

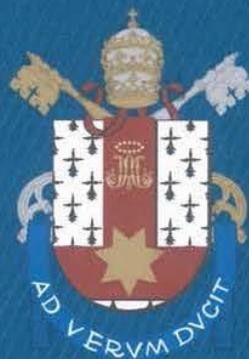
**ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA**

MARIANA GOMES FERREIRA PETERSEN

**AVALIAÇÃO DE PROCESSO DE PROTOCOLO DE PSICOTERAPIA PARA
MULHERES COM HISTÓRICO DE VIOLÊNCIA CONJUGAL**

**Porto Alegre
2017**

PÓS-GRADUAÇÃO - *STRICTO SENSU*



**Pontifícia Universidade Católica
do Rio Grande do Sul**

ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

MARIANA GOMES FERREIRA PETERSEN

**AVALIAÇÃO DE PROCESSO DE PROTOCOLO DE PSICOTERAPIA PARA
MULHERES COM HISTÓRICO DE VIOLÊNCIA CONJUGAL**

Prof. Dra. Luísa Fernanda Habigzang

Orientadora

Porto Alegre

2017

ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

MARIANA GOMES FERREIRA PETERSEN

**AVALIAÇÃO DE PROCESSO DE PROTOCOLO DE PSICOTERAPIA PARA
MULHERES COM HISTÓRICO DE VIOLÊNCIA CONJUGAL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

Profa. Dra. Luísa Fernanda Habigzang

Orientadora

Porto Alegre

Novembro, 2017

Aos meus pais, Titina e Artur.

AGRADECIMENTOS

Muitas pessoas foram fundamentais para que essa pesquisa de mestrado se tornasse possível. Conciliar a prática clínica com a vida acadêmica é um desafio que às vezes se torna árduo, mas com certeza é muito gratificante. Ao longo desta trajetória alguns colegas, amigos e familiares se destacaram como figuras de apoio e de importante ajuda para mim, e, portanto, estes agradecimentos são destinados a eles.

Inicialmente agradeço aos meus pais, Maria Cristina e Artur, a quem dedico esta dissertação. Obrigada por sempre me incentivarem e me fornecerem total condição de seguir meu sonho de ser psicóloga. Vocês são minha rede de apoio e minha segurança na vida. Agradeço também ao meu irmão Ramiro, pelas longas conversas e pela paciência em me ajudar nos momentos de estresse ao longo desta trajetória. Tua mão amiga e tuas palavras me deram força e me ajudaram a seguir firme em busca dos meus objetivos. À minha irmã, Cristiana, por ser meu modelo de pessoa desde que me entendo por gente e, principalmente, por ter influência direta na minha decisão de fazer o mestrado. És meu exemplo de garra e determinação. À minha prima, Amanda, pela compreensão, pelo incentivo e pela amizade de sempre. Aos meus tios e primos e aos meus avós, Milinda e Sérgio, Ari (*in memmorian*) e Magda, por todo carinho.

Agradeço à algumas amigas: Patrícia Godoy, Caroline Bellini, Mariana Córdova, Laura La Porta, Luíza Sanseverino, Luisa Moreira, Ariane Heineck, Julia Klarmann e Marina Pante. Obrigada por sempre estarem ao meu lado tornando tudo mais leve e fluído. Como costumamos dizer: quem tem amigos, tem tudo. Às minhas amigas Camila Bona e Ilana Fermann, cuja amizade surgiu no GPeVVIC, agradeço pela parceria e pelo carinho que, certamente, me ajudaram muito ao longo dessa jornada.

Agradeço à minha orientadora, Luísa Fernanda Habigzang. Tua presença e orientação constantes ao longo deste trabalho foram absolutamente fundamentais para chegarmos onde chegamos. Obrigada por ser a minha porta de entrada no mundo da pesquisa, por me ensinar tudo o que sei hoje sobre como conduzir um estudo de forma ética e sobre como produzir ciência de qualidade. Em nenhum momento ao longo desta caminhada me senti desorientada. Este lindo estudo é fruto da nossa parceria e da sincronia de nosso trabalho juntas!

Agradeço à professora Fernanda Serralta pelos treinamentos dos instrumentos de avaliação e pela parceria nesta pesquisa. À Paula Campezzatto pelas orientações e por ser um modelo de profissional para mim.

Agradeço à minha equipe de pesquisa: Júlia Zamora, Beatriz Curia, Rodrigo Machado, Isadora Ligório e Victoria Gonçalves. Sem vocês, nada disso teria acontecido. Obrigada pelos (divertidos) encontros e discussões, por me ajudarem a rir nos momentos difíceis e por mergulharem de cabeça nessa pesquisa junto comigo. Além de colegas, nos tornamos amigos ao longo desta caminhada. Juntos, vamos mais longe. Contem comigo sempre!

Agradeço aos meus pacientes do consultório por despertarem e alimentarem em mim uma verdadeira paixão pela psicologia clínica. Às pacientes que participaram deste estudo, agradeço a confiança. Obrigada pelas longas e profundas conversas, pelos encontros, pelas trocas e, ao final de tudo, por me ensinarem a viver melhor. Tenham a certeza de que também sou transformada em nossos momentos juntos. Agradeço também à Aline Kristensen. Sem tua ajuda minha trajetória clínica seria absolutamente diferente. Obrigada por me ensinar a importância de uma boa aliança terapêutica e o quanto a relação estabelecida em psicoterapia pode ser afetiva, verdadeira e transformadora.

Agradeço aos professores da pós-graduação da PUCRS pelos ensinamentos ao longo desta trajetória e pela equipe do GPeVVIC da PUCRS. Obrigada pelas produtivas reuniões e contribuições no desenvolvimento desta pesquisa. Às professoras Carolina Lisboa, Mariana Boeckel e Sílvia Benetti que aceitaram compor a banca de avaliação e contribuir para aprimorar este trabalho. À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão da bolsa-auxílio.

Por último, agradeço ao meu marido, Rodrigo. Esses dois anos em que eu estive no mestrado também foram, coincidentemente, nossos dois primeiros anos de casados e tenho convicção de que tua parceria foi fundamental nesse processo. Seria muito pouco te agradecer apenas pela tua presença incondicional e pela tua compreensão ao longo dessa jornada. Obrigada por me ajudar a superar as dificuldades com teu afeto e com tuas palavras que são sempre (*exatamente*) o que eu preciso ouvir. Tu é e foste muito mais do que isso. Acima de tudo, tu me ensinaste o que é um relacionamento baseado puramente no amor, no respeito e no cuidado um com o outro.

CANSADA: CANÇÃO PARA AS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Letra e música *Rodrigo Guedes de Carvalho*

Estou cansada - ainda agora chorei tanto
Outra noite - o terror andou à solta
Vai e volta e promete que não volta
Vai e volta e promete que não volta

Estou cansada - chorei tanto outra vez
Outra vez a pensar que hoje talvez
Haja paz - que o terror só vai não volta
Que a tua mão não se fecha contra mim

Estou cansada - não há fim nesta demência
Ou ciência que preveja que me mates
E quem bate depois chora e promete
Que não mais a mão se levanta fechada

Estou cansada - acho que não quero nada
Que não seja uma noite descansada
Sem ter medo ou chorar na almofada
Sem pensar no amor como uma espada

Tão cansada de remar contra a maré
O amor não é andar a pé na noite escura
Sempre segura que a tortura me espera
Insegura tão desfeita humilhada

Tão cansada de não dar luta à matança
À dança negra que me dizes que é amor
Que não concebes a tua vida sem mim
E que isto assim é normal numa paixão

E eu cansada nem sequer digo que não
Já não consigo que uma palavra te trave
Não tenho nada que não seja só pavor
Talvez o amor me espere noutra estrada
Mas tão cansada não consigo procurá-la
Já tão sem força de tentar não ser escrava
Já sei que hoje fico suspensa outra vez
Outra vez a pensar que hoje talvez...

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	9
2. RESUMO EXPANDIDO	11
3. ESTUDO I	14
3.1 Introdução.....	15
3.2 Método.....	19
3.3 Resultados	21
3.4 Discussão	29
3.5 Referências.....	32
4. ESTUDO II	37
4.1 Introdução.....	38
4.2 Método.....	42
4.2.1 Participantes.....	42
4.2.2 Instrumentos Para Avaliação Clínica.....	43
4.2.3 Instrumentos Para Avaliação de Processo de Psicoterapia.....	45
4.2.4 Procedimentos Éticos e de Coleta de Dados.....	46
4.2.5 Procedimento de Análise de Dados.....	48
4.3 Resultados.....	48
4.3.1 Resultados da Avaliação Clínica Antes e Depois da Intervenção.....	48
4.3.2 Resultados de Processo de Psicoterapia.....	49
4.4 Discussão.....	55
4.5 Considerações Finais.....	59
4.6 Referências.....	61
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
6. ANEXOS	67

6.1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	67
6.2 Ficha de dados pessoais e sociodemográficos.....	69
6.2 Questionário sobre Traumas na Infância (CTQ).....	71
6.3 Escala Tática de Conflito (CTS).....	72
6.4 Entrevista Estruturada para Transtornos do Estresse Extremo.....	74
6.5 Posttraumatic Symptoms Checklist (PCL-5).....	83
6.6 Escala de Autoestima de Rosenberg.....	85
6.7 Escala de Satisfação com a Vida.....	86
6.9 Psychotherapy Process Q-Set (PQS).....	87
6.10 Working Alliance Inventory (WAI).....	91

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. O estudo provém do grupo de pesquisa Violência, Vulnerabilidade e Intervenções Clínicas (GPeVVIC) vinculado ao Programa de Pós-Graduação (PPG) da PUCRS, idealizado e coordenado pela orientadora desta pesquisa, a professora Dra. Luísa Habigzang. O GPeVVIC tem como objetivo principal estudar o impacto cognitivo, emocional e comportamental de situações de violência e vulnerabilidade psicossocial na vida dos indivíduos. As pesquisas concentram-se nas linhas de investigação de psicopatologias associadas à exposição a eventos estressores e no desenvolvimento de intervenções psicológicas para prevenção e tratamento da violência.

O presente estudo está vinculado ao projeto guarda-chuva, também orientado pela Dra. Luísa, intitulado “Desenvolvimento e Avaliação de Processo e Impacto de Protocolo de Psicoterapia para Mulheres em Situação de Violência Conjugal”. O projeto guarda-chuva objetiva a reformulação e a avaliação de um protocolo de Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) para tratamento de mulheres com histórico de violência por seus parceiros íntimos. O protocolo inicial apresentou, em pesquisa anterior, evidências iniciais de efetividade para redução dos sintomas de ansiedade e depressão para essa população e foi desenvolvido por Habigzang e colaboradores (no prelo). A presente pesquisa é um recorte do projeto guarda-chuva, que permitiu reformular esse protocolo existente e avaliar o processo de TCC para posterior ensaio clínico com amostra ampliada. Esta dissertação inclui dois estudos: (1) revisão sistemática sobre protocolos de tratamento para mulheres vítimas de violência, e (2) estudo empírico de avaliação de processo do protocolo de psicoterapia.

A revisão sistemática da literatura possibilitou a identificação e análise de estudos recentes que avaliaram protocolos de TCC para mulheres com histórico de violência e subsidiou o estudo empírico. O estudo empírico foi realizado por meio de três casos clínicos e possibilitou avaliar o processo de psicoterapia. Os objetivos específicos foram codificar aspectos mais e menos característicos das psicoterapias e analisar o nível de aliança terapêutica estabelecidos nas sessões. Além disso, foram comparados resultados clínicos entre pré e pós-teste para análise do impacto da psicoterapia nos sintomas das pacientes.

Estudos de processo são importantes, pois a partir deles é possível conectar o tratamento psicológico com seus efeitos e identificar estratégias efetivas e mecanismos de ação que favoreçam a psicoterapia. A partir deles, clínicos e pesquisadores podem replicar intervenções

e isso promove a intersecção entre a teoria acadêmica e a prática clínica (Monteleone & Witter, 2017; Peuker, Habigzang, Koller, & Araujo, 2009).

2. RESUMO EXPANDIDO

A violência contra a mulher é um problema de saúde pública, com proporções mundiais, baseado na desigualdade de gênero, que independe de classe social, raça, religião, cultura e grau de escolaridade (Correia, Coutro, Erdmann, & Diniz, 2014; Fonseca, Ribeiro, & Leal, 2012; WHO, 2016). Quando as agressões ocorrem no ambiente doméstico, denomina-se violência doméstica e, mais especificamente, quando ocorrem entre os cônjuges ou ex-cônjuges, denomina-se violência conjugal (Deeke, Boing, Oliveira, & Coelho, 2009). As estatísticas apontam que dentre os casos de violência notificadas contra as mulheres, 70% tratam-se de violência conjugal (WHO, 2016).

Dentre as consequências psicológicas mais comuns desencadeadas pelas agressões estão os transtornos de ansiedade, transtornos de humor, transtornos relacionados ao estresse, transtornos por uso de substâncias e transtornos do espectro obsessivo-compulsivo (Adeodato, Carvalho, Siqueira, & Souza, 2011; Jonas et al., 2014; Ribeiro, Andreoli, Ferri, Prince, & Mari, 2009). Destes, o Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT) aparece como uma psicopatologia com alta prevalência desencadeada pela violência (Bermann & Graff, 2015; Ortiz, Encinas, Mantilla, & Ortiz, 2011).

A psicologia atua em diversos contextos no tratamento e prevenção da violência, como hospitais, delegacias, abrigos, tribunais, presídios, clínicas privadas e públicas e centros de proteção (D'Oliveira & Schraiber, 2006). Dentro do contexto da psicologia clínica, a psicoterapia apresenta-se como uma possibilidade de tratamento para a melhora dos sintomas das pacientes e também como uma medida de prevenção à revitimização (Bermann & Graff, 2015; Matud, Fortes, & Medina, 2014 & Ortiz et al., 2011). Dentre as abordagens psicoterapêuticas, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) apresenta evidências de efetividade no tratamento de mulheres em situação de vulnerabilidade (Bass et al., 2014; Crespo & Arinero, 2010; Echeburúa, Sarasua, & Zubizarreta, 2013, Matud et al., 2014; Ortíz et al., 2011).

Esta pesquisa faz parte de um projeto guarda-chuva, intitulado “Desenvolvimento e avaliação de processo e impacto de protocolo de psicoterapia para mulheres em situação de violência conjugal”. Este recorte é composto por dois estudos: (1) revisão sistemática sobre protocolos de tratamento para mulheres vítimas de violência, e (2) estudo empírico de avaliação de processo do protocolo de psicoterapia.

A revisão sistemática da literatura permitiu a análise crítica de protocolos descritos na literatura atual que avaliaram processo e impacto de psicoterapia para mulheres em situação de

violência. A partir dos resultados, foi possível aprimorar o protocolo de TCC já existente e com evidências de efetividade para essa população, desenvolvido por Habigzang e colaboradores (no prelo), para então subsidiar o estudo empírico desta dissertação de mestrado. A pesquisa foi realizada através da busca nas bases de dados Scielo, Pepsic, PubMed, PsycINFO, Scopus e Web of Science. As palavras-chave utilizadas serão: “clinical trial” or “therapy” or “psychotherapy” or “psychological treatment” AND “violence” or “mistreatment” or “domestic violence” or “conjugal violence” AND “women”. Foram identificados 1.329 artigos e, após, aplicados os critérios de inclusão e exclusão nos estudos. Os critérios de inclusão eram artigos científicos de pesquisa empírica da área da psicologia, publicados em português, espanhol e inglês, publicados nos últimos dez anos, que apresentem avaliação de resultados de tratamento psicológico para mulheres expostas à violência doméstica. Os critérios de exclusão foram artigos repetidos em mais de uma base de dados, livros, tese de doutorado, dissertações de mestrado, resumos e trabalhos publicados em congressos. A partir desta seleção, a amostra final foi composta por 11 artigos. Estes foram lidos na íntegra por dois juízes independentes, e seus dados foram tabulados de acordo com as seguintes categorias: número de mulheres participantes do estudo, idade média das mulheres, delineamento, elementos da intervenção, número de sessões, formato de tratamento (individual ou grupal), sintomas avaliados e principais resultados obtidos. Para a discussão, os estudos foram analisados a partir de três eixos temáticos: aspectos metodológicos, aspectos técnicos das intervenções e principais resultados obtidos nos estudos. Como principais resultados, identificou-se que nove artigos relataram estudos clínicos randomizados, e as intervenções tiveram como foco sintomas de trauma, ansiedade e depressão. Além disso, todos os artigos focaram na avaliação de resultado. Identifica-se a necessidade de estudos que detalhem o processo psicoterapêutico, principalmente no contexto nacional, para qualificar as redes de atendimento com práticas baseadas em evidências. Por fim, foi verificada ausência de estudos nacionais sobre avaliação de psicoterapia para essa população específica.

