alinhados aos indicadores clínicos dos instrumentos de avaliação. Isso se evidencia no caso de Simone, que foi a paciente que obteve menor melhora clínica pelos instrumentos de avaliação, ao mesmo tempo em que foi a participante que apresentou menor quantidade de ciclos de mudança ao longo de todo o processo terapêutico.

Técnicas relacionadas aos ciclos de mudança

As principais técnicas relacionadas às mudanças foram: questionamento socrático, flecha descendente, psicoeducação sobre violência e emoções, validação emocional e treino de habilidades de proteção. Os dados encontrados corroboram achados da literatura em relação às técnicas percebidas como eficazes para o tratamento de mulheres que passaram por VPI. Petersen et al. (no prelo) identificaram a psicoeducação como uma das principais técnicas nos protocolos de mulheres com histórico de violência. Essa técnica pode ser utilizada para que pacientes compreendam os tipos de violência e o ciclo violento, se apropriem dos seus direitos e entendam seus padrões de pensamentos e respostas frente às situações.

Os estudos que utilizaram a *Cognitive Processing Therapy* (CPT) (Iverson et al., 2011a; Iverson et al., 2011b; Resick et al., 2008) se mostraram eficazes para o tratamento dessa população, tendo como foco a reestruturação cognitiva por meio de técnicas como questionamento socrático, também identificada neste estudo. Os treinos de habilidades de proteção também apareceram como elementos importantes em estudos internacionais (Cort et al., 2014; Johnson et al., 2011; Matud et al., 2014) como forma de trabalhar a prevenção à revitimização.

As técnicas identificadas vão ao encontro das características principais da TCC, como foco na resolução de problemas, utilização de tarefas de casa, sessões estruturadas e técnicas para flexibilização de pensamentos e aumento de repertório comportamental (Beck, 1997). Ao analisar o presente protocolo, Petersen (2017) também identificou que este condiz com a estrutura da terapia cognitivo-comportamental.

Análise temática dos ciclos de mudança

Foram analisados os temas atrelados a mudanças terapêuticas, sendo alguns temas transversais a todas as pacientes, como: Relações Familiares; Violência de Gênero; Violência pelo Parceiro Íntimo e Rede de Apoio (Figura 2).

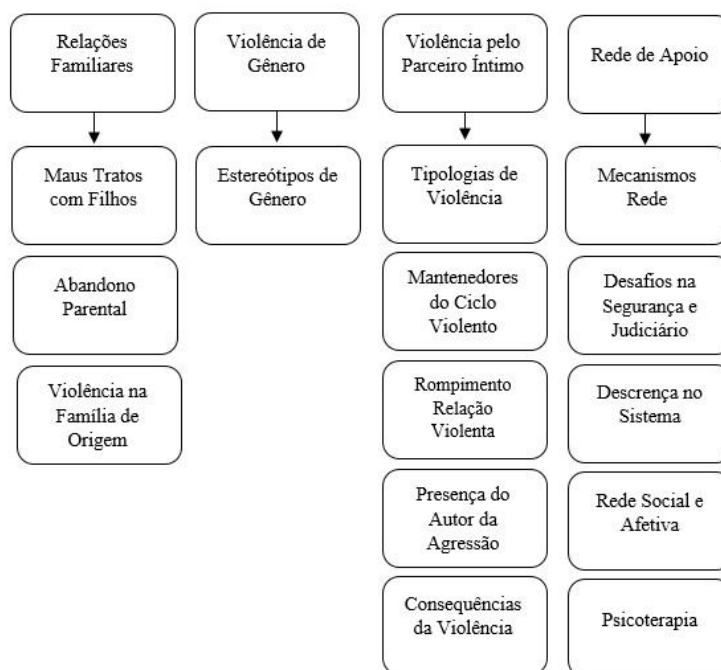


Figura 2. Fluxograma dos temas e subtemas presentes nos ciclos de mudança.

Todas as participantes obtiveram momentos-chave de sessão ao trabalhar situações vivenciadas na família de origem. Os conteúdos se referiam principalmente a situações de violência, sendo as participantes vitimadas ou tendo presenciando a relação violenta dos pais

"Nunca tive minha mãe como exemplo, não queria ela perto. Uma vez eu fui pra praia com amigos e eu não queria que a minha mãe fosse, porque eu sabia que ela ia beber na frente dos outros." (Simone)

"Os homens tentavam abrir a bragueta da calça da gente e daí eu botava a minha irmãzinha atrás e ficava na frente, porque eu era maior. Aí tu começa a te defender. Tu contar para a tua mãe uma situação que tu está passando e ela não acreditar... Fechar os olhos e lembrar aquela cena de noite... Se eu fizesse qualquer escândalo, acho que minha mãe dava em mim. Ia dizer que era eu que estava me ofertando." (Carolina)

"Eu cresci vendo meus pais discutirem. Eu dormia no quarto do lado e eu tapava a cabeça. Eles discutiam muito." (Anita)

Os relatos corroboram dados da literatura que trazem como recorrente a presença de maus-tratos na infância como risco para relacionamentos violentos na idade adulta (D'Oliveria et al, 2009, Martins-Borges, Girardi, & Lodetti, 2017). É possível, portanto, trabalhar na

reestruturação cognitiva sobre a percepção de culpa das pacientes pelas violências sofridas, bem como a imagem que têm de si mesmas que recorrentemente é desvalorizada por conta da série de violências que experienciaram.

O contexto familiar atua como agente de subjetivação de indivíduos, por meio de vivências e valores compartilhados que tendem a ser transmitidos para futuras gerações da família, como a configuração de papéis ou a forma de resolução de conflitos (Bowen, 1978; Falcke & Féres-Carneiro, 2011). Assim, as questões de gênero devem ser consideradas para a compreensão da violência transgeracional por parceiro íntimo, já que os valores estabelecidos culturalmente pela sociedade também permeiam o sistema familiar, moldando as dinâmicas das relações de seus membros, como os papéis atribuídos a mulheres e homens, por exemplo (Falcke, Rosa, & Madalena, 2012).

Apesar das situações vivenciadas favorecerem o risco para revitimização na idade adulta, existem fatores de proteção que podem auxiliar no rompimento da transgeracionalidade da violência. Isso pode acontecer por meio dos movimentos de separação e individuação da pessoa em relação à família de origem (Carter & McGoldrick, 2001), de modelos de cuidado saudáveis, rede de apoio fortalecida e do próprio uso da psicoterapia como recurso de mudança (Rosa & Falcke, 2011).