O segundo estudo teve caráter empírico e avaliou o processo de psicoterapia para mulheres com histórico de violência conjugal, a partir de um protocolo embasado pela TCC (Habigzang et al., no prelo) e aprimorado pelos resultados do Estudo I. Os objetivos foram codificar aspectos mais e menos característicos dos processos de psicoterapia a partir da aplicação do protocolo desenvolvido e analisar aspectos relacionados ao construto de aliança terapêutica estabelecidos nas sessões psicoterapêuticas.

O delineamento foi estudos de casos clínicos (Serralta, Nunes, & Eizirik, 2010). As participantes foram três mulheres adultas, de 18 a 60 anos, selecionadas por conveniência, que apresentavam histórico de violência conjugal. A coleta de dados ocorreu no Serviço de Atendimento e Pesquisa e Psicologia da PUCRS (SAPP). Os instrumentos para avaliação de sintomas foram: (1) Ficha de Dados Pessoais e Sociodemográficos (Lima, 2010); (2) Inventário de Ansiedade Beck (Beck Anxiety Inventory – BAI) (Beck et al., 1998; adaptado no Brasil por Cunha, 2001); (3) Inventário de Depressão Beck (Beck Depression Inventory – BDI-II) (Beck et al., 1996 adaptado no Brasil por Gorenstein et al., 2011), (4) Questionário Sobre Traumas na Infância (Childhood Trauma Questionnaire – CTQ) (Grassi-Oliveira et al., 2006); (5) Escala Tática de Conflito (Conflict Tatic Scale – CTS) (Murray Straus, 1979 adaptado por Scharaiber & D’Oliveira, 2000); (6) Entrevista Estruturada para Transtornos de Estresse Extremo (Camargo et al., 2013), (7) Posttraumatic Symptoms Checklist (PCL-5; Weathers et al., 2014), (8) Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg’s Self-Esteem Scale, RSS, Rosenberg, 1989, adaptada por Hutz & Zanon, 2011), (9) Escala de Satisfação com a Vida (Satisfaction with Life Scale, SWLS, Diener et al., 1985, adaptada por Gouveia, et al., 2009). Os instrumentos para análise do processo terapêutico foram: (1) *Working Alliance Inventory* (WAI) (desenvolvido por Horvath & Greenberg, 1989 e adaptado no Brasil por Serralta e Benetti) instrumento que avalia relação terapêutica; (2) *Psychotherapy Process Q-Set* (PQS) (Jones, 2000, traduzido para o português por Serralta, Nunes, & Eizirik, 2007), o instrumento avalia processo psicoterapêutico.

A análise das sessões foi realizada através da avaliação de dois juízes independentes e foram comparados os resultados entre os avaliadores (índice de correlação de Pearson), sendo aceita a concordância entre as duplas $\geq 0,50$. Os resultados indicaram uma boa aliança terapêutica, um bom encadeamento entre sessões e apontaram que o protocolo está bem correlacionado com o protótipo esperado de uma psicoterapia cognitivo-comportamental. Além disso, os sintomas de ansiedade, depressão e TEPT diminuíram nas mulheres atendidas, bem como aumentaram os níveis de satisfação com a vida e autoestima. A maioria dos itens característicos e não característicos das sessões se repetem nos três casos, o que corrobora com os resultados positivos de impacto do protocolo. Tais resultados compõem evidências iniciais de efetividade do protocolo para mulheres com histórico de violência conjugal. Um protocolo com evidências de efetividade é importante para qualificar o atendimento de mulheres em serviços que compõem a rede e auxiliar clínicos e pesquisadores a sustentarem suas práticas em evidências científicas.

Palavras-Chave: Violência contra Mulher; Avaliação de Processo; Prática baseada em Evidências; Terapia cognitivo-comportamental.

Área conforme classificação CNPQ 7.07.00.00-1 - Psicologia

Subárea conforme classificação CNPQ 7.07.10.01-5 Intervenção Terapêutica

3. ESTUDO I

PSICOTERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL PARA MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: REVISÃO SISTEMÁTICA

COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY FOR WOMEN IN DOMESTIC VIOLENCE SITUATION: SYSTEMATIC REVIEW

RESUMO

Este artigo teve como objetivo realizar uma revisão sistemática da literatura sobre protocolos de terapia cognitivo-comportamental (TCC) para tratamento psicológico de mulheres em situações de violência doméstica. **Método:** A busca foi realizada nas bases Scielo, Pepsic, PubMed, PsycINFO, Scopus e Web of Science com os seguintes descritores: “clinical trial” or “therapy” or “psychotherapy” or “psychological treatment” AND “violence” or “mistreatment” or “domestic violence” or “conjugal violence” AND “women”. Foram identificados 1.329 artigos e, após aplicação de critérios de inclusão e exclusão, restaram 11 artigos. Estes foram analisados a partir de aspectos metodológicos, elementos de intervenção e resultados alcançados. **Resultados:** nove artigos relataram estudos clínicos randomizados. As intervenções tiveram como foco sintomas de trauma, ansiedade e depressão. **Conclusões:** Os artigos focaram a avaliação de resultado. Identifica-se a necessidade de estudos que detalhem o processo psicoterapêutico, principalmente no contexto nacional, para qualificar as redes de atendimento com práticas baseadas em evidências.

PALAVRAS-CHAVE: violência contra mulher; gênero; psicoterapia cognitivo-comportamental; práticas baseadas em evidências.

ABSTRACT

This article aims to perform a systematic review of the literature about cognitive behavioral therapy protocols (CBT) for psychological treatment of women in situations of domestic violence. **Method:** A search was conducted on those data bases: Scielo, Pepsic, PubMed, PsycINFO, Scopus and Web of Science with the following descriptors: "clinical trial" or "therapy" or "psychotherapy" or "psychological treatment" AND "violence" or "mistreatment

"or" domestic violence "or" conjugal violence "AND" women". There were identified 1.329 articles in the initial search and after application of inclusion and exclusion criterias, remained 11 articles. Those were analyzed from those methodological aspects, those technical elements and the results. **Results:** Nine articles reported randomized clinical trials. All studies focused on symptoms of trauma, anxiety and depression. **Conclusions:** The articles focused on the avaluation of the results. It was identified the need for studies that detail the psychotherapeutic process, mainly in the national context, to promote practices based on evidences.

KEYWORDS: violence against women; gender; cognitive-behavioral therapy; evidence-based practices.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) define violência como uso intencional da força ou poder em uma forma de ameaça ou efetivamente, contra si mesmo, outras pessoas, grupo ou comunidade, que ocasiona ou tem grandes probabilidades de ocasionar lesão, morte, dano psíquico, alterações do desenvolvimento ou privações. A violência contra a mulher é um problema de proporções mundiais, que pode ser entendido como qualquer ato violento baseado na desigualdade de gênero, que resulte ou possa resultar em dano físico, psicológico, sexual ou patrimonial para a mulher (Silva & Oliveira, 2015). Este fenômeno independe da idade, do nível socioeconômico, da religião, da cultura e da raça/etnia, e pode gerar consequências negativas para a saúde física e mental das mulheres (Correia et al., 2014; Miranda et al., 2010; WHO, 2013). A violência contra a mulher se manifesta de múltiplas formas e sua compreensão requer a análise de relações entre gênero e violência.

Gênero diz respeito às concepções socialmente dominantes de feminilidade e masculinidade e os papéis que estas ocupam nos espaços públicos e privados. Na violência de gênero compreende-se que mulheres e homens estão implicados em relações de poder assimétricas que originam ações violentas. Os estudos sobre gênero apontam as diversas desigualdades existentes entre os sexos, evidenciando a submissão feminina em detrimento da dominação masculina. A violência de gênero não é única explicação para se entender o fenômeno da violência contra a mulher, mas é um dos seus principais pilares. É necessária também, a análise de componentes como classe, raça, idade, dentre outros marcadores sociais que podem favorecer a posição de subjugação de uma pessoa em relação à outra. A utilização da expressão violência de gênero assume um posicionamento político alusivo aos movimentos feministas e à tentativa recorrente de desconstrução da ordem patriarcal familiar hegemônica,

que possibilita uma melhor estruturação de políticas públicas e fortalece o combate a violência contra a mulher (Bandeira, 2014).

Violência de gênero, portanto, é um termo mais abrangente que se refere às disparidades construídas socialmente entre os sexos e que pode ser utilizada como um sinônimo de violência contra a mulher, pois esta é constantemente violentada de diversas formas por conta de sua condição feminina. A violência contra a mulher tem múltiplas facetas e está caracterizada como violência interpessoal. Comumente a violência é perpetrada por alguém que possui algum grau de intimidade e/ou parentesco com a mulher, configurando essa violência como intrafamiliar ou doméstica. A violência intrafamiliar compreende as situações de violência que ocorrem por parte de qualquer integrante da família que resida ou não com a pessoa que sofre as agressões. Já a violência doméstica ocorre quando a violência é exercida por indivíduos, sejam eles familiares ou não, que compartilham a mesma residência com a pessoa agredida. A violência conjugal geralmente se manifesta com atos violentos dos homens contra as mulheres no contexto doméstico, sendo respaldada na percepção social da identidade feminina como frágil, inferior, submissa e dependente. Relações conjugais violentas estão por vezes tão enraizadas que se tornam invisíveis e podem ser entendidas como práticas pertencentes ao modo de funcionamento daquelas pessoas (Bandeira, 2014; Cunha & Pinho, 2011; Ortiz et al., 2011; Sacramento & Rezende, 2006).

Dados do Mapa da Violência de 2015 apontaram que a violência contra mulheres é muito prevalente no país. As estatísticas indicaram que no Brasil pelo menos 13 milhões de mulheres acima de 16 anos de idade já experienciaram situações de violência doméstica. Destas, pelo menos 700 mil continuam a conviver com o agressor, o que aumenta os riscos de revitimização. O Mapa analisou as notificações de situações de violência realizadas pelos serviços de saúde e em todas as faixas etárias os atendimentos femininos por agressão foram os mais frequentes. Na idade adulta, a procura por serviços de saúde por conta de situações de agressão foi predominante de mulheres, totalizando 71,3% dos atendimentos. Para mulheres entre 18 e 59 anos, o principal perpetrador da agressão é o atual ou ex-companheiro, sendo o ambiente doméstico o local de maior ocorrência das violências. Somente no ano de 2014, 405 mulheres foram diariamente atendidas no país por terem sido vítimas de algum tipo de violência. O Brasil ocupa a quinta posição no índice de feminicídios em uma comparação com 83 países (Waiselfisz, 2015).

Considerando a alta prevalência de situações de violência contra a mulher, em 2006 foi sancionada no Brasil a Lei nº 11.340, conhecida como Lei Maria da Penha. Esta lei criou

recursos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra mulheres, e tem seu respaldo em medidas de assistência e proteção específicas para essa população. A legislação aplica-se a todas as mulheres em território brasileiro, independentemente de classe, orientação sexual, raça, etnia, escolaridade, idade e religião. A lei também definiu os tipos de violência contra a mulher: violência física, sexual, patrimonial, moral e psicológica. A violência física é qualquer ato com o objetivo de ferir ou de machucar o corpo da vítima. A violência sexual é definida por situações em que o agressor obriga a vítima a manter, presenciar ou participar de relações sexuais não desejadas. A violência patrimonial define-se por destruição ou obstrução de patrimônio, bens, objetos e documentos da vítima. A violência moral é entendida como qualquer comportamento que caracterize calúnia, injúria ou difamação. Por fim, a violência psicológica é caracterizada por condutas que gerem danos emocionais na vítima, como humilhação, ameaças, jogos de poder, xingamentos, desprezo, entre outros (Brasil, 2006).

Uma revisão sistemática da literatura apontou que indivíduos que são vítimas de violência doméstica apresentam maior probabilidade de desenvolver qualquer tipo de doença mental quando comparados a indivíduos que não passam por situações de violência (Trevillion et al., 2012). Verifica-se o desenvolvimento ou agravamento de transtornos de humor, transtornos de ansiedade, transtornos relacionados ao estresse, transtorno por uso de substâncias, transtornos do espectro obsessivo-compulsivo, comportamentos e pensamentos autodestrutivos, bem como um estado de choque que pode durar horas ou dias após a agressão. A exposição à violência pode prejudicar a autonomia e ocasionar sentimentos de incompetência, insegurança, perda do valor próprio e isolamento social (Brasil, 2011; Gomes & Diniz, 2008; Ribeiro et al., 2009). Além das consequências psicológicas, a violência pode gerar danos físicos, tais como distúrbios relacionados ao sono, cansaço, dores crônicas, aumento da pressão arterial, alimentação inadequada, hematomas, escoriações, doenças sexualmente transmissíveis e deficiências físicas (Netto et al., 2014). A violência doméstica contra a mulher também pode trazer prejuízos aos filhos do casal. As crianças que testemunham situações de violência podem desenvolver comportamentos externalizantes de raiva, ansiedade, depressão, problemas escolares e problemas no desenvolvimento cognitivo (Bermann & Graff, 2015; D’Affonseca & Williams, 2011).

Em função das consequências da violência contra a mulher, esta é entendida como um sério problema de saúde pública (OMS, 2011). Devido ao impacto social e de saúde, este fenômeno tem sido foco de políticas públicas, impulsionando trabalhadores da área de saúde a encontrarem soluções de prevenção e tratamento a essa população que se encontra vulnerável.

Em relação ao âmbito jurídico, a Lei Maria da Penha (Brasil, 2006) também foi criada para garantir os direitos de defesa às mulheres. Nesse contexto, é dever do Estado fazer cumprir as disposições previstas na lei, promovendo medidas de proteção às vítimas, apurando, instruindo e encaminhando a atendimento estas mulheres (Cavalcanti, 2008). É nesse espaço de tratamento e prevenção que a Psicologia assume um papel importante para o enfrentamento à violência (Crespo & Arinero, 2010).

Em uma pesquisa realizada no ano de 2008, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) evidenciou que 81,6% das(os) psicólogas(os) entrevistadas(os) que atuavam em programas voltados para mulheres em situação de violência o faziam em instituições públicas. A complexidade das situações de violência requer que os profissionais estejam devidamente capacitados para atender às demandas de quem procura auxílio, e com as(os) psicólogas(os) não é diferente. A Psicologia deve pautar-se na escuta qualificada e acolhimento, objetivando o fortalecimento da mulher que passa pela situação de violência. Ademais, o trabalho da Psicologia também pode envolver o homem agressor, de modo que este se responsabilize por seus atos e consiga compreender de forma ampliada que fatores contribuíram para a perpetuação da violência (CFP, 2012).

O fortalecimento da mulher requer ênfase não apenas em aspectos individuais e intrapsíquicos desta. Identificar fatores sociais e culturais, tais como relações de poder assimétricas entre os gêneros e os ideais imaginários relativos a casamento e religião, têm papel fundamental para a autonomia feminina. Conhecer políticas públicas, leis e decretos e articular o trabalho junto à rede de atendimento à mulher em situação de violência são recursos úteis para a(o) psicóloga(o) no que tange a tentativa de erradicação da violência. Desse modo, tal profissional pode e deve potencializar o auxílio e o fortalecimento da mulher, bem como fomentar o aspecto político e o compromisso social de sua profissão. A(o) psicóloga(o) também pode atuar em práticas de prevenção da violência por meio da coordenação, gestão e planejamento de serviços. O cuidado com a saúde mental da mulher também deve ganhar espaço adequado, sendo que um destes espaços pode ser a psicoterapia (CFP, 2012).

Dentre as abordagens para psicoterapia, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) vem apresentando evidências de efetividade no tratamento de pessoas que experienciaram situações de violência (Bass et al., 2014; Crespo & Arinero, 2010; Echeburúa et al., 2013; Miller et al., 2014; Ortiz et al., 2011). A TCC possui um consistente potencial para o tratamento destas pessoas, pois apresenta técnicas focadas na ressignificação de eventos traumáticos e redução de sintomas de ansiedade, depressão e transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) (Bermann &

Graff, 2015; Habigzang et al., 2006; Ortiz et al., 2011). Além da redução dos sintomas, a TCC objetiva diminuir e/ou prevenir futuras revitimizações, trabalhando o funcionamento do ciclo da violência, discutindo e esclarecendo a sintomatologia e o tratamento (Gomes, 2012; Habigzang et al., 2006; Ortiz et al., 2015).

Além da TCC clássica, destacam-se na literatura os seguintes tratamentos psicoterápicos: a Terapia Centrada no Trauma (TCT), Terapia Comportamental Dialética (TCD), Terapia Centrada em Modulação Emocional (TCME) e a Terapia Centrada na “Síndrome da Mulher Maltratada” (TCSMM) (Cáceres, 2011). Ainda dentro do âmbito das TCC’s, a *Cognitive Processing Therapy* (CPT) vem se mostrando eficaz para tratamento de mulheres vítimas de violência conjugal. Na CPT, os principais focos são a reestruturação cognitiva e a dessensibilização de memórias traumáticas a partir do relato de experiências (Bermann & Graff, 2015).

Este estudo de revisão sistemática teve como objetivo identificar e analisar estudos que avaliaram o impacto e o processo de protocolos de TCC para mulheres em situação de violência doméstica. Os objetivos específicos desta revisão foram: (1) verificar os delineamentos utilizados para avaliação da intervenção; (2) identificar os sintomas-alvo e objetivos das intervenções; (3) mapear o tempo da intervenção e elementos centrais que compuseram os protocolos; e (4) analisar os principais resultados alcançados.

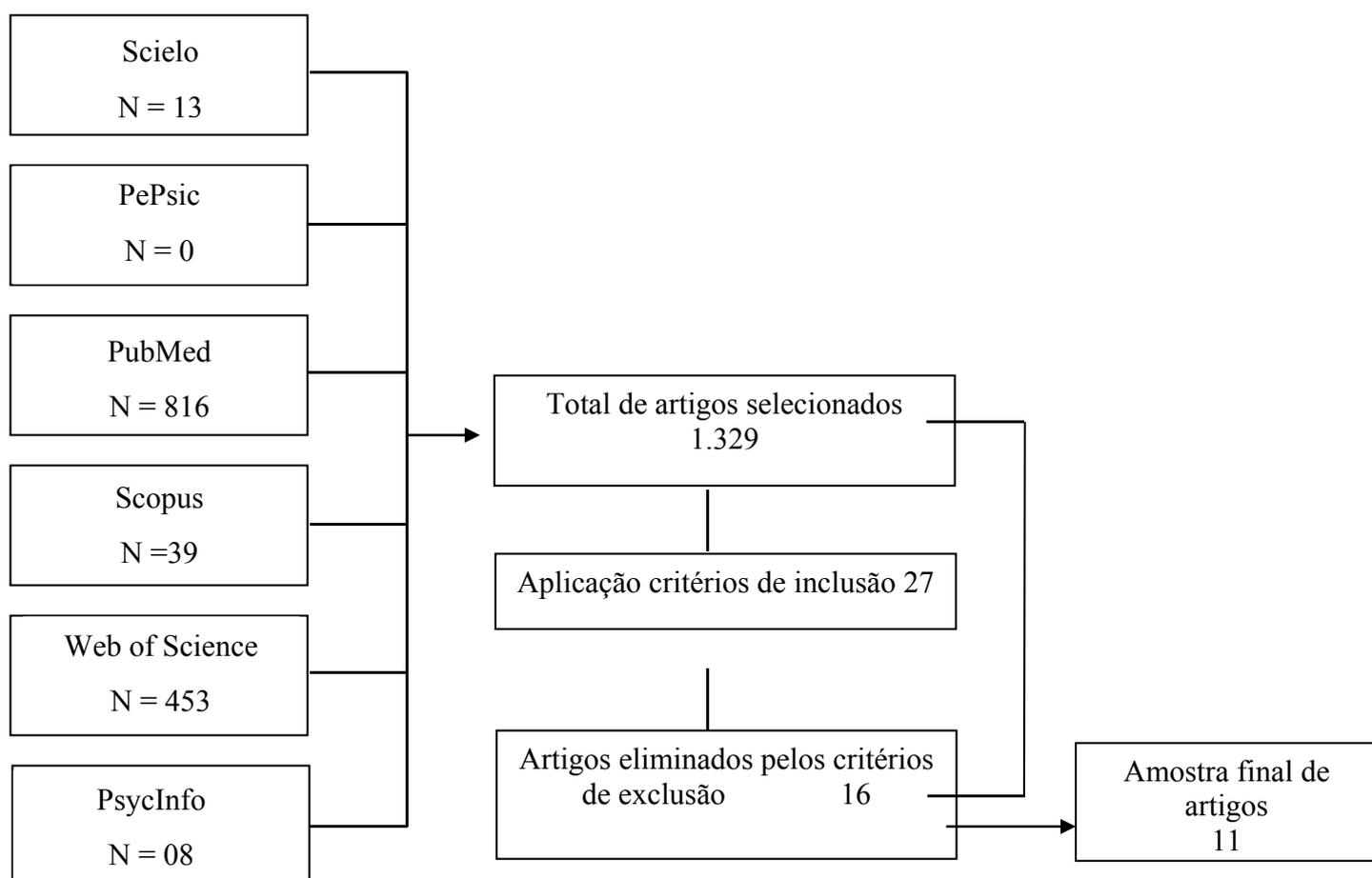
MÉTODO

Esta revisão sistemática da literatura foi realizada conforme as seguintes etapas: (1) formulação e delimitação da questão de pesquisa; (2) escolha das fontes de dados; (3) eleição das palavras-chave para busca; (4) busca e organização dos resultados; (5) seleção dos artigos pelo resumo, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão; (6) extração dos dados dos artigos selecionados; (7) avaliação dos artigos e (8) síntese e interpretação dos dados (Costa & Zoltowski, 2014). A busca foi realizada nas bases Scielo, Pepsic, PubMed, PsycINFO, Scopus e Web of Science e executada por duas juízas independentes. As palavras-chave utilizadas foram “clinical trial” or “therapy” or “psychotherapy” or “psychological treatment” AND “violence” or “mistreatment” or “domestic violence” or “conjugal violence” AND “women”.

A busca resultou 1.329 artigos, sendo na base Scielo (n =13); Pepsic (n = 0); PubMed (n = 816); Scopus (n = 39); Web Of Science (n = 453) e PsycINFO (n =8). O período de busca foi de 26/10/15 até 09/11/15. O passo seguinte foi a análise de títulos e resumos a partir dos seguintes critérios de inclusão: (1) artigos científicos nas áreas de psicologia e psiquiatria; (2)

escritos nos idiomas português, inglês ou espanhol; (3) publicados entre os anos de 2005 a 2015 e (4) que fossem relatos de estudos empíricos com avaliação de resultados de tratamento psicológico para mulheres expostas à violência doméstica. A aplicação dos critérios de inclusão gerou a manutenção de 27 artigos que cumpriram todos os requisitos. A fase seguinte foi excluir artigos repetidos em mais de uma base de dados, livros, teses de doutorado, dissertações de mestrado, resumos e trabalhos publicados em congressos. Um trabalho foi excluído por ser capítulo de livro, dois por tratarem-se de dissertações de mestrado, cinco artigos por não se tratarem de protocolos de TCC para mulheres vítimas de violência e oito artigos por serem repetidos em mais de uma base de dados. A etapa de análise dos artigos conforme os critérios de inclusão e exclusão foi realizada por três juízas independentes. Ao final de todo processo, a amostra foi constituída por 11 artigos (Ver Figura 1).

Figura 1. Fluxograma das etapas de seleção dos artigos para revisão sistemática.



Após o processo de seleção dos artigos, os mesmos foram lidos na íntegra e analisados por três juízas independentes. Os conteúdos dos 11 artigos foram analisados a partir das seguintes categorias: (1) número de mulheres participantes do estudo; (2) idade média das mulheres; (3) delineamento; (4) elementos da intervenção; (5) número de sessões; (6) formato de tratamento (se individual ou grupal); (7) sintomas avaliados e (8) principais resultados (Ver Tabela 1). Os resultados encontrados nas categorias de análise foram discutidos a partir de três eixos temáticos: aspectos metodológicos (categorias 1, 2 e 3), aspectos técnicos das intervenções (categorias 4, 5, 6 e 7) e principais resultados obtidos (categoria 8). Em relação aos aspectos metodológicos, foram utilizados os critérios da escala PEDro, baseada na lista de Delphi. Trata-se de um consenso entre peritos para que os pesquisadores possam identificar quais estudos poderão ter validade interna e poderão conter informações estatísticas suficientes para que os resultados possam ser interpretados. A escala é apenas um parâmetro, ela não pode ser utilizada como medida única de validade das conclusões de um estudo (Verhagen et al., 1988).

RESULTADOS

O número de participantes nos estudos variou entre 35 e 405 mulheres. A idade das pacientes variou entre 18 e 40 anos. Quanto ao delineamento dos estudos, identificou-se que nove artigos (Bass et al., 2014; Bermann & Graff, 2015; Cohen et al., 2013; Iverson et al., 2011a; Iverson et al., 2011b; Johnson et al., 2011; Matud et al., 2014; Miller et al., 2014; Resick et al., 2008) foram ensaios clínicos randomizados. Todos os artigos incluíram avaliações longitudinais dos sintomas, ou seja, executaram avaliações em pelo menos dois momentos (pré e pós-teste). Além disso, todos os estudos realizaram avaliações de *follow-up* após o término da intervenção, com o objetivo de verificar se os resultados dos protocolos se mantiveram com o passar do tempo (Tabela 1).

Tabela 1. Resultados das Categorias de Análise dos Estudos

Estudo	Participantes	Delineamento	Elementos da Intervenção	Formato	Alvos da Intervenção	Principais Resultados
(Iverson et al., 2011a)	150 mulheres (M= 35,4 anos)	Ensaio clínico randomizado. Follow-up após 6 meses.	CPT: Psicoeducação, exposição ao trauma, questionamento socrático CPT-C: protocolo de TCP menos exposição RC: exposição ao trauma	CPT e CPT-C – 12 sessões individuais RC: 7 sessões individuais.	TEPT e depressão	A TPC se mostrou eficaz para redução de sintomas de TEPT e depressão. A versão sem exposição se mostrou mais eficaz para TEPT.
(Iverson et al., 2011b)	150 mulheres (M= 35,4 anos)	Ensaio clínico randomizado. Follow-up após 6 meses.	CPT: Psicoeducação, exposição ao trauma, questionamento socrático CPT-C: protocolo de TCP menos exposição RC: exposição ao trauma	CPT e CPT-C – 12 sessões individuais RC: 7 sessões individuais.	TEPT, depressão e revitimização	A TPC se mostrou eficaz para redução dos sintomas de TEPT e depressão. Houve correlação positiva entre gravidade de sintomas de TEPT e depressão. Os resultados indicaram que o tratamento de TEPT e depressão para mulheres com histórico de VD pode reduzir o risco de revitimização.

(Matud et al., 2014)	128 mulheres (M= 38,4 anos)	Ensaio clínico randomizado. Follow-up após 4 e 8 meses.	Psicoeducação sobre gênero e violência de gênero, Técnicas para aumento de autoestima e autoeficácia, Treino de habilidades sociais, Resolução de problemas, Reestruturação cognitiva sobre a ideia de “amor romântico”, Prevenção de recaídas e Tarefas de casa.	15 a 20 sessões individuais.	TEPT, depressão, ansiedade, autoestima e apoio social.	GE apresentou redução significativa nos sintomas de TEPT e ansiedade, aumento de autoestima e apoio social e menor sentimento de insegurança. No follow-up os efeitos da intervenção se mantiveram. As participantes do GC melhoraram sua sensação de apoio social.
(Ortiz et al., 2011)	73 mulheres (18 a 40 anos)	Quasi-experimental. Follow-up após 1, 3 e 6 meses.	Discussão sobre relacionamentos e comportamentos desadaptativos, prática de atividades agradáveis, e exposição	10 sessões em grupo.	TEPT, depressão, ansiedade, autoestima e comportamentos disfuncionais.	Obteve-se redução de sintomas de TEPT, ansiedade e depressão em 70 mulheres. Melhora em níveis de autoestima e redução de comportamentos disfuncionais. Os resultados se mantiveram no follow-up.
(Miller et al., 2014)	120 mulheres (M=31,8 anos)	Ensaio clínico randomizado. Follow-up após 6 e 8 meses.	Psicoeducação, orientação jurídica, relaxamento e exposição às memórias traumáticas	10 sessões grupais.	Revitimização.	Redução de revitimização.

(Bass et al., 2014)	405 mulheres (M= 36,9 anos)	Ensaio clínico randomizado. Follow-up após 1 e 6 meses .	Psicoeducação e reestruturação cognitiva	G1: 11 sessões individuais e G2: 1 sessão individual + 10 em grupo.	TEPT, depressão e ansiedade	Tanto o tratamento grupal quanto o individual apresentou melhoras na sintomatologia de depressão, TEPT e ansiedade. No entanto, a melhora foi mais significativa no tratamento grupal.
(Cohen et al., 2013)	353 mulheres (M=39,9 anos)	Ensaio clínico randomizado	GE = psicoeducação, técnicas comportamentais para manejo do desejo de usar drogas, exposição às memórias traumáticas, reestruturação cognitiva e treino de habilidades sociais.	12 sessões em grupo.	TEPT, revitimização e uso de substâncias.	Viver com um parceiro que abuse de álcool aumenta a probabilidade de revitimização; GE apresentou menor índice de revitimização; GE melhorou sintomas de TEPT significativamente.
(Resick et al., 2008)	150 mulheres (M= 35,4 anos)	Ensaio clínico randomizado. Follow-up após 6 meses.	CPT: Psicoeducação, exposição ao trauma, questionamento socrático CPT-C: protocolo de TCP menos exposição RC: exposição ao trauma	CPT e CPT-C – 12 sessões individuais RC: 7 sessões individuais.	TEPT, depressão, ansiedade, raiva, vergonha, culpa e cognições disfuncionais.	Os três protocolos foram eficazes para a diminuição dos sintomas alvo, no entanto a melhora mais significativa foi no grupo TCP – C.

(Bermann & Graff, 2015)	181 mulheres (M= 33 anos)	Ensaio clínico randomizado. Follow-up após 8 meses.	Reestruturação de crenças e medos sobre violência e estratégias efetivas para práticas parentais.	10 sessões em grupo.	Depressão, ansiedade e estilos parentais.	O grupo com mães e filhos apresentou melhora nos estilos parentais, na diminuição da depressão e da ansiedade. O grupo controle não apresentou mudanças. No follow-up os efeitos se mantiveram.
(Cort et al., 2014)	32 mulheres (M= 39,8 anos)	Quasi-experimental. Follow-up após 3 meses.	Treino de Habilidades Sociais, Psicoeducação, e criação de um “Safety Plan” para lidar com situações de violência.	8 sessões grupais.	TEPT, depressão e habilidades sociais.	Melhora dos sintomas de depressão, TEPT e habilidades sociais.
(Johnson et al., 2011)	70 mulheres (M= 39,9 anos)	Ensaio clínico randomizado. Follow-up após 1 semana, 3 e 6 meses.	Exposição às memórias traumáticas, reestruturação cognitiva e psicoeducação	12 sessões individuais.	TEPT, depressão e revitimação	O GE apresentou melhora nos sintomas alvo. O GC apresentou 12X mais chances de revitimação do que GE.