A partir da construção da linha do tempo para narrativa de eventos traumáticos, foi possível perceber que anteriormente ao início da psicoterapia, durante o período de avaliação psicológica, as pacientes possivelmente minimizaram as situações de violência vividas na família de origem. Dessa forma, o protocolo pode configurar-se como um dos primeiros momentos em que elas puderam efetivamente reconhecer as violências sofridas e suas consequências.

Subtemas relacionados aos filhos foram identificados ao longo da psicoterapia. O conteúdo sobre os filhos se manifestou de diferentes formas para as participantes.

"Se eu não tivesse uma filha esse cara nunca mais ia me ver, eu ia sumir do mapa. Mas tenho uma filha com ele." (Simone).

É comum que muitas mulheres ainda associem a manutenção do casamento e a presença do companheiro como fator importante para o desenvolvimento dos filhos e para a garantia de suas condições básicas de vida, mesmo sob a condição da relação violenta entre o casal. O casamento então se mantém por vezes pela percepção de compromisso com os filhos e seus cuidados (Dutra, Prates, Nakamura, & Villela, 2013).

"Ela voltou muito agressiva [da visita]." (Simone)

"Ele bateu nela quando ela tinha três anos em pleno dia dos pais, deu um remédio estragado há sete meses pra ela, botou ela na janela do 7º andar de um prédio, na minha frente. Foi aí que eu disse que ele não ia chegar mais perto dela, quem está autorizando isso é o judiciário." (Simone)

"Ele simplesmente saiu de casa e o filho morreu, nunca existiu. Ele andava dizendo pra todo mundo que os filhos dele tavam tudo no cemitério. Os filhos ouviram, aquilo machucou" (Carolina)

As mulheres atendidas demonstraram preocupação com a maneira que os ex-companheiros educam os filhos quando elas não estão presentes. O abandono parental, por outro lado, também foi desencadeador de preocupações das mulheres tanto por precisarem educar e sustentar financeiramente sozinhas seus filhos, quanto por temerem o impacto da rejeição dos pais sobre estes.

Nos relatos das participantes é possível perceber que apesar do aumento na participação das mulheres no trabalho fora de casa e dos pais nos cuidados com os filhos, estas responsabilidades não são percebidas de forma equivalente para mulheres e homens. Assim como identificado por Beccheri-Cortez e Souza (2013), durante ou após o relacionamento, mulheres acabam por ocupar o papel de principais cuidadoras dos filhos, sendo inclusive cobradas por isso, enquanto homens parecem exercer maior flexibilidade no que diz respeito ao seu papel de pai, de forma que suas responsabilidades não entrem em atrito com outras atividades de cunho profissional ou social.

Por vezes o comportamento violento não se restringia à parceira, podendo estender-se aos filhos, por isso algumas mulheres atendidas evidenciavam apreensão com as visitas do ex-parceiros aos filhos. Ademais, estes recorrentemente buscam prejudicar o pleno exercício da maternidade das mulheres, desqualificando-as como mães ou culpabilizando-as pela ruptura da família (Sani, 2008).

Por estes motivos, a presença de filhos na relação é percebida como fator de risco para a continuidade do relacionamento violento (Falcke, Oliveira, Rosa, & Bentancur, 2009; Silva et al., 2015). Por outro lado, algumas mulheres apontam que os filhos foram fundamentais para a decisão de sair do relacionamento ao perceberem os prejuízos e riscos que estes corriam (Sani, 2008). Cabe ao psicoterapeuta avaliar as situações de risco com os filhos, e se caso houver suspeita ou confirmação, realizar junto a paciente as devidas estratégias de proteção para a criança, bem como a comunicação aos órgãos responsáveis.

As reflexões sobre Violência de Gênero e suas diferentes manifestações se mostraram potentes ao longo de todo o protocolo de psicoterapia, evidenciando a necessidade de abordar as construções sociais de gênero para melhor compreensão das noções dominantes de relacionamento e família.

"Eu sempre fui criada assim, mulher que não tem marido, minha filha, é vadia."
(Carolina)

"Pros homens é muito cômodo, eles se separam da mulher e acham que se separam dos filhos e se separam das despesas, das responsabilidades." (Anita)

"Uma mulher se posiciona e é taxada de arrogante, louca e tal, mas o homem quando se posiciona da mesma forma, ele tem razão. O homem não tem as mesmas adjetivações ruins que a mulher recebe quando ela toma as mesmas atitudes."
(Simone)

"Eu percebo isso nas empresas que trabalhei, contratação de mulheres jovens, muita preocupação com gestação... Eu acho um absurdo isso, porque gravidez não é doença, né."(Anita)

As normativas sociais de gênero como fator que contribui para a permanência em relações violentas também é apontada pela literatura. Isso ocorre, por exemplo, por meio de discursos que reforçam a noção da mulher ideal enquanto “pura” e submissa ao marido (D’Oliveria et al., 2009). É imprescindível que o terapeuta esteja teoricamente apropriado sobre aspectos básicos relativos à violência de gênero, pois esta necessita ser abordada muitas vezes via reestruturação cognitiva com mulheres que vivenciaram violência, podendo auxiliar inclusive na regulação emocional das pacientes. Uma intervenção adequada abrange elementos que vão além do resgate e valorização de aspectos individuais da mulher, considerando o problema da violência contra a mulher não somente na esfera individual, mas também a partir das estruturas sociais que o perpassam. Este fenômeno solicita que a Psicologia Clínica reveja suas intervenções para essa população de forma que se realize uma clínica ampliada, que abarque processos sociais e práticas multidisciplinares, valorizando o trabalho psicossocial concomitantemente aos tratamentos com foco em sintomas (CFP, 2012).

No tema Violência pelo Parceiro Íntimo, foram identificados os seguintes subtemas: tipologias de violência; mantenedores do ciclo violento; rompimento do relacionamento violento; minimização da violência; consequências da violência e presença do autor da agressão.