Utilizou-se os critérios estabelecidos na escala PEDro pela lista de Delphi para identificar a qualidade metodológica dos estudos (Verhagen et al., 1988). Os critérios de avaliação da escala são (1) identificação dos critérios de elegibilidade; (2) aleatorização dos sujeitos nos grupos experimental e controle; (3) alocação secreta dos sujeitos; (4) grupos semelhantes em relação aos indicadores de prognósticos mais importantes; (5) participação cega dos sujeitos no estudo; (6) administração cega dos terapeutas; (7) avaliadores que medem os resultados o fazem de forma cega; (8) mensurações de resultados-chave em mais de 85% dos sujeitos; (9) grupo controle e grupo experimental receberam o tratamento adequado conforme alocação. Para estudos não randomizados, a análise dos resultados-chave foi realizada de acordo com a intenção de tratamento; (10) os resultados das comparações estatísticas entre os grupos foram descritos para pelo menos um resultado-chave e (11) o estudo apresenta medidas de precisão e de variabilidade para pelo menos um resultado-chave. Os resultados desta análise estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 2. Análise dos Critérios de Qualidade Metodológica

Estudo/ Critério	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Iverson et al. (2011a)	S	S	S	S	S	NC	NC	S	S	S	S
Iverson et al. (2011b)	S	S	S	S	S	NC	NC	S	S	S	S
Matud et al. (2014)	S	S	S	S	S	NC	S	S	S	S	S
Ortiz et al. (2011)	S	NA	NA	NA	NA	NA	S	S	S	S	S
Miller et al. (2014)	S	S	S	S	S	NC	NC	S	S	S	S
Bass et al. (2014)	S	S	S	S	S	NC	X	S	S	S	S
Cohen et al. (2013)	S	S	S	S	S	NC	NC	S	S	S	NC
Resick et al. (2008)	S	S	S	S	S	NC	NC	S	S	S	S
Bermann & Graff (2015)	S	S	S	S	S	NC	NC	S	S	S	S
Cort et al. (2014)	S	NA	NA	NA	NA	NC	S	S	NC	S	NC
Johnson et al. (2011)	S	S	S	S	S	NC	NC	S	S	S	S

Nota: S: Cumpre o critério; NC: A informação não consta no artigo; NA: A informação não se aplica ao método do artigo.

Em relação aos elementos da intervenção identificou-se que todos os protocolos utilizaram a psicoeducação como elemento do tratamento. Três dos 11 artigos foram escritos a partir de um único experimento com protocolo de CPT (Iverson et al., 2011a; Iverson et al., 2011b; Resick et al., 2008). O tratamento incluía diversas técnicas de TCC. Dentre elas, a técnica do questionamento socrático e sessões de psicoeducação.

Todos os artigos que avaliaram sintomas de TEPT (Bass et al., 2014; Cohen et al., 2013; Cort et al., 2014; Iverson et al., 2011a; Iverson et al., 2011b; Johnson et al., 2011; Matud et al., 2014; Ortíz et al., 2011; Resick et al., 2008) citaram o uso de técnicas de exposição em seus protocolos, mas apenas os estudos com o CPT explicaram como a técnica de exposição foi aplicada. Nestes casos, as participantes eram convidadas a escrever suas experiências de violência e precisavam ler e reler o relato durante todo o tratamento até a diminuição da ativação emocional.

Quatro dos 11 artigos citaram a importância de trabalhar aspectos relacionados à autoestima (Cort et al., 2014; Matud et al., 2014; Miller et al., 2014; Ortíz et al., 2014). As intervenções utilizadas para melhorar a autoestima das participantes foram inserção de tarefas agradáveis realizadas pelas mulheres e a discussão e identificação de conquistas alcançadas antes e durante o tratamento.

A técnica Resolução de Problemas foi identificada em quatro dos 11 artigos como estratégia de tratamento e prevenção à recaída (Bermann & Graff, 2015; Cort et al., 2014; Matud et al., 2014; Miller et al., 2014). Um dos artigos citou a inserção do treino em habilidades sociais em seu protocolo, mas não foi explicado o processo da intervenção (Matud et al., 2014). Dois artigos utilizaram a reestruturação cognitiva para a identificação de crenças, modificação de pensamentos e medos sobre violência e maternidade (Bermann & Graff, 2015; Cohen et al., 2013). Três artigos citaram a prevenção à recaída ao final de seus tratamentos (Cort et al., 2014; Johnson et al., 2011; Matud et al., 2014).

Em relação ao formato do tratamento, cinco aderiram ao formato individual de psicoterapia (Iverson et al., 2011a; Iverson et al., 2011b; 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). Acerca do número de sessões, os protocolos variaram entre oito e 20 sessões, com média de 1h30 min cada. A respeito dos sintomas alvo das psicoterapias, nove estudos consideraram o tratamento dos sintomas de trauma e de depressão em seus protocolos (Bass et al., 2014; Cohen et al., 2013;

Cort et al., 2014; Iverson et al., 2011a; Iverson et al., 2011b; Johnson et al., 2011; Resick et al., 2008; Matud et al., 2014; Ortiz et al., 2011). Um dos protocolos abordou a dependência química (Cohen et al., 2013) e outro incluiu o tratamento de crianças que também experienciaram situações de violência doméstica (Bermann & Graff, 2015).

De acordo com os resultados alcançados pelos protocolos de tratamento, todos os estudos apontaram melhoras significativas nos principais sintomas foco de intervenção, como por exemplo, ansiedade, depressão, TEPT e revitimização. Dos 11 artigos, nove apresentaram o tamanho de efeito *d de Cohen* (Bass et al., 2014; Bermann & Graff, 2015; Iverson et al., 2011a; Johnson et al., 2011; Matud et al., 2014; Ortíz et al., 2011; Resick et al., 2008). No artigo de Cohen et al. (2013) identificou-se que mulheres que sofreram recente exposição a violência doméstica demoraram mais para se engajar no tratamento, quando comparadas às mulheres sem histórico ou com episódios menos recentes de violência. No estudo de Iverson et al. (2011b) foram encontradas correlações positivas entre TEPT e depressão. Os resultados ainda indicaram que quanto menores os níveis destes sintomas, menor foi o índice de revitimização. Os estudos com o protocolo CPT apresentaram como hipótese inicial que a versão desta abordagem com sessões de exposição seria mais efetiva do que a versão sem exposição. Contudo, a versão sem exposição mostrou-se mais eficaz na redução de sintomas de TEPT e depressão.

Os estudos de Ortíz et al. (2011) e Matud et al. (2014) buscaram avaliar constructos positivos como autoconfiança, sensação de segurança e apoio social, emocional e instrumental, além de avaliar apenas sintomas psicopatológicos. Estes aspectos podem mediar o impacto da violência. Os resultados do estudo de Matud et al. (2014) apontaram que as pacientes obtiveram melhoras em todos estes aspectos, enquanto as participantes do grupo controle melhoraram apenas sua percepção de apoio social. No follow-up os efeitos da intervenção se mantiveram. No estudo de Ortiz et al. (2011), além da verificação dos sintomas, foi investigado se a presença de histórico de violência familiar na infância, violência em outros períodos da adultez e violência institucional apresentava relação com a exposição à violência doméstica mais recente. O histórico destas formas de violência foi identificado como fator de risco para a exposição recente à violência doméstica. Este mesmo estudo também considerou a combinação de serviços de saúde mental e defesa jurídica no tratamento. O resultado apontou que essa concepção multidisciplinar de tratamento foi eficaz na redução do risco de revitimização.

DISCUSSÃO

Os artigos selecionados foram analisados a partir de três eixos principais: (1) aspectos metodológicos; (2) aspectos técnicos das intervenções e (3) principais resultados encontrados nos estudos. Em relação à qualidade metodológica, os estudos apresentaram boa avaliação por apresentarem em sua maioria um grupo controle e experimental, sujeitos divididos aleatoriamente em cada grupo e semelhança em relação ao prognóstico para possibilitar uma maior validade de resultados. Além disso, os resultados-chave foram avaliados e analisados de acordo com a intenção de tratamento. No que diz respeito às considerações éticas, identifica-se a adequação dos estudos ao atender às normativas de pesquisas envolvendo seres humanos. Mesmo nos experimentos com grupo controle, os participantes recebiam algum tipo de intervenção básica (como psicoeducação ou exposição a relatos clínicos, apenas), e estas intervenções apresentaram resultados positivos no pós-teste. Além disso, os estudos com CPT descreveram na discussão a questão de que os resultados refutaram a hipótese da pesquisa, e isso também é um fator que denota a adequação ética do experimento (Iverson et al., 2011a; Iverson et al., 2011b; Resick et al., 2008). É por meio destes resultados inesperados que muitas vezes os pesquisadores identificam novos problemas de pesquisa que contribuem para o avanço do conhecimento. Nem todos os critérios da escala PEDro são descritos na metodologia dos artigos, mas os estudos randomizados controlados (Bass et al., 2014; Bermann & Graff, 2015; Cohen et al., 2013; Iverson et al., 2011a; Iverson et al., 2011b; Johnson et al., 2011; Matud et al., 2014; Miller et al., 2014; Resick et al., 2008) apresentaram alocação secreta dos sujeitos, os avaliadores mediram resultados de forma cega e os grupos eram semelhantes em relação ao prognóstico, o que aponta uma boa qualidade metodológica empregada nas pesquisas (Verhagen et al., 1988).

Em relação às intervenções, os resultados corroboram com a literatura no que diz respeito à importância da psicoeducação para que as mulheres possam compreender seu próprio funcionamento, aprender sobre o ciclo da violência, sobre seus direitos e também sobre como podem buscar ajuda nas redes de proteção existentes em cada país (Beck, 2007; Gomes, 2012; Ortiz et al., 2015). Além disso, a psicoeducação assume papel importante no tratamento dos sintomas desencadeados pelas situações de violência, como depressão, ansiedade e estresse. Ainda que a literatura aponte evidências de efetividade nas técnicas de exposição para o tratamento do TEPT, poucos estudos explicam como são feitas as intervenções. Atualmente algumas pesquisas sugerem a eficácia das técnicas de exposição a imagens mentais e a relatos clínicos, e isso pode ser identificado no estudo que originou três artigos, sobre a CPT. No

entanto, surpreendentemente a CPT foi mais eficaz na versão sem relatos clínicos (Iverson et al., 2011a; Iverson et al., 2011b; Resick et al., 2008). Isso evidencia uma lacuna existente nos estudos sobre intervenções com foco na exposição. Os pesquisadores entendem que as técnicas de exposição parecem funcionar, e, portanto, é importante que próximas pesquisas possam seguir testando hipóteses para aperfeiçoar intervenções para tratamento de sintomas de estresse.

Dois estudos abrangeram fatores adicionais de avaliação e intervenção, que é o caso da pesquisa com dependência química (Cohen et al., 2013) e do experimento que incluiu crianças (Bermann & Graff, 2015). A literatura descreve a comorbidade da violência com dependência química e, portanto, é imprescindível que alguns protocolos de tratamento possam incluir ambos aspectos como focos de intervenção (Gomes & Diniz, 2008; Ribeiro et al., 2009). Em relação ao tratamento que incluiu crianças, a literatura também aponta a necessidade de que as psicoterapias possam obter um olhar mais contextual para a violência doméstica, já que este é um tipo de violência que causa impacto em todas as pessoas que dividem o ambiente familiar (Bermann & Graff, 2015).

A questão da revitimização também foi abordada nos estudos, corroborando a literatura que aponta este fator de risco para as mulheres em situação de violência. Romper o ciclo da violência deve ser um dos objetivos terapêuticos e o uso da técnica de resolução de problemas se mostrou eficaz. Ainda com este objetivo, quatro estudos apontaram a necessidade de focar aspectos de promoção de saúde das participantes, como por exemplo, melhorar a autoestima e a qualidade de vida (Cort et al., 2014; Matud et al., 2014; Miller et al., 2014; Ortiz et al., 2011). Um ponto interessante a ressaltar é que em um destes experimentos, mesmo as pacientes do grupo controle melhoraram sua percepção de apoio social (Matud et al., 2014). Uma das hipóteses é a de que as mulheres conseguem promover melhoras pela própria relação de ajuda estabelecida em um processo de psicoeducação e acolhida.

Em relação aos resultados obtidos, os estudos apresentaram, em sua totalidade, níveis de melhora dos sintomas-alvo. As conclusões apontam que as técnicas de TCC se mostraram eficazes para reduzir sintomas de ansiedade, depressão e estresse (Bass et al., 2014; Miller et al., 2014; Ortiz et al., 2011). Em contrapartida, parece não existir entre os pesquisadores um consenso entre o número de sessões necessárias para redução dos sintomas de TEPT. Além disso, nenhum estudo apresentou o processo completo de suas intervenções, dificultando a replicação dos protocolos pelos clínicos. É importante que os artigos possam apresentar a estrutura do tratamento e das sessões, descrevendo também o processo, além de apresentar os

resultados. Percebe-se que o foco dos experimentos são os resultados, e não aspectos relacionados ao processo terapêutico.

Os artigos que preencheram critérios da busca desta revisão sistemática foram em sua totalidade internacionais. No Brasil não se encontrou nenhum estudo empírico atualizado para esta demanda. Isto é um dado preocupante, pois as estatísticas apontam que pelo menos 13 milhões de mulheres já sofreram violência no ambiente doméstico em nosso país, e, na maior parte dos casos notificados o agressor é o cônjuge ou ex-cônjuge (CPMI, 2013). A escassez de estudos empíricos brasileiros que avaliem tratamentos para esta população é um dado alarmante, que justifica a necessidade de criação e/ou adaptação de protocolos e estudos que avaliem efetividade de psicoterapia para mulheres vítimas de violência conjugal.

De forma geral, esta revisão sistemática possibilitou um entendimento do contexto nacional e internacional de estudos que buscam avaliar tratamentos psicológicos em TCC para mulheres vítimas de violência. Identificou-se a necessidade de realização de experimentos nacionais que possam também avaliar impacto e processo de tratamentos que abranjam a temática da violência doméstica, já que a prevalência deste tipo de violência é alta no Brasil. Um dos limitadores desta pesquisa pode ter sido a exclusão de dissertações e teses, pois muitas vezes trabalhos empíricos de processo e resultados são descritos neste tipo de publicação.

Sabe-se que um experimento de qualidade prevê alguns aspectos metodológicos específicos, como a aleatoriedade da amostra, avaliação cega de resultados e comparação estatística adequada. Os estudos empíricos internacionais que avaliaram protocolos de tratamento de TCC para mulheres vítimas de violência apresentaram qualidade em sua metodologia de pesquisa e, portanto, validade em seus resultados encontrados. No entanto, identifica-se a necessidade de experimentos que possam exemplificar o processo de psicoterapia, possibilitando assim a replicação dos protocolos por clínicos e pesquisadores.

REFERÊNCIAS

- Bandeira, L. M. (2014). Violência de gênero: A construção de um campo teórico e de investigação. *Revista Sociedade e Estado*, 29(2), 449-469. doi: 10.1590/S0109-69922014000200008
- 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, J. (2007). *Terapia cognitiva: Teoria e prática*. Porto Alegre: ArtMed.
- 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
- Brasil (2006). Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006: Dispõe sobre a violência doméstica contra a mulher. *Diário oficial da Republica Federativa do Brasil* [online] [acesso 2013]. Retrieved from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm
- Cáceres, E. (2011). Tratamento psicológico centrado no trauma em mulheres vítimas de violência conjugal. (Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid). In prensa.
- Cavalcanti, S. V. (2008). Violência doméstica. *Análise artigo por artigo da Lei Maria da Penha*. 2ªEdição. Salvador: Jusprodivm.
- 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 atuação de psicólogas(os) em programas de atenção à mulher em situação de violência*. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia.
- 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. Retrieved From: <http://dx.doi.org/10.1037/a0037361>

- Correia, C., Gomes, N., Coutro, T., Rodrigues, A., Erdmann, A., & Diniz, N. (2014). Representações sobre suicídio com mulheres com história de violência doméstica e tentativa do mesmo. *Contexto de Enfermagem*, 23(1), 118-125. Retrieved From: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/pt_0104-0707-tce-23-01-00118.pdf.
- Costa, B. A., & Zoltowski, A. P. C. (2014). Como escrever um artigo de revisão sistemática. In S. H. Koller, M.C.P.P. Couto, & J. V. Hohendorff (Eds.), *Manual de Produção Científica* (pp.55-70). Porto Alegre, RS: Penso Editora.
- CPMI, Senado Federal. (2013). Comissão parlamentar mista de inquérito (CPMI): Relatório Final. Retrieved From: <http://www.senado.gov.br/atividade/materia/getPDF.asp?t=130748&tp=1>.
- Crespo, M., & Arinero, M. (2010). Assessment of the efficacy of psychological treatment for women victims of violence by their intimate male partner. *The Spanish Journal of Psychology*, 13(2), 849 – 863. Retrieved From: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20977033>.
- Cunha, D. & Pinho, M.S. (2011). Sugestionabilidade interrogativa em mulheres vítimas de violência conjugal. *Ex aequo*, 23, 133-147. Retrieved From: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S087455602011000100011
- D’Affonseca, S. M., & Williams, L. C. A. (2011). Habilidades maternas de mulheres vítimas de violência: Uma revisão de literatura. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(2), 236-251. Retrieved From: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v31n2/v31n2a04.pdf>
- Dekee, L. P., Boing, A. F., Oliveira, W. F., & Coelho, E. B. S. (2009). A dinâmica da violência doméstica: Uma análise a partir dos discursos da mulher agredida e de seu parceiro. *Saúde Sociedade de São Paulo*, 18(2), 248-258. doi:10.1590/S010412902009000200008
- 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.
- Gomes, N. P. & Diniz, N. M. F. (2008). Males unveiling the different forms of conjugal violence. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21(2), 262-267. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002008000200005&lng=en&tlng=en
- Gomes, R. (2012). Mulheres vítimas de violência doméstica e transtorno de estresse pós-traumático: Um enfoque cognitivo-comportamental. *Revista de Psicologia da IMED*, 4(2), 672-680. doi: 10.18256/2175-5027

- Habigzang, L., Hatzenberger, R., Dala Corte, F., Stroher, F., & Koller, S. (2006). Grupos de terapia cognitivo-comportamental para meninas vítimas de abuso sexual: descrição de um modelo de intervenção. *Psicologia Clínica, 18*(2), 163-182. doi: 10.1590/S0103-56652006000200012
- 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. Retrieved From: www.sciencedirect.com.
- 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
- Johnson, D. M. & Zlotnick, C. (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. Doi: 10.1037/a0023822
- Matud, M.P., Fortes, D., & Medina, L. (2014). Eficácia de un programa de tratamiento psicológico individual para mujeres maltratadas por su pareja. *Psychosocial Intervention, 23*, 199-207. Retrieved From: <http://www.redalyc.org/pdf/1798/179832689005.pdf>
- 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.
- Miranda M. P, Paula C. S, Bordin I. A. (2010). Life-long domestic violence against women: Prevalence and immediate impact on health, work, and family. *Revista Panamericana de Salud Publica, 27*(4), 300-8. doi: 10.1590/S1020-49892010000400009
- Netto, L., Moura, M. A., Queiroz, A. B., Tyrell, M. A., & Bravo, M. (2014). Violência contra a mulher e suas consequências. *Acta Paulista de Enfermagem, 27*(5), 458-64. doi: 10.1590/1982-0194201400075
- Organização Mundial da Saúde. (2002). Informe mundial sobre violência e saúde. Retrieved From: <http://www.opas.org.br/relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude/>
- Organização Mundial da Saúde (2011). Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã. Retrieved from: http://www.who.int/eportuguese/publications/Mulheres_Saude.pdf?ua=1

- 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>
- Razera, J., Cenci, C. M. B., & Falcke, D. (2014). Violência doméstica e transgeracionalidade: Um estudo de caso. *Revista de Psicologia da IMED*, 6(1), 47-51. Retrieved From: <file:///C:/Users/12104673/Downloads/DialnetDomesticViolenceAndTransgenerationality-5154960.pdf>
- Resick, P., Galovski, T., Uhlmansiek, M., Scher, C., Clum, G., & Young- Xu, Y. (2008). A randomized clinical trial to dismantle components of cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder in female victims of interpersonal violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(2), 243–258. doi: 10.1037/0022-006X.76.2.243
- Ribeiro, W., Andreoli, S., Ferri, C., Prince, M., & Mari, J. (2009). Exposição à violência e problemas de saúde mental em países de desenvolvimento: Uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(2), 49-57. doi: 10.1590/S1516-44462009000600003
- Sacramento, L. T., & Rezende, M. M. (2006). Violências: Lembrando alguns conceitos. *Aletheia*, 24, 95-104. Retrieved From: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141303942006000300009
- Senado Federal. (2013). Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI): Relatório Final. Retrieved From: <http://www.senado.gov.br/atividade/materia/getPDF.asp?t=130748&tp=1>>
- Silva, L. E., & Oliveira, M. L. (2015). Violência contra a mulher: Revisão sistemática da produção científica nacional no período de 2009 a 2013. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(11), 3523-3532. Retrieved From: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152011.11302014>
- 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*, 7(12), 326-336. Retrieved From: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0051740>
- Verhagen, A. P. (1988). The Dephi list: A criteria list for quality assessment of randomized clinical trials for conducting systematic reviews developed by Delphi consensus. *Journal*

of Clinical Epidemiology, 51(12), 1235-41.

Retrieved From: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10086815>

Waiselfisz, J. J. (2015). *Mapa da violência 2015: Homicídio de mulheres no Brasil* (1. ed.).

Retrieved From: <http://www.mapadaviolencia.org.br/>

World Health Organization (2013). Global and regional estimates of violence against women:

Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence.

Retrieved From: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng

4. ESTUDO II

AVALIAÇÃO DE PROCESSO DE PROTOCOLO DE PSICOTERAPIA PARA MULHERES COM HISTÓRICO DE VIOLÊNCIA CONJUGAL: ESTUDO DE CASOS CLÍNICOS

RESUMO

A violência contra a mulher é um fenômeno complexo e que gera diversas consequências negativas para saúde mental (WHO, 2016). A presente pesquisa teve como objetivo avaliar o processo de um protocolo de psicoterapia para mulheres com histórico de violência conjugal. Estudos de casos clínicos foi o delineamento utilizado, e a amostra foi composta por três participantes. Para análise do processo, foram utilizados os instrumentos *Working Alliance Inventory (WAI-O)* e *Psychotherapy Process Q-Set (PQS)*, que avaliam, respectivamente, a aliança terapêutica e os itens mais e menos característicos da psicoterapia. A análise das sessões foi realizada através da avaliação de dois juízes independentes e foram comparados os resultados entre os avaliadores (índice de correlação de Pearson), sendo aceita a concordância entre as duplas $\geq 0,50$. Os resultados indicaram uma boa aliança terapêutica, um bom encadeamento entre sessões e apontaram que o protocolo está correlacionado com o protótipo esperado de psicoterapia cognitivo-comportamental. Além disso, os sintomas de ansiedade, depressão e TEPT diminuíram nas mulheres atendidas, bem como foi verificado aumento nos níveis de satisfação com a vida e autoestima. A maioria dos itens característicos e não característicos das sessões se repetem nos três casos, o que corrobora com os resultados positivos de impacto do protocolo. Os resultados compõem evidências iniciais de efetividade da intervenção. Protocolos com evidências de efetividade são necessários para qualificar o atendimento de mulheres em serviços que compõem a rede.

Palavras-chave: Violência contra mulher; Psicoterapia baseada em evidências; Terapia cognitivo-comportamental

ABSTRACT

Violence against women is a complex phenomenon and generates negative consequences for mental health (WHO, 2016). The present study aimed to evaluate the process of a psychotherapy protocol for women with a history of conjugal violence. The design was case studies, and the sample consisted of three cases. For the analysis of the process, the Working Alliance Inventory (WAI-O)

and Psychotherapy Process Q-Set (PQS) instruments were used, which evaluate, respectively, the therapeutic alliance and the more and less characteristic items of psychotherapy. The analysis of the sessions was performed through the evaluation of two independent judges and the results between the evaluators (Pearson's correlation) were compared, and agreement between the pairs ≥ 0.50 was accepted. The results indicated a good therapeutic alliance, a good connection between sessions and pointed out that the protocol is correlated with the expected prototype of cognitive-behavioral psychotherapy. In addition, the symptoms of anxiety, depression and PTSD decreased in the women attended, as well as increased levels of satisfaction with life and self-esteem. Most of the characteristic and non-characteristic items of the sessions are repeated in all three cases, which corroborates with the positive results of the protocol impact. The results compose initial evidence of intervention effectiveness. Protocols with evidence of effectiveness are needed to qualify the care of women in services that make up the network.

Key-words: Violence against women; Evidence-based psychotherapy; Cognitive behavioral therapy

INTRODUÇÃO

A violência pode ser definida como qualquer ato intencional que faça uso da força física, abuso, ameaça ou poder de uma pessoa ou grupo de pessoas para com outro(s), resultando em injúria, morte, dano psicológico, privação ou qualquer tipo de prejuízo (WHO, 2016). A violência contra a mulher é a violência específica direcionada ao gênero feminino. É um problema grave, de proporções mundiais, baseado na desigualdade de gênero, que independe de classe social, raça, religião, cultura e grau de escolaridade (Carneiro et al., 2017; Correia et al., 2014; WHO, 2013). Quando as agressões ocorrem no ambiente da própria casa da pessoa, denomina-se violência doméstica. Quando os atos violentos são entre os cônjuges ou ex-cônjuges, denomina-se violência conjugal (Carneiro et al., 2017; Deeke, Boing, Oliveira, & Coelho, 2009).

No ano de 2006 foi sancionada no Brasil a Lei nº11.340, também chamada de Lei Maria da Penha (LMP). Esta legislação definiu os tipos de violência contra a mulher em cinco categorias (violência física, moral, patrimonial, sexual e psicológica) e determinou a criação de delegacias especializadas para proteção à mulher, a implementação de unidades de apoio que visam proteger as mulheres e suas crianças, a criação de casas abrigo e de promotorias públicas especializadas ou núcleos de gênero do Ministério Público (Brasil, 2006). Ainda, instituiu punições mais severas para os agressores e determinou a responsabilidade do Estado na promoção de políticas públicas para enfrentamento à violência contra mulher. Em seus primeiros anos de vigência, a LMP promoveu a

redução de índices de reincidência à violência, no entanto, a prevalência de violência doméstica e de feminicídios continuam alarmantes no Brasil (CPMI, 2013; Garcia et al., 2015).

A violência conjugal contra a mulher é de natureza multicausal e contempla fatores sociais, culturais, familiares e individuais de cada parceiro (Garcia, Duarte, Freitas, & Silva, 2016). Alguns fatores estão associados à manutenção de relação de violência: histórico de maus tratos na infância, ingestão de álcool e drogas, esperança de que o parceiro mude de conduta, existência de filhos e presença do ciúme patológico no relacionamento (Deeke et al., 2009; Falcke, Oliveira, Rosa, & Bentancur, 2009; Silva et al., 2015). Ainda, são considerados importantes fatores de risco aspectos culturais que envolvem o pouco estímulo à autonomia da mulher e o papel de autoridade e controle do homem no ambiente doméstico. Tais aspectos dizem respeito ao modelo patriarcal que ainda é identificado na constituição das famílias (Oliveira, Costa & Sousa, 2015; Narvaz & Koller, 2006). Valores e crenças culturais reforçam papéis estereotipados de gênero, como por exemplo, a crença de que o valor da mulher está atrelado ao seu estado civil e que é responsabilidade dela manter a harmonia familiar (Falcke et al., 2009; Oliveira et al., 2015). Os fatores de proteção que facilitam o rompimento do ciclo de violência incluem a existência de rede de apoio social e afetiva, acesso aos serviços de atendimento psicossocial, e estabelecimento de medidas judiciais de proteção (Colossi, Razera, Haack, & Falcke, 2015; Perrone & Nanini, 2007; Ribeiro et al., 2009).

Sofrer qualquer tipo de agressão pode desencadear diversas consequências negativas para a mulher, tanto no âmbito físico quanto psicológico e afetar várias áreas de sua vida: familiar, laboral, acadêmica e comunitária/social (Lettiere et al., 2012, Netto et al., 2014). A literatura aponta que a exposição à violência está associada ao desencadeamento e agravamento de transtornos psicológicos. Os transtornos mais frequentes são transtornos de ansiedade, transtornos de humor, transtornos relacionados ao estresse, transtornos por uso de substâncias e transtornos do espectro obsessivo-compulsivo (Adeodato, et al., 2011; Jonas et al., 2014; Neto et al., 2014). Destes, o Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT) aparece com alta prevalência (Bermann & Graff, 2015; Ortiz et al., 2011). Ainda em relação ao impacto psicológico, pesquisas apontam que mulheres que experienciaram violência podem apresentar até cinco vezes mais probabilidade de cometer suicídio e maior probabilidade de desenvolver qualquer doença mental quando comparadas com mulheres que não foram agredidas (Ceccon et al., 2014; Trevillion et al., 2012). Dentre as consequências físicas associadas à violência encontram-se dores, lesões pelo corpo, distúrbios gastrointestinais, gravidez indesejada e infecções sexualmente transmissíveis (Côrtes, 2012; Neto et al., 2014).

Dentro do contexto da psicologia clínica, estudos demonstram que a psicoterapia pode ser uma estratégia efetiva de melhora dos sintomas das pacientes e de prevenção à revitimização (Matud et al., 2014; Ortiz et al., 2011). Dentre as abordagens teóricas, a Terapia Cognitivo-Comportamental

(TCC) apresenta evidências de efetividade no tratamento desta população porque possui foco nos sintomas, é direcionada para o presente, objetiva e breve (Beck, 2007; Crespo & Arinero, 2010; Echeburúa et al., 2013). Além disso, a TCC tem sido indicada para o tratamento específico dos sintomas comuns às situações de violência, como ansiedade, estresse e depressão (Bermann & Graff, 2015; Miller et al., 2014; Ortiz et al., 2011).

Uma revisão sistemática da literatura sobre protocolos de TCC para mulheres com histórico de violência identificou alguns elementos-chave no tratamento desta população (Ver Estudo I). A psicoeducação foi utilizada em todos os protocolos. É fundamental que a paciente perceba o ciclo da violência, entenda seu próprio funcionamento e conheça seus direitos nas redes de proteção existentes em cada país (Gomes, 2012; Ortiz et al., 2011). Para o tratamento dos sintomas de TEPT, as técnicas tiveram como foco a regulação emocional aliada às narrativas de eventos traumáticos (Iverson et al., 2011). Abordar aspectos relacionados à prevenção de revitimização e o desenvolvimento de habilidades de autoproteção também se mostrou fundamental nos protocolos (Bass et al., 2014; Miller et al., 2014). Outras técnicas identificadas foram treino em relaxamento, resolução de problemas, ativação comportamental e reestruturação cognitiva (Iverson et al., 2011; Ortiz et al., 2015). Por fim, alguns estudos sugerem desenvolver aspectos positivos das pacientes, como a autoestima e a satisfação com a vida (Matud et al., 2014; Ortiz et al., 2015).

As práticas baseadas em evidências permitem a utilização de intervenções efetivas pelos psicólogos que atuam na área clínica. A avaliação de processos e resultados de protocolos de psicoterapia torna-se uma demanda urgente para pesquisadores (Monteleone & Witter, 2017). O foco das pesquisas de resultado é identificar qual o impacto que determinada intervenção causou em uma população, ou seja, busca-se avaliar a eficácia e/ou a efetividade das psicoterapias por meio da comparação de sintomas antes e depois da intervenção (Peuker, Habigzang, Koller, & Araujo, 2009). Já as pesquisas de processo têm o objetivo de analisar como ocorrem as mudanças em psicoterapia, englobando o estudo sobre a interação paciente-terapeuta e como é sua comunicação no *setting* terapêutico (Brum et al., 2012). Estudos de processo são importantes, pois a partir deles é possível conectar o tratamento psicológico com seus efeitos e identificar estratégias efetivas e mecanismos de ação que favoreçam a psicoterapia. Assim, clínicos e pesquisadores podem replicar intervenções e isso promove a intersecção entre a teoria acadêmica e a prática clínica (Peuker et al., 2009). As tecnologias facilitaram os estudos sobre processo, considerando que as gravações em áudio e vídeo permitem a aplicação *à posteriori* de instrumentos específicos de análise das sessões (Bucci, 2007; Serralta & Streb, 2003).

Fatores inespecíficos que explicam os resultados de um tratamento psicológico constituem foco de análise do processo e a aliança terapêutica tem sido principal fator estudado e relacionado ao desfecho e à evolução da psicoterapia (Oliveira & Benetti, 2015; Serralta et al., 2007). Isso

significa que uma boa aliança tende a predizer um resultado positivo, enquanto uma aliança fraca pode explicar a interrupção do tratamento ou um processo no qual não se identificam melhoras na sintomatologia ou mudança no funcionamento global do paciente (Byrd, Patterson, & Turchik, 2010; Oliveira & Benetti, 2015). O conceito de aliança terapêutica é atóxico e pode ser compreendido como um conjunto de aspectos que promovem a colaboração entre paciente e terapeuta. Estes aspectos podem estar relacionados ao acordo sobre os objetivos do tratamento, sobre as tarefas propostas nas sessões ou em relação ao desenvolvimento do vínculo entre a dupla (Bordin, 1979; Zetzel, 1956).