"Tudo que eu pedia ele dizia "tu vai me dar [sexo]?" Era sempre assim, aquela moeda de troca." (Carolina)

"O que protelou foi esse jogo emocional que ele fez. Ele também se vitimava. "Eu preciso de ti, eu não sei o que eu faço sem você. Eu te amo Muitas vezes ele usava da chantagem. "Agora que eu to mal, tu vai me abandonar?" Ele fazia uma série de ameaças, eu ficava apavorada". (Anita)

"Uma vez, fui visitar ele e cheguei atrasada, ele pegou a moto e quase deu em mim com a moto e eu pensei "como ele me ama, coisa linda". Agora eu penso, tu machucar alguém é gostar?" (Carolina)

"Porque se eu não mentisse ele me agredia. Se ele quebrasse alguma coisa, e chegasse alguém eu tinha dizer que fui eu. Eu não poderia dizer que foi ele. Ele me

xingava, me esmurrava, me humilhava e eu tinha que fingir que estava tudo bem. Eu não deixava as pessoas saberem, pois ficava com vergonha." (Carolina)

Todas as violências tipificadas na Lei apareceram ao longo dos processos terapêuticos, mas as mais relatadas pelas participantes foram respectivamente: a psicológica, física e sexual. Esse resultado difere do encontrado em outros estudos (Ribeiro & Coutinho, 2011; Waiselfisz, 2015), que identificaram maior prevalência de violência física. Essa diferença pode ser explicada pelo ambiente de psicoterapia ser um espaço mais apropriado para identificar consequências da violência psicológica. A importância de reconhecer e trabalhar esta violência se dá por parecer ser inerente a qualquer relacionamento violento, havendo ou não a violência física (Lucena, Deininger, Coelho, Monteiro, Vianna, & Nascimento, 2016).

Os momentos de conscientização das violências e de saída do relacionamento também apareceram nos momentos-chave das sessões de psicoterapia e são entendidos como etapas de empoderamento, rompimento de paradigmas e padrões severos, possibilitando a instauração de mudanças de vida. O momento em que as mulheres reconhecem suas potencialidades e as manifestam por meio de comportamentos e tomadas de decisões é entendido como fundamental para o início da quebra do ciclo violento (Moraes & Rodrigues, 2016).

Expectativas de mudança do parceiro e atribuição do comportamento violento a patologias ou ao uso de substâncias comumente levam mulheres a permanecer em relações violentas, bem como o medo decorrente de ameaças e a vergonha em relatar a situação violenta (Dutra, Prates, Nakamura, & Villela, 2013). Mulheres acabam por incorporar a responsabilidade de resolver problemas do companheiro devido a construções culturais e familiares que as colocam no papel de cuidadoras que precisam se mostrar tolerantes às atitudes de seus parceiros. Igualmente, a banalização da violência por parceiro íntimo parece estar imbricada ao ciclo violento por meio da minimização de violências, tanto por parte da mulher quanto pelos agentes de segurança, os quais tendem a priorizar casos com risco iminente (Romagnoli, 2015), desconsiderando a progressão da violência nas relações íntimas.

É imprescindível para o tratamento desta população o trabalho relacionado às consequências físicas, emocionais e relacionais da violência. Tais conteúdos são evidenciados nos trechos a seguir.

"Eu tava assim só bebia e tomava remédio." (Carolina)

"Porque que eu me submetia aquelas coisas se eu também sou gente? Porque que fui me submeter aquilo? Isso que eu queria saber, onde é que eu errei? Eu me sinto fracassada!" (Carolina)

"Eu não sei quem eu sou. Eu acho que eu perdi um pouco da minha identidade." (Anita)

"Hoje eu jamais me envolveria com um cara que já me amasse no outro dia."
(Simone)

Os dados encontrados nas participantes vão ao encontro de achados da literatura que apontam o uso de substâncias (medicamentos e álcool) como recursos encontrados pelas mulheres para lidar com a situação violenta, o que comumente se transforma em fator de risco (D'Oliveria et al, 2009; Rodrigues, Machado, Santos, Santos, & Diniz, 2016). A sensação de perda de identidade, sentimentos de medo, culpa e vergonha também foram trabalhados com as pacientes. Sintomas característicos de trauma como hipervigilância e revivência também apareceram ao longo do protocolo, sendo alvo de intervenção na etapa de regulação emocional. Apesar das consequências adversas, as pacientes pareceram demonstrar maior conhecimento sobre indicadores de relações violentas, aumentando suas habilidades de avaliação de risco.

Em virtude das diferentes consequências oriundas da violência por parceiro íntimo, é imprescindível que o atendimento psicoterápico seja respaldado nas demandas singulares de cada mulher, considerando seu contexto de vida, sintomatologia apresentada e avaliação de situações de risco (Zamora, Curia, & Habigzang, no prelo). A TCC surge como recurso que pode atuar na diminuição de impactos negativos de âmbito cognitivo, comportamental e emocional (Vandenbos, 2010).

A presença do autor da agressão também apareceu como conteúdo importante a ser trabalhado. A presença podia ser percebida de forma simbólica, como processos judiciais ou consequências da violência, ou concreta, por meio de tentativas de aproximação e descumprimento de medidas protetivas.

"Me sinto muito impotente sabe? Não poder fazer o que toda mãe faz. Se fosse uma escola eu tirava, uma empregada eu demitia. Ele vai lá e movimenta o processo, pede alguma coisa. Então eu não posso fazer planos até de atividades da minha filha. Ele me ameaça através do processo, entendeu?" (Simone)

"Me irrita o fato de acordar pensando nele e muitas vezes dormir pensando pelas questões de segurança." (Anita)

"Ele foi lá na porta! Eu já tava com a medida! Batia as porta do carro pra me amedrontar, pra eu ver que ele tava quebrando o carro!" (Carolina)

Em relação ao contato com o ex, Simone sentia-se mais afetada quando este estava atrelado à sua filha. É necessário considerar que toda separação conjugal pode ser um processo difícil, que se agrava quando existem filhos frutos da relação, e que questões relativas à guarda e pensão alimentícia podem se tornar novos estressores após a separação. Em uma perspectiva ideal de parentalidade, seria importante que os genitores possuíssem uma convivência harmoniosa, o

que comumente não é viável dentro de uma relação com histórico de violência, por conta da revitimização (Kappaun, 2018).

No que se refere aos mecanismos da Lei, como processos judiciais e medidas protetivas de urgência, considera-se que a alta demanda das instituições que compõem a rede de proteção contribui para a morosidade de processos judiciais e de sanções relacionadas ao descumprimento de medidas. A saída da relação violenta só é concretizada quando a mulher se sente protegida em relação ao agressor e, para tal, o Estado precisa assegurar sua proteção por meio do cumprimento integral da Lei (Meneghel, Mueller, Collaziol, & Quadros, 2013). O medo e a sensação de impotência são congruentes com os anos de ameaças vivenciados, portanto, pelos relatos das participantes fica nítido que sair da relação violenta é um processo que se estende para além da concretude da separação conjugal, o que pode ocasionar a sensação de permanência de vínculo com o agressor.

A Rede de Apoio foi tema significativo para todas as participantes, dividindo-se em cinco subtemas: desafios no judiciário e segurança pública, descrença no sistema, recursos da Rede de enfrentamento, rede social e afetiva e psicoterapia.

"O juiz me trata muito mal na audiência, menospreza minhas falas. E quando me ouve, não tá muito interessado." (Simone)

"Eu tenho que me prender em outro lugar, em outro endereço, pra ele não se aproximar, porque a justiça não consegue." (Anita)

"Em alguns BOs que eu fiz, é sutilmente me perguntando se eu não provoqueei aquilo." (Anita)

"Eu ouço isso toda vez que eu vou na Delegacia da Mulher. Todas as outras mulheres tem o mesmo discurso: ele continua me perturbando, eu tenho medida protetiva e nada é feito, eu vou ter que matar pra resolver, ou eu vou ter que ser morta pra resolver. Então a gente percebe que é tudo muito lento." (Anita)

Avanços importantes já foram conquistados no combate à violência contra a mulher (Dutra, Prates, Nakamura, & Villela, 2013) contudo, mulheres ainda encontram desafios na rota enfrentamento para superação da violência, inclusive nos serviços especializados, como juizados e delegacias. O número de DEAMs existentes ainda se mostra insuficiente para a alta demanda e é recorrentemente citada a falta de preparo de alguns profissionais, que por vezes desconsideram ou desconhecem aspectos inerentes ao ciclo da violência ou marcadores de gênero, o que fica evidente em julgamentos atribuídos à mulher que busca o serviço. Tal dado evidencia a necessidade de formação sobre gênero para profissionais que trabalham nos serviços especializados (Meneghel et al., 2011). Os agentes de segurança pública também por vezes podem

desconsiderar elementos psicossociais dos casos atendidos, o que pode resultar em um atendimento distanciado e não humanizado, podendo revitimizar a mulher dentro da própria rede.

No judiciário também são percebidos desafios que influenciam no processo de saída do relacionamento, como a rotatividade de defensores e o curto tempo das audiências. Por vezes, operadores do direito podem coagir mulheres a uma tomada de decisão que não seja protetiva (Meneghel et al., 2013). Ademais, por conta de casos de impunibilidade, algumas mulheres ainda demonstram insegurança em relação aos serviços de proteção. Evidencia-se com isso, a necessidade de educação continuada desses profissionais e investimento por parte do Estado para que as políticas públicas para mulheres sigam se desenvolvendo e se aprimorando. O descrédito em relação aos mecanismos de proteção também desestimula mulheres a seguir a rota de enfrentamento. Tal descrédito comumente é resultado de experiências negativas próprias ou de outras pessoas (Romagnoli, 2015).

Apesar de lacunas existentes na rede de enfrentamento no relato das participantes, evidencia-se que todas estavam minimamente cientes de seus direitos e buscaram utilizá-los, por meio da realização de boletins de ocorrência e pedidos de renovação de medida. Esses dados vão ao encontro de pesquisas de opinião realizadas a nível nacional que apontam que a população brasileira se apropriou de aspectos básicos da Lei Maria da Penha devido a sua alta disseminação. Mesmo com dúvidas e restrições, mulheres têm buscado utilizar seus mecanismos. Sendo assim, os recursos de enfrentamento à violência precisam ser constantemente avaliados para aprimoramento de políticas públicas vigentes (Meneghel et al, 2013).

No que se refere a rede social e afetiva, as participantes Simone e Carolina se mostraram mais fragilizadas, enquanto a participante Anita possuía a rede mais fortalecida. Carolina apresentava maiores dificuldades econômicas e sentia-se principalmente desamparada pela assistência social, enquanto a participante Simone sentiu-se recriminada por pessoas de seu convívio.

"A grande maioria ficou do lado dele, acho que se teve cinco pessoas do meu lado foi muito, entendeu. E não sabiam de nada, simplesmente ficaram do lado dele porque ele é mais convincente, porque ele usou a filha pra dizer que eu tava fazendo isso pra ele" (Simone)

"E quando, há dez anos atrás, era pra eu ter me separado, a mãe falou bem assim: "O que que as pessoas vão dizer de uma mulher criando os filhos sozinha?"
(Carolina)

"Se eu tivesse um apoio, mais recurso, mais assistente social no lugar, nos bairro onde a gente mora, alguma coisa que a pessoa pudesse procurar, tu entendeu?"
(Carolina)

Possuir uma rede de apoio fortalecida é um importante elemento para a saída de relacionamentos violentos (Dutra, Prates, Nakamura, & Villela, 2013; Maia, 2012). Porém, diversos estudos da literatura identificam que a família e amigos podem tanto servir como fator protetivo quanto de risco, uma vez que são frequentes posturas ambivalentes e permeadas por concepções conservadoras de gênero e ideal de família.

No caso das participantes Simone e Carolina, suas redes afetivas não se mostraram ou demoraram a se mostrar compreensivas com as situações de violência que elas vivenciaram, o que protelou a saída do relacionamento. O relato de Carolina sobre sentir-se desamparada pela assistência social aponta um dado importante, visto que das três participantes, ela era quem possuía menor condição financeira, o que indica que a rede de apoio necessária para o rompimento se configura de forma diferente de acordo com os marcadores sociais de cada mulher. Esses dados vão ao encontro dos resultados encontrados por Carmo e Moura (2010), que identificaram que a mulher precisa de auxílio institucional para romper com a violência. O terapeuta deve investigar como se configura a rede de apoio social e afetiva da mulher, buscando incentivá-la a acessar a rede quando esta se mostrar protetiva.

Por fim, abordar em sessão a própria psicoterapia mostrou-se desencadeador de ciclos de mudança.

"Eu quero dizer que a minha vida seguiu. Eu acho que já consigo viver sem pensar." (Carolina)

"Me lembro perfeitamente quando eu cheguei aqui. Uma pessoa cheia de mágoas, de rancor, de vários sentimentos negativos que eu tive a oportunidade de avaliar e de entender com aquele relatório que você me deu sobre as reações, cada sentimento, enfim... E quanto tempo eu levei pra entender que eu não tinha culpa nenhuma. Então, eu saio uma pessoa fortalecida e com auto conhecimento sobre várias questões. (Anita)

"Eu tô muito feliz com esse trabalho. E muito agradecida por toda a colaboração. Eu que tenho que agradecer por tudo o que a gente construiu juntas e pelo resultado que, a mim, me parece muito positivo. Tu passou esse trabalho, essa confiança e também essa seriedade, e me permitiu sentir muito a vontade." (Anita)

O protocolo de psicoterapia pareceu representar um passo importante no processo de superação da relação violenta, de modo que os ciclos de mudança também apareceram quando a dupla identificava verbalmente os progressos terapêuticos atingidos. Os resultados encontrados pelo TCM em relação à psicoterapia são reforçados pela Análise Temática quando constatado que Simone foi a participante que apresentou menor quantidade de ciclos de mudança ao longo de

todo o protocolo e na etapa final, ao passo que também foi a participante com menos verbalizações relativas ao progresso terapêutico e a que se mostrou mais resistente ao término da psicoterapia.