O estudo de processos psicoterápicos também pode ter como objetivo medir o quanto determinada intervenção assemelha-se ao modelo padrão de seu referencial teórico. O método dos protótipos derivado do instrumento Psychotherapy Process Q-Set (PQS) avalia o grau de concordância entre psicoterapias de casos reais e a abordagem teórica que supostamente as fundamenta. É uma análise importante a se realizar quando é formulada uma nova intervenção, e seus resultados podem validar a orientação teórica de um protocolo de psicoterapia (Serralta & Ablon, 2016). Sendo assim, é imprescindível que as pesquisas englobem aspectos relacionados ao processo, analisando tanto a aliança terapêutica quanto os itens mais característicos ou menos característicos de cada sessão. (Oliveira & Benetti, 2015; Byrd et al., 2010; Ackerman & Hilsenroth, 2003). A análise da aliança terapêutica e dos itens mais e menos característicos do processo de psicoterapia se mostrou útil para compreender a interrupção do tratamento de uma paciente com histórico de maus tratos na infância e diagnóstico de transtorno Borderline (Campezatto, Serralta, & Habigzang, 2017). A principal limitação do estudo foi a ausência de medidas de pré e pós-teste para avaliação de resultado e possível comparação com as medidas de processo.

No Brasil, o desenvolvimento e a avaliação de protocolo de psicoterapia específico para mulheres com histórico de violência conjugal foi inicialmente realizado com foco no resultado (Habigzang & et al., no prelo). O protocolo de TCC, constituído por 13 sessões, foi aplicado em uma amostra de 11 mulheres. Os resultados apontaram evidências iniciais de efetividade para redução de sintomas de ansiedade e depressão, mas os sintomas de TEPT se mantiveram. Para compreender tais resultados, foi realizado um estudo em profundidade do processo de algumas participantes (Ferreira, Maciel, & Habigzang, submetido). Contudo, essa análise de processo se restringiu a avaliação dos registros realizados pelas terapeutas. Assim, a principal limitação identificada foi a ausência de instrumentos que permitissem avaliar a aliança terapêutica e aspectos específicos para compreender os desfechos.

Com base nos resultados preliminares do protocolo desenvolvido por Habigzang e colaboradores (no prelo) e na revisão sistemática da literatura (Ver Estudo I), o protocolo foi reformulado para nova avaliação. O objetivo geral desse estudo é avaliar o processo de psicoterapia

a partir da aplicação do protocolo reformulado para mulheres com histórico de violência conjugal para compreender os desfechos clínicos encontrados. Os objetivos específicos são analisar aspectos intrapessoais da paciente, da terapeuta e interpessoais da dupla paciente-terapeuta; verificar se o protocolo se ajusta ao protótipo ou modelo ideal de uma psicoterapia cognitivo-comportamental; avaliar o grau de aliança terapêutica entre terapeuta e paciente; e comparar sintomas clínicos antes e depois do tratamento.

MÉTODO

O estudo de casos clínicos foi o delineamento escolhido para responder aos objetivos deste estudo. Trata-se de uma pesquisa de processo em psicoterapia, por meio da qual se está constituindo evidências iniciais de efetividade de um protocolo de intervenção. Para tal, estudos de caso são preferencialmente utilizados (Serralta et al., 2010; Stake, 2000).

Participantes

As três participantes foram selecionadas por conveniência a partir dos seguintes critérios de inclusão: idade entre 18 e 60 anos, apresentar histórico de violência conjugal, possuir medida protetiva de urgência em função da violência. Os critérios de exclusão foram: presença de sintomas psicóticos, déficits cognitivos graves e transtorno por abuso de substâncias. Além disso, as participantes não poderiam estar sendo atendidas em outro tipo de psicoterapia no momento da intervenção. Os critérios de exclusão foram aplicados por meio de entrevista clínica. As participantes foram encaminhadas pelo Núcleo de Assistência em Psicologia Jurídica (NAPSIJUR - PUCRS), pelo Núcleo de Estudos e Pesquisa em Trauma e Estresse (NEPTE – PUCRS) e pelo Juizado Especializado em Violência Doméstica e Familiar contra Mulher.

A Paciente 1 será chamada de Laura*. Ela tinha 41 anos no momento da psicoterapia e estava separada do agressor há quatro anos. Possuía escolaridade de nível superior completo e trabalhava em uma empresa. A paciente possuía uma filha de cinco anos com o ex-conjuge e seu contato com o pai da menina ocorria por meio de seu advogado. Laura estava em processo judicial na vara de família para a revisão de visitas e alimentos, o que gerava muito estresse e ansiedade. A relação afetiva entre eles durou três anos, e nesse período Laura sofreu violência psicológica e física. A separação ocorreu quando a paciente estava no final da gestação. Para que pudesse ter a filha em melhores condições, conseguiu separar-se e voltou a morar na casa dos pais, denunciando a violência e conseguindo medida protetiva contra o ex-cônjuge. Ao longo do processo de psicoterapia, identificaram-se alguns

aspectos relacionados à instabilidade no vínculo das relações da paciente, bem como problemas ligados à desregulação emocional na interação com outras pessoas de seu convívio.

A Paciente 2 será chamada de Paola*. Ela tinha 41 anos no momento da psicoterapia, e estava separada do agressor há um ano. Tinha ensino fundamental incompleto e trabalhava como cuidadora de idosos. Paola também tinha filhos com o ex-cônjuge: um menino adolescente e uma filha adulta. No momento da psicoterapia, o ex-casal estava em processo judicial pela divisão dos bens e Paola tinha medida protetiva. O relacionamento afetivo entre eles durou 20 anos, e nesse período Paola sofreu violência sexual, física, psicológica, moral e patrimonial. Paola se divorciou quando descobriu que o ex-marido mantinha relações extraconjugais com uma vizinha. A exposição à violência durante anos fizeram com que Paola sentisse insegurança na relação com os demais e preocupação sobre o que os outros pensavam sobre ela. Quando lembrava das situações vividas com o ex-marido, ela sentia automaticamente um alto nível de ansiedade e medo. Esses sintomas de desregulação emocional geravam muito desconforto a paciente.

A Paciente 3 será chamada de Arlete*. Completou 47 anos durante o processo de psicoterapia. Possuía ensino médio completo e trabalhava há 35 anos no ramo empresarial, mas atualmente estava desempregada. Tinha dois filhos adultos de um casamento anterior. Buscou psicoterapia em função de um relacionamento violento que durou quatro anos. Não houve agressão física durante o relacionamento, mas os outros tipos de agressão faziam-se presentes, principalmente a violência psicológica que era recorrente. Apesar de estarem separados e de ela ter uma medida protetiva de urgência, há meses ele descumpria a ordem judicial de afastamento, tentando retomar o contato com ela. Havia um agravante na sua situação que se devia ao fato deste ex-companheiro residir próximo a sua residência. Ele constantemente a vigiava por uma de suas janelas, interfonava para sua casa e ficava circulando pelo bairro. Durante o processo de psicoterapia, ele sistematicamente tentou fazer contato com o intuito de convencê-la a retomar o relacionamento. Arlete fez inúmeros boletins de ocorrência sobre o descumprimento da medida protetiva por parte do ex-companheiro e aguardava decisão judicial sobre isto.

Instrumentos para Avaliação Clínica

- (1) Ficha de Dados Pessoais e Sociodemográficos: o objetivo deste instrumento é investigar características pessoais e sociodemográficas (Lima, 2010).
- (2) Inventário de Ansiedade Beck – BAI (Beck Anxiety Inventory – BAI): Foi desenvolvido por Beck, Epstein, Brown e Sterr em 1998, e adaptado e validado para o Brasil por Cunha (2001). Objetiva investigar os índices de ansiedade por meio de uma escala de 21 itens. A escala original apresenta uma estrutura unifatorial, com *alpha* de *Cronbach* satisfatório ($\alpha = .92$).

- (3) Inventário de Depressão Beck – BDI-II (Beck Depression Inventory – BDI-II): Desenvolvido por Beck, Steer e Brown em 1996, adaptado e validado para o Brasil por Gorenstein, Pang, Argimon e Werlang (2011). Avalia os sintomas de depressão por meio de uma escala autoaplicável composta por 21 itens. A versão original da escala apresenta coeficiente *alpha* de *Cronbach* ($\alpha = .85$).
- (4) Questionário Sobre Traumas na Infância (Childhood Trauma Questionnaire - CTQ): No Brasil, Grassi-Oliveira, Stein e Pezzi (2006) traduziram e adaptaram o conteúdo do CTQ de 28 itens, denominado Questionário Sobre Traumas na Infância, podendo ser aplicado em adolescentes e adultos. O questionário avalia cinco dimensões de trauma na infância (abuso físico, abuso emocional, negligência física, negligência emocional e abuso sexual). A escala apresenta coeficiente *alpha* de *Cronbach* ($\alpha = .64$) (Grassi-Oliveira et al., 2006).
- (5) Escala Tática de Conflito (Conflict Tatic Scale – CTS): desenvolvida pelo sociólogo Murray Straus, em 1979. O instrumento foi traduzido e adaptado à cultura brasileira por Scharaiber e D’Oliveira (2000) em parceria com a Organização Mundial da Saúde (OMS). Seu objetivo é avaliar o modo como os casais resolvem os seus conflitos, através de estratégias de negociação ou de abuso: (a) abuso físico sem seqüelas, (b) agressão psicológica, (c) abuso físico com seqüelas (d) coerção sexual. O valor do *alpha* de *Cronbach* referente à consistência interna da escala total para a perpetração é $\alpha = .79$ e para a vitimização $\alpha = .80$.
- (6) Entrevista Estruturada para Transtorno de Estresse Extremo (Structured Interview for Disorders of Extreme Stress – SIDES-R): desenvolvida por Pelcovitz, van der Kolk, Roth, Mandel, Kaplan e Resick em 1997, e adaptada para a cultura brasileira por Camargo, Kluwe-Schiavon, Sanvicente-Vieira, Levandowski, e Grassi-Oliveira (2013). A entrevista objetiva investigar e medir as alterações comportamentais e cognitivas relacionadas ao proposto diagnóstico de Transtornos de Estresse Extremo não especificado (disorders of extreme stress not otherwise specified, DESNOS) Apresentou satisfatório coeficiente de *kappa* (0,853; Camargo et al., 2013).
- (7) Posttraumatic Symptoms Checklist (PCL-5; Weathers et al., 2014). A PCL-5 é um escala de autorrelato composta por 20 itens. O instrumento tem como objetivo medir a gravidade de sintomas e fornecer um diagnóstico de TEPT. Em um estudo com objetivo de contribuir para o processo de validação do instrumento no Brasil, foram encontrados valores aceitáveis de consistência interna do instrumento, com *alpha* de *cronbach* $\alpha = 0.56$ a $\alpha = 0.77$ (Passos, Figueira, Mendlowicz, Moraes, & Coutinho, 2012).
- (8) Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg’s Self-Esteem Scale, RSS, Rosenberg, 1989, adaptada por Hutz & Zanon, 2011): A escala objetiva identificar que visões o paciente tem sobre si. Possui dez itens, sendo seis referentes a uma visão positiva de si mesmo e quatro referentes a uma visão autodepreciativa. Sua consistência interna é satisfatória, apresentando *alpha* de *cronbach* $\alpha = 0.90$.

(9) Escala de Satisfação com a Vida (Satisfaction with Life Scale, SWLS, Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985, adaptada por Gouveia, Milfont, Fonseca, & Coelho, 2009): A escala tem como objetivo avaliar o índice de satisfação de vida a partir de um questionário auto-aplicável que apresenta cinco tópicos que avaliam os índices de satisfação com a vida. Sua consistência interna é satisfatória, apresentando *alpha de cronbach* $\alpha = 0.95$ (Gouveia et al., 2009).

Instrumentos para Avaliação de Processo de Psicoterapia

(1) Inventário de Aliança de Trabalho/ Working Alliance Inventory (WAI; Horvath & Greenberg, 1989): O WAI é um instrumento concebido para avaliar a aliança terapêutica em diferentes abordagens em psicoterapia. Possui três versões: observador, terapeuta e paciente, denominadas, respectivamente WAI-O, WAI-T e WAI-P. Consiste em um questionário com 36 questões com respostas que variam em uma escala de sete pontos (sempre-nunca) divididas em três subescalas: objetivos (negociação e entendimento mútuo entre terapeuta e cliente acerca dos objetivos da terapia em termos de resultados); tarefas (atividades específicas desenvolvidas pelo terapeuta e cliente para promover as mudanças); e vínculo (relação interpessoal entre cliente e terapeuta). A confiabilidade do instrumento original, baseada na homogeneidade (*alpha de Cronbach*) entre os itens varia entre 0,84 e 0,93. As subescalas são correlacionadas entre si e a confiabilidade destas varia de 0,68 a 0,92 (Horvath, 1994). A versão em português do Brasil foi desenvolvida por Serralta e Benetti e autorizada pelo autor (Adam Horvarth).

(2) Psychotherapy Process Q-Set (PQS): É um instrumento utilizado para descrever, quantitativamente e em termos clinicamente significativos, o processo terapêutico das diferentes psicoterapias. O instrumento é constituído por 100 itens apresentados em uma tabela e um manual explicativo com descrições e exemplos operacionais dos itens. Estes podem ser classificados em três grupos: 1) atitudes, comportamentos ou experiências do paciente; 2) ações e atitudes do terapeuta; 3) interação paciente/terapeuta ou clima terapêutico (Serralta, Nunes, & Eizirik, 2007). O instrumento foi traduzido para o português por Serralta, Nunes e Eizirik (2007). Após o exame do material da sessão terapêutica e formulação inicial sobre os dados, os avaliadores (juizes) devem distribuir os itens em nove listas, variando num continuum que vai do menos característico (categoria 1) ao mais característico (categoria 9). O número de itens em cada lista é distribuído em conformidade com a curva normal, variando de cinco itens nos extremos a 18 itens nas categorias do meio. Essa distribuição forçada faz com que os avaliadores tenham que buscar o melhor arranjo para descrever os fenômenos, levando em consideração a frequência, a intensidade e a importância de um item em relação aos demais (Serralta, Nunes, & Eizirik, 2007). O instrumento também permite realizar o método dos protótipos, a partir do qual é possível mensurar em que medida as psicoterapias de casos

reais se relacionam com sua abordagem teórica proposta. Com isso, é possível validar a orientação teórica de um protocolo de psicoterapia (Serralta & Ablon, 2016).

Procedimentos Éticos e de Coleta de Dados

Este estudo foi aprovado pela Comissão Científica da Faculdade de Psicologia e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS (1.000.590). Os procedimentos éticos estão de acordo com a resolução 466/12 do Ministério da Saúde (2012).

Os dados foram coletados no Serviço de Atendimento e Pesquisa em Psicologia (SAPP) da PUCRS. A equipe de pesquisa foi composta por duas psicólogas com formação em TCC e treinamento prévio do protocolo avaliado. Além delas, compunham a equipe cinco graduandos com experiência em atendimentos clínicos, que receberam um treinamento minucioso dos instrumentos de avaliação clínica e de processo de psicoterapia.

As mulheres encaminhadas para atendimento foram convidadas a participar da pesquisa e, naquele momento, foi explicada detalhadamente a relevância do estudo, os benefícios e os possíveis riscos envolvidos em sua participação. Também foram esclarecidas as possíveis dúvidas. Após a efetiva concordância em participar do estudo, foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e iniciada a administração dos instrumentos para avaliação clínica. Esta avaliação teve três encontros de aproximadamente 50 minutos e foi conduzida por graduando de psicologia. Os instrumentos utilizados foram divididos nestes três encontros para evitar possível desgaste das participantes. Em seguida, as mulheres foram encaminhadas para psicoterapia, sendo atendidas por uma das psicólogas da equipe.

O protocolo de psicoterapia é constituído por 16 sessões com quatro fases: (1) Psicoeducação sobre violência contra mulher e relações de gênero; Reestruturação cognitiva; (2) Exposição gradual às memórias traumáticas e Regulação emocional; (3) Treino em resolução de problemas e (4) Fortalecimento de estratégias de proteção e construção de projetos futuros. A Tabela 1 apresenta detalhadamente o protocolo com estrutura de cada sessão. Todas as sessões foram gravadas em áudio e 50% delas foram analisadas por no mínimo dois juízes independentes. As sessões para análise foram sorteadas, buscando atender no mínimo uma sessão de cada etapa do protocolo. A terapeuta do caso não atuou como juíza, para evitar possíveis vieses.