Nas falas das participantes também fica evidente o bom vínculo estabelecido com as terapeutas. Esses resultados encontrados corroboram os dados de Petersen (2017), que por meio do Working Alliance Inventory (WAI-O) e do Psychotherapy Process Q-Set (PQS) apontaram o comprometimento das pacientes com a psicoterapia e a boa aliança terapêutica estabelecida neste protocolo. Estabelecer um vínculo seguro e uma boa aliança atua como preditor de desfechos clínicos positivos em psicoterapia (Byrd et al., 2010; Oliveira & Benetti, 2015). Tal perspectiva também se alinha a ideia de empirismo colaborativo da TCC.

O papel da psicoterapia com essa população consiste no trabalho com foco no resgate da autoestima e autonomia da mulher, bem como a construção de estratégias que aumentem sua qualidade de vida. Por meio disso, potencializam-se as possibilidades de relações saudáveis com seu meio. Para tal, a psicoterapia precisa ser um espaço de reflexão sobre os elementos constituintes de sua identidade afim de que a mulher possa ser agente de suas próprias experiências (Aguiar & Rosa, 2016).

Considerações Finais

A partir da análise dos ciclos de mudança, o estudo apontou evidências iniciais de que o protocolo promove mudanças terapêuticas significativas. Ainda, o protocolo mostrou-se potente para o tratamento de mulheres de diferentes classes econômicas, escolaridade, faixa etária e com diferentes experiências de violência por parceiro íntimo, desde que já estejam afastadas do autor da agressão. O protocolo também apresentou bom desencadeamento entre as sessões e evidenciou temas potencialmente relacionados ao progresso terapêutico, bem como as técnicas pertinentes no trabalho com essa população.

Como limitação, identifica-se a faixa etária homogênea das participantes que pode ter relação com os temas encontrados, de modo que seria relevante um estudo com mulheres adultas jovens. Este protocolo também necessita de pesquisas de impacto para somar aos resultados encontrados neste estudo. Todavia, estudos de processo como este, possibilitam maior compreensão de técnicas e temas relevantes que precisam ser abordados com mulheres com histórico de violência por parceiro íntimo. É fundamental que as psicoterapias para essa população sejam baseadas em evidências científicas e que a prática clínica esteja comprometida com os processos sociais de subjetivação de mulheres e homens que atuam na manutenção e rompimento de relações violentas.

Referências

Aguiar, G.A., & Roso, P. L. (2016). O Empoderamento de Mulheres Vítimas de Violência Através do Serviço de Acolhimento Psicológico: caminhos possíveis. XIII Seminário Internacional Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade

- Contemporânea – Mostra Internacional de Trabalho Científicos. Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. Recuperado de <http://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/sidspp/article/view/15876/3773>
- Bass, J., Annan, J., Murray, S., Kaysen, D., Griffiths, S., Cetinoglu, T., Watcher, K., Murray, L., & Bolton, P. (2014). Controlled trial of psychotherapy for congolese survivors of sexual violence. *The New England Journal of Medicine*, 368(26), 2182-2191. doi: 10.1056/NEJMoa1211853
- Beccheri-Cortez, M., & de Souza, L. (2013). Mulheres de classe média, relações de gênero e violência conjugal: um estudo exploratório. *Gerencia Y Políticas De Salud*, 12(24). Recuperado a partir de <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/6091>
- Beck, J. S. (1997). *Terapia Cognitiva: Teoria e Prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Brasil. (2011). Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Pacto nacional pelo enfrentamento à violência contra as mulheres*. Recuperado de <http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/pacto-nacional>
- Brasil. (2011). *Rede de enfrentamento à violência contra as mulheres*. Recuperado de: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/rede-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres>.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. Recuperado de: http://eprints.uwe.ac.uk/11735/2/thematic_analysis_revised_-_final.pdf.
- Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. Nova York: Jason Aronson.
- Byrd, K. R., Patterson, C. L., & Turchik, J. A. (2010). Working alliance as a mediator of client attachment dimensions and psychotherapy outcome. *Psychotherapy*, 47(4), 631-636. doi: 10.1037/a0022080.
- Camargo, J., Kluwe-Schiavon, B., Sanvicente-Vieira, B., Levandowski, M. L., & Grassi-Oliveira, R. (2013). Brazilian version of the structured interview for disorders of extreme stress – revised (SIDES-R): Adaptation and validation process. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 35(4), 292-298. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/2237-6089-2013-0027>
- Carmo, P. C. C. S., & Moura, F. G. A. (2010). Violência doméstica: a difícil decisão de romper ou não com esse ciclo. 9º Fazendo Gênero. Recuperado de: http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278278656_ARQUIVO_VIOLENCIADOMESTICAADIFICILDECISAODEROMPEROUNAOCOMESSECICLO.pdf.
- Carter, B., & McGoldrick, M. (2001). *As mudanças no ciclo de vida familiar: Uma estrutura para a terapia familiar* (2ª ed., A.V. Veronese, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989).
- Cassel, P. A., Sanchez, L. F., Campezzatto, P. M., & Nunes, M. L. T. (2015). Processo psicoterapêutico: compreensão de momentos de mudança psicológica em uma sessão de psicoterapia psicanalítica. *Contextos Clínicos*, 8(1), 27-37. doi: 4013/ctc.2015.81.03

- Cassel, P. A., Sanchez, L. F., Campezzatto, P. M., Khater, E., Nunes, M. L. T., & Yoshida, E. (2015). Therapeutic Cycles Model (TCM): instrumento de avaliação do processo psicoterapêutico. *Psico-USF*, 20(1), 39-50. doi: 10.1590/1413-82712015200104
- Conselho Federal de Psicologia. (2012). *Referências técnicas para a atuação de psicólogas(os) em programas de atenção à mulher em situação de violência*. Brasília: CFP.
- Cort, N., Cerulli, C., Poleshuck, E., Bellenger, K., Xia, Y., Tu, X. Mazzotta, C & Talbot, N. (2014). Interpersonal psychotherapy for depressed women with Histories of intimate partner violence, *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 6(6), 700-707. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1037/a0037361>
- Cunha, J. A. (2001) *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Dutra, M. L., Prates, P. L., Nakamura, E., & Villela, W. V. (2013). A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(5), 1293-1304. doi: 10.1590/S1413-81232013000500014.
- Falcke, D., Rosa, L. W., & Madalena, M. (2012). Violência familiar: Rompendo o ciclo transgeracional e seguindo em frente. In M. N. Baptista & M. L. M. Teodoro (Orgs.), *Psicologia de família – Teoria, avaliação e intervenção* (pp. 127-136). Porto Alegre: Artmed.
- Falcke, D., & Féres-Carneiro, T. (2011). Reflexões sobre a violência conjugal – Diferentes contextos, múltiplas expressões. In A. Wagner (Org.), *Desafios psicossociais da família contemporânea – Pesquisas e reflexões* (pp. 72-85). Porto Alegre: Artmed.
- Falcke, D., Oliveira, D., Rosa, L & Bentancur, M (2009) Violência conjugal: um fenômeno interacional. *Contextos Clínicos*, 2(2), 81-90. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198334822009000200002&lng=pt&tlng=pt
- Grassi-Oliveira, R., Stein, L. M., & Pezzi, J. C. (2006). Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire. *Revista de Saúde Pública*, 40(2), 249-55. Retrieved From: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167704712010000300017&lng=pt&tlng=pt.
- Iverson, K., Gradus, J., Resick, P & Smith, K. (2011). Cognitive-behavioral therapy for PTSD and depression symptoms reduces risk for future intimate partner violence among interpersonal trauma survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(22), 193–202. doi: 10.1037/a0022512
- Iverson, K., Resick, P., & Suvak, M. (2011). Intimate partner violence exposure predicts PTSD treatment engagement and outcome in cognitive processing therapy. *Behavior Therapy*, 42, 236-248. Recuperado de: www.sciencedirect.com.
- Johnson, D. M, Zlotnick, C., & Perez, S. (2011). Cognitive behavioral treatment of PTSD in residents of battered women's shelters: results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(4), 542-551. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21787052>

- Kappaun, Aneline. (2018). O enfrentamento da violência de gênero: análise do poder coercitivo de proteção à mulher que tipificou o crime de descumprimento de medida protetiva de urgência. Seminário Internacional em Direitos Humanos e Sociedade.
- Khater, E. Peixoto, E. M., Honda, G. C., Enéas, M. L., & Yoshida, E. M. P. (2014). Momentos-chave e natureza das intervenções do terapeuta em psicoterapia breve psicodinâmica. *Psico-USF*, 19(2), 233-242. doi: 10.1590/1413-82712014019002010
- Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006. Dispõe sobre os mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. (2006). Brasil. Recuperado de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm.
- Lima, G. Q. (2010). *História de vida e escolha conjugal em mulheres que sofrem violência doméstica*. Dissertação de Metrado - Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Lo Verde, R., Sarracino, D., & Vigorelli, M. (2012). Therapeutic cycles and referential activity in the analysis of the therapeutic process. *Research in Psychotherapy: psychopathology, process and outcome*, 15(1), 22-31. doi: 10.7411/RP.2012.003.
- Lucena, K. D. T., Deininger, L. de S. C., Coelho, H. F. C., Monteiro, A. C. C., Vianna, R. P. de T., & Nascimento, J. A. (2016). Análise do ciclo da violência doméstica contra a mulher. *Journal of Human Growth and Development*, 26(2), 139-146. doi: 10.7322/jhgd.119238.
- Matud, M.P., Fortes, D., & Medina, L. (2014). Eficacia de un programa de tratamiento psicológico individual para mujeres maltratadas por su pareja. *Psichosocial Intervention*, 23, 199-207. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1798/179832689005.pdf>
- Meneghel, S. N., Mueller, B., Collaziol, M. E., & Quadros, M. M.. (2013). Repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento da violência de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(3), 691-700. Doi 10.1590/S1413-81232013000300015.
- Mergenthaler, E. (1996a). Text analysis and computers. Germany: Mannheim, ZUMA. ISBN 3-924220-11-5.
- Mergenthaler, E. (1996b). Emotion- abstraction patterns in verbatim protocols: A new way of describing psychotherapeutic processes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 306-315. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8991317>.
- Mergenthaler, E. (2008). Resonating minds: A school-independent theoretical conception and its empirical application to psychotherapeutic processes. *Psychotherapy Research*, 18(2), 109-126. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18815969>.
- Miller, L., Howell, K., & Graham-Berhamm, S. (2014). The effect of an evidence-based intervention on women's exposure to intimate partner violence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84(4), 321-328. doi: 10.1037/h0099840.

- Morais, M. O., & Rodrigues, T. F. (2016). Empoderamento feminino como rompimento do ciclo de violência doméstica. *Revista de Ciências Humanas*, 16(1), 89-103. Recuperado de: <http://www.cch.ufv.br/revista/pdfs/vol16/artigo6dvol16-1.pdf>.
- Oliveira, N.H., & Benetti, S. (2015). Aliança terapêutica: estabelecimento, manutenção e rupturas da relação. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 67(3), 125-138. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180952672015000300010&lng=pt&tlng=pt
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2014). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*. Recuperado de: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/>
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2013). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Recuperado de: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en>.
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2010). *Prevenção da violência sexual e da violência contra o parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44350/3/9789275716359_por.pdf
- Petersen, M. G. F. (2017). *Avaliação de processo de protocolo de psicoterapia para mulheres com histórico de violência conjugal*. (Dissertação de mestrado). Programa de Pós-graduação em Psicologia, Escola de Humanidades, PUCRS, Porto Alegre.
- Petersen, M. G. F., Zamora, J. C., Fermann, I. L., Crestani, P. L., & Habigzang, L. F. (no prelo). Psicoterapia cognitivo comportamental para mulheres em situação de violência doméstica: revisão sistemática.
- Peuker, A. N., Habigzang, L. F., Koller, S. H., & Araujo, L. B. (2009). Avaliação de processo e resultado em psicoterapias: uma revisão. *Psicologia em Estudo*, 14(3), 439-445. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722009000300004.
- Ribeiro, C. G., & Coutinho, M. P. L. (2011). Representações sociais de mulheres vítimas de violência doméstica na cidade de João Pessoa-PB. *Revista Psicologia e Saúde*, 3(1). Recuperado de <http://www.gpec.ucdb.br/pssa/index.php/pssa/article/view/81>
- Rodrigues, V. P., Machado, J. C., Santos, W. S., Santos, M. S., & Diniz, N. F. (2016). Violência de gênero: representações sociais de familiares. *Texto & Contexto Enfermagem*, 25 (4), 1-10. 10.1590/0104-07072016002770015.
- Romagnoli, R. C.. (2015). Várias Marias: efeitos da Lei Maria da Penha nas delegacias. *Fractal: Revista de Psicologia*, 27(2), 114-122. doi: 10.1590/1984-0292/1038.
- Rosa, L. W., & Falcke, D. (2011, Novembro). Rompendo o ciclo de violência doméstica. *Anais do III Congresso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en*

Psicología XVIII. Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, pp. 218-222.