Tabela 1. Protocolo de Psicoterapia

Etapas	Sessão	Descrição
Etapa 1 Psicoeducação sobre violência contra mulher e relações de gênero Reestruturação cognitiva	1	Estabelecimento do contrato terapêutico; avaliação das expectativas da participante; estabelecimento de objetivos terapêuticos. Construção de um cartão com a visão de si (com colagens de figuras e/ou palavras que descrevam características pessoais) e avaliação de crenças sobre 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	Reflexões sobre relações de gênero. Psicoeducação sobre a violência de gênero.
	4	Psicoeducação quanto ao Modelo ABC (Evento – Interpretação – Consequências: emoções, comportamentos, reações físicas).
	5	Psicoeducação sobre as 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.
	9	Estratégias para manejo de emoções relacionadas aos eventos traumáticos. Estratégias cognitivas e comportamentais de enfrentamento – Botão de emergência. Relaxamento.
Etapa 3 Resolução de problemas	10	Estratégias para manejo de emoções, cognições e comportamentos relacionadas aos eventos traumáticos. Relaxamento.
	11	Treino de Resolução de Problemas.
Etapa 4 Fortalecimento de estratégias de proteção e construção de projetos futuros	12	Treino de Resolução de Problemas.
	13	Prevenção à exposição de violência/estratégias de proteção/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.

Após a aplicação do protocolo, as participantes foram reavaliadas clinicamente para verificar níveis de ansiedade, depressão, satisfação com a vida, autoestima e diagnósticos de trauma complexo e TEPT. Esta reavaliação foi realizada pelo mesmo membro da equipe que avaliou o pré-teste. Foi dada uma devolução verbal sobre os resultados finais, pelo avaliador e terapeuta. A Tabela 2 apresenta a aplicação de instrumentos conforme etapa do estudo.

Tabela 2. Aplicação de Instrumentos

Instrumento	Pré-Teste	Durante Psicoterapia	Pós-Teste
Ficha de Dados Pessoais e Sociodemográficos	X		
BAI	X		X
BDI	X		X
Questionário sobre Traumas na Infância - CTQ	X		
Escala Tática de Conflito	X		
SIDES-R	X		X
PCL 5	X		X
Escala de Autoestima	X		X
Escala de Satisfação com a Vida	X		X
WAI-O		X	
PQS		X	

Procedimentos de Análise de Dados

Os instrumentos para avaliação clínica foram analisados qualitativamente, com objetivo de verificar o impacto da intervenção. As sessões selecionadas foram ouvidas pelos juízes. Nas codificações obtidas pelo PQS e pelo WAI-O, foi calculado o índice de correlação de Pearson para verificação da concordância entre os avaliadores, sendo aceita a concordância entre as duplas $\geq 0,50$. Ao assumir uma boa concordância, foi calculada a média de cada item, tanto do WAI-O quanto do PQS. No caso de o índice de concordância entre os juízes ser abaixo de 0,50, um terceiro juiz analisou a sessão. Isso ocorreu na sessão 5 da paciente Laura e na sessão 12 da paciente Arlete.

RESULTADOS

Resultados da Avaliação Clínica Antes e Depois da Intervenção

Em relação aos resultados comparativos entre pré e pós-teste, identificam-se melhoras clínicas na sintomatologia das pacientes. Após a intervenção, Laura diminuiu sintomas de depressão e de TEPT e observou um aumento na escala de ansiedade, embora em categoria subclínica. As pacientes Paola e Arlete apresentaram redução de sintomatologia clínica nos níveis de ansiedade e depressão. Ambas não fecharam critérios para diagnóstico de TEPT e Trauma Complexo no início da intervenção e isso se manteve no pós-teste. A Tabela 3 apresenta os resultados da avaliação clínica das pacientes antes e após o tratamento.

As experiências de violência na relação conjugal e na infância foram avaliadas nas três participantes. Os resultados apontaram que Laura sofreu violência psicológica e física por parte do ex-cônjuge. Em contrapartida, ela também cometeu violência psicológica contra ele, mas nunca o agrediu fisicamente. Segundo a paciente, o ex-marido não tentava resolver conflitos de outra forma que não violentamente. Em sua infância, identificou-se que Laura sofreu abuso emocional (nível baixo). Paola sofreu todos os tipos de violência por parte do seu ex-cônjuge. Em contrapartida às agressões, ela o agrediu fisicamente, mas isso ocorreu poucas vezes. Em sua infância, a paciente não identificou ter sofrido maus-tratos. Por fim, Arlete vivenciou violência psicológica, sexual, moral e patrimonial em sua relação conjugal. Ela também agrediu psicologicamente o ex-companheiro em alguns momentos, mas entendia que na maior parte das vezes tentava resolver os conflitos de forma não violenta. Em sua infância, a paciente sofreu negligência e abuso emocional (níveis moderados).

No que diz respeito às percepções de autoestima e satisfação com a vida das pacientes, os resultados comparativos antes e depois da intervenção mostraram que Laura manteve os mesmos escores (22 e 15, respectivamente). Paola aumentou tanto sua satisfação com a vida quanto sua autoestima (de 35 para 40 e de 25 para 35, respectivamente), e Arlete manteve-se estável em relação à sua satisfação com a vida (16), mas aumentou seu nível de autoestima (de 35 para 40).

Tabela 3. Avaliação Clínica Pré e Pós-Teste

Sintomas	Tempo	Laura	Paola	Arlete
Ansiedade	Pré-teste	Mínimo	Moderado	Leve
	Pós-teste	Leve	Mínimo	Mínimo
Depressão	Pré-teste	Leve	Moderado	Leve
	Pós-teste	Mínimo	Mínimo	Mínimo
TEPT	Pré-teste	Sim	Não	Não
	Pós-teste	Não	Não	Não
Trauma Complexo	Pré-teste	Não	Não	Não
	Pós-teste	Não	Não	Não

Resultados de Processo de Psicoterapia

Aliança Terapêutica

A aliança terapêutica foi medida através do instrumento Working Alliance Inventory, versão observacional (WAI-O), pelos juízes independentes. O ponto médio ou “neutro” de aliança se refere ao escore de nível 4. Os resultados apontaram que nos três casos foi mantida uma aliança terapêutica acima da média ao longo de todo o processo psicoterapêutico (Tabela 4).

Tabela 4. Aliança Terapêutica

Paciente	Aliança Geral	DP	Vínculo	Tarefas	Objetivos
Laura	5,28	0,43	5,90	5,78	5,15
Paola	5,45	0,42	5,57	5,45	5,35
Arlete	5,55	0,21	5,63	5,81	5,32

Itens característicos e não-característicos do processo

O Psychotherapy Process Q-Set fornece uma descrição dos termos mais clinicamente significativos do processo terapêutico das pacientes. A Tabela 5 refere-se aos itens mais significativos identificados nos processos das pacientes, enquanto a Tabela 6 apresenta os itens menos significativos.

Tabela 5: Itens Mais Característicos do Processo

Laura	M	Paola	M	Arlete	M
Item 46: A terapeuta se comunica com a paciente com um estilo claro e coerente.	7.73	Item 45: A terapeuta adota uma atitude de apoio.	7.71	Item 54: A paciente é clara e organizada em sua expressão.	7.92
Item 6: A terapeuta é sensível aos sentimentos da paciente, afinada com a paciente; empática.	7.66	Item 6: A terapeuta é sensível aos sentimentos da paciente, afinada com a paciente; empática.	7.47	Item 46: A terapeuta se comunica com a paciente com um estilo claro e coerente.	7.61
Item 23: O diálogo tem um foco específico.	7.46	Item 69: A situação de vida atual ou recente da paciente é enfatizada na discussão.	7.41	Item 86: A terapeuta é segura ou autoconfiante (versus insegura ou defensiva).	7.53
Item 45: A terapeuta adota uma atitude de apoio.	7.46	Item 86: A terapeuta é segura ou autoconfiante (versus insegura ou defensiva).	7.41	Item 88: A paciente traz temas e material significativos.	7.53
Item 69: A situação de vida atual ou recente do paciente é enfatizada na discussão.	7.46	Item 18: A terapeuta transmite a impressão de aceitação não crítica (OBS: a colocação na direção do extremo não característico indica desaprovação, falta de aceitação).	7.23	Item 95: A paciente sente-se ajudada.	7.53
Item 3: As observações da terapeuta visam facilitar a fala da paciente.	7.23	Item 73: A paciente está comprometida com o trabalho terapêutico.	7.18	Item 45: A terapeuta adota uma atitude de apoio.	7.43
Item 88: A paciente traz temas e material significativos.	7.2	Item 4: Os objetivos da paciente no tratamento são discutidos.	7.12	Item 6: A terapeuta é sensível aos sentimentos da paciente, afinada com a paciente; empática.	7.3
Item 54: A paciente é clara e organizada em sua expressão.	7.0	Item 88: A paciente traz temas e material significativos.	7.12	Item 27: A terapeuta dá orientações e conselhos explícitos (versus adia,	7.23

				mesmo quando é pressionado a fazê-lo).	
Item 86: A terapeuta é segura ou autoconfiante (versus insegura ou defensiva).	6.68	Item 46: A terapeuta se comunica com a paciente com um estilo claro e coerente.	7.05	Item 72: A paciente entende a natureza da terapia e o que é esperado.	7.23
Item 73: A paciente está comprometida com o trabalho terapêutico.	6.8	Item 95: A paciente sente-se ajudada.	7.0	Item 73: A paciente está comprometida com o trabalho terapêutico.	7.15

Tabela 6. Itens Menos Característicos do Processo

Laura	M	Paola	M	Arlete	M
Item 77: A terapeuta não tem tato.	1.53	Item 9: A terapeuta é distante, indiferente (versus responsiva e efetivamente envolvida).	1.11	Item 25: A paciente tem dificuldade em começar a sessão.	1.53
Item 5: A paciente tem dificuldade para compreender os comentários da terapeuta.	1.66	Item 77: A terapeuta não tem tato.	1.47	Item 15: A paciente não inicia assuntos; é passiva.	1.69
Item 9: A terapeuta é distante, indiferente (versus responsiva e efetivamente envolvida).	1.8	Item 15: A paciente não inicia assuntos; é passiva.	1.82	Item 5: A paciente tem dificuldade para compreender os comentários da terapeuta.	1.76
Item 15: A paciente não inicia assuntos; é passiva.	2.0	Item 1: A paciente verbaliza sentimentos negativos (por exemplo, crítica, hostilidade) dirigidos à terapeuta (versus faz comentários de aprovação ou admiração).	1.94	Item 93: A terapeuta é neutra.	2.07
Item 51: A terapeuta é condescendente ou protetora para com a paciente.	2.13	Item 14: A paciente não se sente entendida pelo terapeuta.	2.0	Item 58: A paciente resiste em examinar pensamentos, reações ou motivações relacionados aos problemas.	2.15
Item 14: A paciente não se sente entendida pelo terapeuta.	2.26	Item 5: A paciente tem dificuldade para compreender os comentários da terapeuta.	2.05	Item 14: A paciente não se sente entendida pela terapeuta.	2.38
Item 44: A paciente se sente cautelosa ou desconfiada (versus confiante e segura).	2.46	Item 25: A paciente tem dificuldade em começar a sessão.	2.17	Item 9: A terapeuta é distante, indiferente (versus responsiva e efetivamente envolvida).	2.46
Item 42: A paciente rejeita (versus aceita) os comentários e observações da terapeuta.	2.6	Item 42: A paciente rejeita (versus aceita) os comentários e observações da terapeuta.	2.17	Item 61: A paciente se sente tímida ou envergonhado (versus à vontade e segura).	2.46
Item 25: O paciente tem dificuldade em começar a sessão.	2.66	Item 93: A terapeuta é neutra.	2.35	Item 77: A terapeuta não tem tato.	2.48

Item 39: Existe um tom competitivo na relação.	2.73	Item 44: A paciente se sente cautelosa ou desconfiada (versus confiante e segura).	2.41	Item 44: A paciente se sente cautelosa ou desconfiada (versus confiante e segura).	2.53
--	------	--	------	--	------

Na análise dos itens característicos em comparação aos três casos, identifica-se que o item 6, 45, 46, 73, 86 e 88 são comuns a todos os processos. Ainda, os itens não-característicos 5, 9, 14, 15, 25, 44 e 77 também se repetem nas três análises. Assinala-se, portanto, que de forma geral as terapeutas foram claras e coerentes na forma de se comunicar com as pacientes, foram sensíveis e empáticas, adotaram atitudes de apoio e foram seguras e autoconfiantes. Elas tiveram tato em suas intervenções e foram responsivas e envolvidas na melhora das pacientes. As três pacientes estavam comprometidas com o trabalho terapêutico, trouxeram temas e materiais significativos, iniciaram assuntos espontaneamente e sentiram-se seguras e confiantes no processo. Além disso, elas sentiram-se entendidas pelas terapeutas e tiveram facilidade de compreender os comentários das mesmas.

Alguns itens foram comuns aos processos de duas pacientes. O item 69 apareceu tanto na psicoterapia de Laura como de Paola, o que aponta que ambas tinham necessidades de abordar a vida atual ou recente nas sessões. Laura e Paola aceitavam diretamente os comentários e as observações da terapeuta. Já o item 54 apareceu como característico nas terapias de Laura e Arlete, o que sugere que ambas eram claras e organizadas na sua forma de se expressar. Entre as pacientes Paola e Arlete, foi identificado o item 95 como significativo em ambos os processos e o item 93 como não característico. Compreende-se, portanto, que as duas sentiram-se ajudadas pela terapeuta, que apareceu como figura não neutra em ambos os processos.

Ainda que a maior parte dos itens tenha se repetido em todos os processos ou em ao menos dois, alguns apareceram como descritores específicos de cada caso. Na psicoterapia de Laura o diálogo teve um foco específico e as observações da terapeuta visavam facilitar a fala da paciente. A terapeuta não foi condescendente com a paciente e não foi identificado um tom competitivo na relação. No processo de Paola, os objetivos do tratamento foram discutidos muitas vezes, a terapeuta transmitiu a impressão de aceitação não-crítica e a paciente verbalizou comentários de aprovação para com a psicoterapeuta. Por fim, os itens específicos do processo de Arlete apontam que a terapeuta deu orientações e conselhos explícitos, e a paciente entendia a natureza da terapia e o que era esperado. Ela sentia-se à vontade e segura e não resistia em examinar pensamentos, reações ou motivações relacionadas aos problemas.

Protótipos

A correlação entre o protótipo da TCC gerado pelo instrumento PQS e os casos analisados apontou que nas três psicoterapias o processo se mostrou compatível com o modelo cognitivo-

comportamental. Na psicoterapia de Laura a correlação foi de 64% ($r=0,64$; $DP=2,66$); no processo de Paola a correlação foi de 61% ($r=0,61$; $DP=2,68$) e, por último, no caso de Arlete a correlação foi de 63% ($r=0,63$; $DP=2,82$).

Etapas do Processo

A primeira etapa da psicoterapia focou-se em duas técnicas: Psicoeducação sobre violência contra mulher e relações de gênero e Reestruturação cognitiva, composta por cinco sessões. Essa etapa foi fundamental para o estabelecimento da relação terapêutica e compartilhamento dos objetivos da intervenção. Nessa fase identificaram-se alguns pensamentos associados aos estereótipos de gênero e à banalização de comportamentos violentos perpetuados pelos ex-companheiros, tais como: *“Eu sei que demorei para sair daquela situação. Eu nem me dava conta que alguns comportamentos dele eram violentos. Achava que eu merecia ser xingada. Foram 20 anos assim, sendo humilhada, obrigada a fazer sexo para poder comer. Mas não é fácil sair disso. Eu sou mulher, ele é homem. Por ele ser homem, eu achava que ele poderia estragar a minha vida. Tinha muito medo”* (Paola); *“As pessoas tendem a empatizar mais com o homem. Nós, mulheres, sempre somos as loucas da relação”*. *“Quando ele me bateu pela primeira vez, na verdade foi um empurrão. Lembro que achava normal. Hoje eu vejo que já sofria violência física desde então”* (Laura); *“É responsabilidade total da mãe que os filhos cresçam saudáveis e não se envolvam em problemas como uso de drogas, por exemplo. O papel de educar e cuidar é todo da mãe”* (Arlete). A abordagem psicoeducativa permitiu que as pacientes identificassem situações de violência que vivenciaram como uma violação de direitos. As técnicas de reestruturação cognitiva promoveram reflexões e flexibilização de estereótipos de gênero que atuam na manutenção de relações violentas.