- Sani, A. (2008). Mulher e mãe no contexto de violência doméstica. *Ex aequo*, (18), 123-133. Recuperado de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S087455602008000200007&lng=pt&tlng=pt.
- Sassaroli, S., Brambilla, R., Cislighi, E., Colombo, R., Centorame, F., Favaretto, E., Fiore, F., Veronese, G., & Ruggiero, G. (2014). Emotion-abstraction patterns and cognitive interventions in a single case of standard cognitive-behavioral therapy. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 17(2), 65-72. doi: 10.7411/RP.2014.020.
- Serralta, F.B.; Nunes, M.L.T.; Eizirik, C.L. (2007). Elaboração da versão em português do Psychotherapy Process Q-Set. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29(1):44-55. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082007000100011>
- Scharaiber, L. B. & D'Oliveira, A. N. P. L. (2000). *Estudo multi-países sobre saúde da mulher e violência doméstica (WHO – VAW Multycountry Study)*. São Paulo, FMUSP/Medicina Preventiva. Recuperado de: <http://www.scielo.br/scieloOrg/php/reflinks.php?refpid=S00348910200200040001300015&lng=en&pid=S0034-89102002000400013>
- Silva, E., Valongueiro, S., Araújo, T., Lurdemir, A. (2015). Incidência e fatores de risco para violência por parceiro íntimo no período pós-parto. *Revista de Saúde Pública*, 49(1), 1-9. doi: 10.1590/S0034-8910.2015049005432
- Trevillion, K., Oram, S., Feder, G., & Howard, L.M. (2012). Experiences of domestic violence and mental disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal Plos* 10(5), e51740. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0051740>
- Vandenbos, G. R. (Org.). (2010). *Dicionário de psicologia da APA*. Porto Alegre: Artmed.
- Vizziello, G. M. F., De Palo, F., & De Gregorio, A. (2011). Evolution of a child's group-therapy through the Therapeutic Cycle Model. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2. Recuperado de: <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/ojs/index.php/rpc/article/view/184>.
- Von Mengden Campezzatto, P., Serralta, F. B., & Habigzang, L. F. (2017). Fatores Envolvidos na Interrupção de uma Psicoterapia Psicanalítica com uma Paciente Borderline: um estudo de caso sistemático. *Ciencias Psicológicas*, 11(1), 7-17. <https://dx.doi.org/10.22235/cp.v11i2.1342>
- Waiselfisz, J. J. (2015). *Mapa da Violência: Homicídio de Mulheres no Brasil*. Recuperado de: <http://www.mapadaviolencia.org.br/>.
- Yoshida, E. M. P. (2008). *Modelo dos ciclos terapêuticos: Dicionários em português e estudos de validade*. (Projeto de Pesquisa). Campinas: Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Manuscrito.

- Yoshida, E. M. P., & Mergenthaler, E. (2011). Coincidência de conexão do tom emocional com abstração e o resultado psicoterapêutico. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 28(1), 35-43. doi:10.1590/S0103-166X2011000100004
- Zamora, J. C., Curia, B. G., & Habigzang, L. F. (no prelo). Avaliação Psicológica no Contexto Clínico para Mulheres com Histórico de Violência por Parceiro Íntimo. In. Borsa, J. C. *Avaliação Psicológica com indivíduos em condição de vulnerabilidade psicossocial*. Porto Alegre, Editora Vetor.

6 ANEXOS

6.1 ANEXO A – Questionário de Dados Sociodemográficos e Histórico de Situações de Violência

Nome:	Idade:	Data de Nascimento:
Local de Nascimento:	Local da entrevista:	Data:

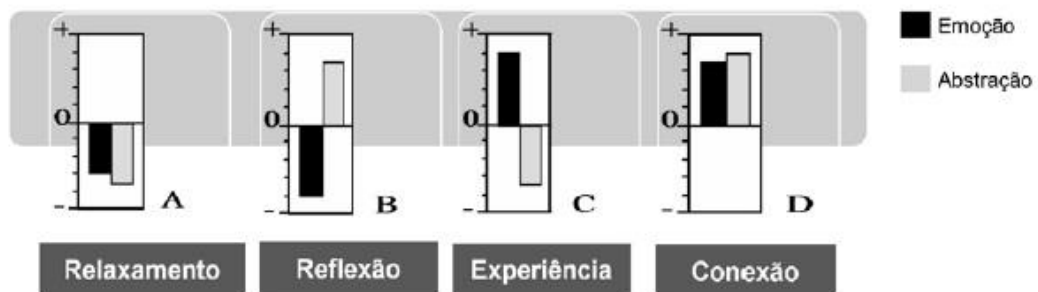
1. Estado Civil () Casado ou união estável () Solteiro () Viúvo () Separado () Divorciado () Outro: _____ 2. Idade do companheiro atual: _____ 3. Estão juntos há quanto tempo? _____ 4. Teve outro(s) companheiro(s)? _____ 5. Você pratica alguma religião? () Sim () Não 6. Escolaridade:	9. Mora com alguém? (marcar mais de uma opção, caso seja necessário) () Pais () Mãe () Pai () Madrasta/padrasto () Irmãos Quantos irmãos? _____ () Filho(a) () Avós () Amigo(a) () Sozinho () Esposo(a) ou Companheiro(a) Há quanto tempo? _____ () Instituição () Outro: _____ 10. Sua residência é: () Própria () Alugada () De familiar () Instituição 11. Desde quando vive em seu domicílio atual? () Menos de 5 anos () Entre 5 e 10 anos () Mais de 10 anos	19. Renda familiar: _____ 20. Você tem algum problema de saúde (doença física)? () Sim () Não 21. Já fez/faz tratamento psicológico e/ou médico? () Sim () Não Qual (is)? _____ _____ Há quanto tempo? _____ _____ Frequência: _____ _____ 22. Utiliza alguma medicação? () Sim () Não Qual(is)? _____ _____ _____
--	--	--

() Ensino fundamental () Ensino fundamental incompleto () Ensino médio () Ensino médio incompleto () Ensino superior () Ensino superior incompleto 7. Escolaridade do atual companheiro: () Ensino fundamental () Ensino fundamental incompleto () Ensino médio () Ensino médio incompleto () Ensino superior () Ensino superior incompleto 8. Tem filhos? () Sim () Não Quantos? _____ Idade(s): _____ Do atual companheiro? _____ 25. Alguém de sua família possui algum problema de saúde? () Sim () Não Qual(is)? _____	12. Você trabalha? () Sim () Não 13. Se trabalha, qual a atividade que você exerce? (especifique a função): _____ 14. Há quanto tempo? _____ 15. Seu companheiro tem alguma ocupação? () Sim () Não 16. Se trabalha, qual a atividade que ele exerce? (especifique a função): _____ 17. Há quanto tempo? _____ 18. A renda de sua família provém de: () Pensão () Salário () Ajuda de terceiros () Aposentadoria () Outro: _____ 30. Costuma beber ou usar drogas? () Não () Nunca fumou () Parou há mais de 1 ano () Parou há menos de 1 ano () Sim Quais? _____ _____	23. De um mês para cá, você tem deixado de realizar alguma atividade por motivos de saúde? () Sim () Não 24. Alguém em sua família fez/faz tratamento médico e/ou tratamento psicológico? () Sim () Não Quem? _____ _____ Motivo: _____ _____ Há quanto tempo? _____ _____
---	--	--

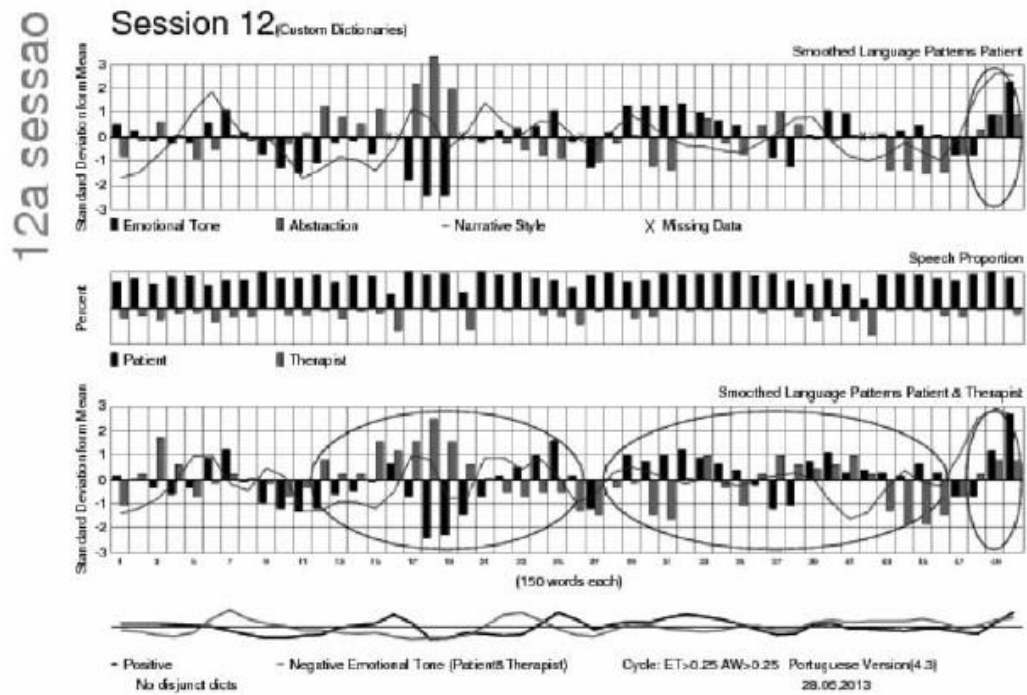
_____ _____ _____ Quem? _____ _____ _____	() Finais de semana/festas Outro: _____ _____	
26. Alguém de sua família possui alguma doença mental? () Sim () Não Qual(is)? _____ _____ _____	31. Seu companheiro costuma beber ou usar drogas? () Não () Nunca fumou () Parou há mais de 1 ano () Parou há menos de 1 ano () Sim Quais? _____ _____	
Quem? _____ _____ _____ 27. Existe história de violência doméstica em sua família? () Sim () Não Quem? _____ _____ _____	() Finais de semana/festas Outro: _____ _____	
Há quanto tempo? _____ 28. Existe histórico de suicídio em sua família? () Sim () Não Quem? _____ _____ _____		

Há quanto tempo?		
29. É fumante? () Não () Nunca fumou () Parou há mais de 1 ano () Parou há menos de 1 ano () Sim () Finais de semana/festas		

6.2 ANEXO B – Padrões de Comunicação



6.3 ANEXO C – Exemplo de Gráfico Indicando Ciclo de Mudança



6.4 ANEXO D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

AValiação de Processo de Protocolo de Psicoterapia para MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA CONJUGAL

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “Avaliação de Processo de Protocolo de Psicoterapia para Mulheres em Situação de Violência Conjugal”, coordenada pelo(a) pesquisador(a) Prof(a). Dr(a). Luísa Fernanda Habigzang, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS, que tem por objetivo desenvolver um tratamento psicoterápico para mulheres que tenham experienciado situações de violência conjugal. Para tanto é necessário que você participe de uma avaliação inicial em que serão avaliados sintomas de ansiedade, depressão, estresse e histórico de maus tratos. Depois, você será encaminhada para um atendimento psicoterápico, com duração aproximada de dezesseis semanas. Por fim, você será novamente avaliada em relação aos sintomas de ansiedade e depressão e estresse. Sua participação total terá duração aproximada de seis meses.

A participação nesse estudo é voluntária, e se você decidir não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo. Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificá-lo(a). O maior desconforto para você poderá ser a filmagem das sessões de psicoterapia, que serão necessárias para análise. Além disso, você poderá ter lembranças desconfortáveis no processo de psicoterapia. O benefício será que você terá um atendimento disponibilizado por profissionais especializados e experientes.

Eu,..... (participante ou responsável)
fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Recebi informações a respeito da pesquisa e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participação se assim eu o desejar.

Quaisquer dúvida relativas a esta pesquisa poderão ser esclarecidas pelo(a) pesquisador(a) responsável Dra. Luísa Fernanda Habigzang, fone 9124-2847, ou pela entidade responsável, o Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, localizado no Hospital São Lucas da PUCRS, na Av. Ipiranga 6690, Prédio 60, Sala 314, Porto Alegre /RS, Brasil, CEP: 90610-900, Fone/Fax: (51) 3320.3345. E-mail: cep@pucrs.br. Horário de atendimento: De segunda a sexta-feira das 8h às 12h horas e das 13h30min às 17h.

Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

_____	_____	_____
Assinatura do Participante	Nome	Data
_____	_____	_____
Assinatura do Participante	Nome	Data