Na segunda etapa da psicoterapia foram utilizadas técnicas de exposição às memórias traumáticas e treino em regulação emocional. Nessa fase, foi construída uma linha da vida com as pacientes e essa tarefa permitiu inserir a temática da exposição às lembranças traumáticas. As terapeutas ajudaram as pacientes a criarem novas estratégias para lidar com as emoções negativas oriundas dessas lembranças. Dentre outras, as pacientes relataram as seguintes experiências: *“É muito difícil lembrar. Mas eu preciso aprender a lidar com tudo isso que ficou. Vou falar tudo isso pra ti agora porque tu está me dizendo que é importante, mas depois não quero mais lembrar tá?”* *“As marcas físicas, os machucados, as cicatrizes...são o de menos. O problema é a nossa cabeça, como fica?”* *“Mesmo já estando separada, ele ocupa um espaço enorme nos meus pensamentos. Ainda sinto muita raiva. Sonho que estou socando ele. Por que eu ainda sinto isso? Queria parar de lembrar disso”* (Paola). *“Só de saber que ele movimentou o processo judicial eu já fico desesperada. Não consigo nem ler, já começo a ter taquicardia e a chorar”*. *“Minha advogada disse que eu preciso aprender a me controlar, senão eu vou me prejudicar no processo. Realmente, quando fico nervosa*

já percebi que ninguém me escuta” (Laura). “Eu me sinto muito culpada por ter ficado nessa relação. Como pude fazer isso comigo? Sinto raiva por lembrar das ofensas, das injustiças. É muito difícil conviver com isso” “Como posso fazer para lidar melhor com essa culpa? Preciso fazer com que essa emoção me ajude a ser uma pessoa melhor, e não a ficar me punindo por ter ficado tanto tempo nesse relacionamento” (Arlete). A exposição às memórias traumáticas de forma gradativa permitiu um maior senso de controle sobre reações fisiológicas e emocionais relacionadas com as lembranças da violência. As técnicas de regulação emocional contribuíram para que as mulheres reconhecessem a função adaptativa de suas emoções e desenvolvessem estratégias para a identificação e manejo de respostas emocionais.

A terceira etapa teve como foco o treino em Resolução de Problemas. Nestes encontros, as terapeutas ajudaram as pacientes a definir problemas atuais, elencar alternativas de solução e analisar vantagens e desvantagens de tais alternativas para resolver problemas. São vinhetas que ilustram essa etapa: *“Como posso lidar quando eu cruzar com o agressor na escola da minha filha? ” (Laura). “Como posso fazer para me mudar de onde moro? ” (Paola). “Como posso fazer para lidar com as tentativas do agressor de se aproximar de mim, mesmo com a medida protetiva? ” (Arlete). 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.*

A última etapa do protocolo foi de Fortalecimento de estratégias de proteção e Construção de projetos futuros. Foi realizado o treino de habilidades para proteção e foi construído com as pacientes um projeto para o futuro, a partir da perspectiva de prevenção à recaída. São frases que ilustram essa etapa final do tratamento: *“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” (Arlete). “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” (Paola). “Com a terapia 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” (Laura). As pacientes construíram metas para curto, médio e longo prazo, exequíveis, que 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.

DISCUSSÃO

Os resultados de processo do protocolo de TCC permitem compreender os desfechos clínicos positivos da psicoterapia das três participantes. Identifica-se que todas chegaram para atendimento apresentando sintomatologia decorrente das exposições à violência. Estudos anteriores corroboram no que diz respeito à identificação de sintomas de estresse, ansiedade e depressão em mulheres com histórico de violência doméstica (Bermann & Graff, 2015; Jonas et al., 2014; Netto et al., 2015). Além disso, elas relatavam prejuízos em praticamente todas as áreas da sua vida. Sentiam-se ansiosas, com medo e tinham dificuldades em confiar nas pessoas. Os resultados da escala tática de conflito mostram que as três mulheres experienciaram mais de um tipo de violência em sua relação conjugal e, em contrapartida, também adotaram comportamentos violentos em seus relacionamentos. A literatura descreve que, em alguns casos, o ciclo da violência conjugal contempla aspectos bidirecionais. Isso significa que a mulher pode responder à violência de forma também agressiva, retroalimentando esse ciclo (Falcke et al., 2009; Garcia et al., 2016)

Outro resultado relevante é a presença de histórico de maus tratos na infância nas participantes Laura e Arlete. A literatura apresenta evidências de que experienciar violência na infância aumenta a probabilidade de revitimização nas relações conjugais na idade adulta (Bass et al., 2014; Miller et al., 2014; Oliveira et al., 2015; Silva, 2009). Todas apontaram que não identificavam alguns comportamentos do ex-cônjuge como sendo violento, o que pode ser explicado pelo contexto de maus tratos presentes na infância que contribui para a dessensibilização à violência. Outros prejuízos apontados pelas pacientes foram a baixa percepção de autonomia própria, que influenciava diretamente a capacidade delas de resolverem problemas de seu cotidiano. A literatura aponta que o pouco estímulo à autonomia da mulher e o papel de autoridade e controle do homem no ambiente doméstico são fatores de risco para que se perpetue a violência nas relações íntimas (Narvaz & Koller, 2006; Oliveira et al., 2015). Em contrapartida, identifica-se que as três mulheres apresentavam rede de apoio social e afetiva, haviam buscado atendimento psicológico em decorrência da violência e estabeleceram medidas judiciais de proteção. Estes são fatores protetivos que estão descritos na literatura (Colossi et al., 2015) e podem também estar relacionados ao desfecho positivo de suas psicoterapias.

Ainda que a amostra do estudo seja constituída por apenas três mulheres, a seleção das mesmas abarcou distintas escolaridades. Enquanto Paola possuía apenas ensino fundamental

completo, Laura apresentava nível de pós-graduação. Já Arlete apresentava escolaridade de nível médio completo. Esse dado corrobora com a literatura em relação ao fato de que são identificados altos índices de violência perpetrada por parceiro íntimo em todas as classes sociais, independentemente de nível educacional ou social (Correia et al., 2014; Fonseca, et al., 2012; Garcia et al., 2016; WHO, 2013). A resposta positiva de todas as pacientes ao protocolo sugere que o mesmo apresenta evidências iniciais de efetividade, independentemente do nível de escolaridade da mulher.

Desde o início do processo de psicoterapia foram identificados itens relacionados ao comprometimento das pacientes em sua própria melhora, e isso corrobora com o fato de a aliança terapêutica já se apresentar acima da média desde a primeira sessão. Ainda, são dados que sugerem que os objetivos iniciais do protocolo foram atendidos, de estabelecer vínculo, traçar metas realistas e apropriar as mulheres de sua evolução. A literatura aponta que o estabelecimento de uma boa aliança desde a primeira sessão prediz um desfecho positivo de um processo de psicoterapia (Byrd et al., 2010; Oliveira & Benetti, 2015). Todas as pacientes trouxeram aspectos relacionados à dificuldade de confiar em pessoas e de acreditar que poderiam ser ajudadas. Sofrer qualquer tipo de agressão pode desencadear consequências que afetam todos os âmbitos da vida da mulher, e dentre eles estão os prejuízos relacionados à capacidade de estabelecer vínculos saudáveis e de diferenciar relações abusivas e não-abusivas (Lettiere et al., 2012, Netto et al., 2014). É por isso que, em casos específicos de situações de violência, é imprescindível que o terapeuta possa estabelecer um vínculo estável e seguro com a paciente desde o início do tratamento (Bermann & Graff, 2015). Em outras palavras, é fundamental que haja o foco em um estabelecimento de vínculo seguro desde o primeiro contato com a paciente. Foi identificada uma boa aliança terapêutica geral e em todas as subescalas, os sintomas alvo diminuíram ou se extinguiram ao final da terapia e os itens característicos e não característicos das sessões descrevem tratamentos que funcionaram. Aliar a análise de elementos importantes de cada sessão à aliança terapêutica permite aos pesquisadores identificar os mecanismos de ação que foram efetivos em uma psicoterapia (Campezatto et al., 2017; Bucci, 2007; Serralta et al., 2007).

Em relação aos itens característicos e não característicos de cada processo, codificados pelo PQS, discute-se alguns aspectos. De forma geral, as terapeutas adotaram posturas empáticas e sensíveis, além de se apresentarem como figuras de apoio para as pacientes. Em resposta, as pacientes sentiram-se ajudadas e trouxeram materiais significativos. Estudos anteriores apontaram que a capacidade empática do terapeuta é fundamental para criar um ambiente amistoso e de segurança para as mulheres que foram agredidas (Crespo & Arinero, 2010; Ortiz et al., 2011).

As demandas trazidas pelas pacientes Laura e Paola envolviam seus filhos na maioria das sessões e os processos judiciais relacionados à guarda e partilha de bens. Estes processos geravam consequências negativas diretas na vida delas. Pesquisas anteriores mostram que a existência dos

filhos contribuí para a manutenção dos sintomas de ansiedade mesmo após a separação (Deeke et al., 2009; Falcke et al., 2009). Os resultados do PQS identificaram como item comum a ambos os casos a necessidade de abordar aspectos relacionados à vida atual. Além de ser uma demanda própria destas pacientes, a orientação para o presente e treino em resolução de problemas é um dos objetivos da TCC (Cort et al., 2014; Gomes, 2012; Ortiz et al., 2015).

Sobre as particularidades de cada processo salientam-se algumas proposições. Laura foi uma paciente que apresentava problemas atuais recorrentes com o autor da violência mesmo após o divórcio, devido ao processo judicial por alimentos e visitas da filha. Além disso, ela trazia muitas questões conflituosas com pessoas de seu convívio, como pais e colegas de trabalho. Estes dilemas são característicos de mulheres que vivenciaram violência nas relações conjugais (Ceccon et al., 2014; Deeke et al., 2009). É possível que esse funcionamento tenha despertado na terapeuta uma necessidade de ser não protetora ou condescendente com a paciente, como é identificado no item 51 do PQS. Justamente por não ser estabelecido um tom competitivo entre a dupla e pela terapeuta confrontar Laura empaticamente, é provável que isso tenha contribuído para que ela pudesse aceitar os comentários e estabelecer um vínculo de confiança. É um atributo típico da TCC a objetividade das intervenções e o confronto empático (Bermann & Graff, 2015; Crespo & Arinero, 2010; Echeburúa et al., 2013). A partir da 15ª sessão, a paciente começou a verbalizar ansiedade com o final do processo, e isso precisou ser abordado nos dois últimos encontros. Este fato pode ter influenciado o resultado do pós-teste da escala de ansiedade, que avalia os sintomas de acordo com a *última semana* de vida da paciente. Ainda que em categoria subclínica, os sintomas de ansiedade de Laura aumentaram ao final da psicoterapia.

A paciente Paola precisou que os objetivos do tratamento fossem frequentemente discutidos, pois ela percebia ainda um forte impacto de sua desregulação emocional no dia-a-dia e queria aprender a manejar com suas emoções. Como a TCC prevê um estabelecimento de objetivos bem definidos (Beck, 2007; Matud et al., 2014), isso não foi um problema ao longo do tratamento. Paola foi a paciente que por mais tempo esteve em situação de violência e que relatou mais sintomas físicos de ansiedade em decorrência das lembranças traumáticas. Esses sintomas são comumente identificados em pessoas que vivenciaram situações de estresse por muitos anos (Jonas et al., 2014; Neto et al., 2014). Ainda que a retomada dos objetivos do tratamento fosse um tema repetitivo nas sessões, os resultados do PQS identificaram que a terapeuta teve tato e conseguiu ser empática e efetivamente envolvida, o que provavelmente fez Paola sentir-se acolhida e cuidada na relação. Esse caso exigiu que a terapeuta não fosse neutra em muitos momentos, já que Paola necessitava de apoio direto e explícito para reconstruir sua autoimagem. A diretividade e a expressão de apoio explícito por parte do terapeuta são características identificadas em TCCs (Bermann & Graff, 2015; Crespo &

Arinero, 2010; Echeburúa et al., 2013). Isso parece ter funcionado, considerando que a paciente encerrou o processo com aumento nos níveis de autoestima e satisfação com a vida. Além disso, realizou uma abdominoplastia que estava prevista há tempo em decorrência de cirurgia bariátrica anterior. A motivação para cirurgia parece estar relacionada com a melhora de sua autoestima.

A paciente Arlete apresentava muitas crenças relacionadas ao papel da mulher como a única responsável pela criação dos filhos e da saúde psíquica da família. Isso vai ao encontro com o que está descrito na literatura sobre os valores e crenças culturais que reforçam papéis estereotipados de gênero (Falcke et al., 2009; Oliveira et al., 2015). Por esse motivo, um aspecto interessante de seu processo foi o foco na reestruturação cognitiva, como pode ser identificado no resultado do PQS que aponta como característico o fato de a paciente explorar pensamentos e reações relacionados aos problemas. Ainda, a terapeuta adotou em alguns momentos a postura de dar orientações e conselhos explícitos, o que também é típico de um tratamento de TCC com foco em estabelecimento de estratégias protetivas e prevenção à revitimização ((Bermann & Graff, 2015; Crespo & Arinero, 2010; Echeburúa et al., 2013). Isso foi importante, pois a paciente ainda apresentava risco de revitimização, já que o autor da violência vivia próximo a ela e a estava ameaçando ao longo do processo, quebrando a medida protetiva. A terapeuta teve tato e se mostrou segura e autoconfiante, o que provavelmente contribuiu para que a mesma acatasse suas orientações e conseguisse investir em seu plano de autoproteção. Em TCC para mulheres com histórico de violência, é fundamental que a terapeuta avalie o risco atual e ajude a paciente a criar um plano de segurança para fortalecer as estratégias de autoproteção e evitar possíveis revitimizações (Bermann & Graff, 2015; Miller et al., 2014).

Uma das características principais das terapias cognitivas é o foco nos sintomas e o estabelecimento de metas específicas para serem alcançadas com o tratamento (Beck, 2007; Crespo & Arinero, 2010; Echeburúa et al., 2013). Ao longo do processo os sintomas alvo foram trabalhados e o protocolo apresentou um bom encadeamento entre sessões. Ainda, foi identificado que a intervenção apresentou forte correlação com o protótipo de psicoterapia cognitivo-comportamental. Esse resultado é fundamental para se validar a orientação teórica do protocolo (Serralta & Ablom, 2016). Aspectos inerentes ao perfil dos terapeutas cognitivos foram identificados como itens característicos e não característicos do processo. Por exemplo, o fato de as terapeutas adotarem uma atitude de apoio, de as suas observações visarem facilitar a fala das pacientes, e de elas não serem neutras podem ser particularidades encontradas em uma terapia cognitiva (Gomes, 2012; Miller et al., 2014; Ortiz et al., 2011). Sobre a interação entre a dupla paciente-terapeuta, identifica-se que o diálogo ter um foco específico e a situação de vida atual da paciente ser enfatizada na sessão também pode assinalar atributos típicos de um processo de TCC (Iverson et al., 2011; Miller et al., 2014).

De forma geral, cada etapa do protocolo foi estrategicamente conduzindo à próxima e isso ocorreu de forma natural e fluída. A primeira etapa de psicoeducação sobre violência contra a mulher e relações de gênero foi fundamental para a reestruturação cognitiva e flexibilização das crenças vinculadas a estereótipos de gênero. Estudos anteriores confirmam a importância de abordar estes aspectos na população que sofreu violência doméstica (Gomes, 2012; Oliveira et al., 2015; Ortiz et al., 2011). A paciente Laura já tinha bastante crítica sobre esses aspectos, mas Paola e Arlete disseram nunca ter percebido o quanto a violência que sofreram estava atrelada à desigualdade de gênero. Na fase de exposição às memórias traumáticas e treino em regulação emocional, foi identificada certa resistência da paciente Paola quando ela trouxe que sabia que era importante se expor às memórias, mas que seria a última vez que queria lembrar das agressões. Laura e Arlete prontamente aceitaram fazer os exercícios. Retomar as vivências traumáticas é fundamental para acomodação e resignificação das experiências negativas e ativação das emoções disfuncionais, para posterior treino em regulação emocional (Iverson et al., 2011; Ortiz et al., 2011). A etapa do treino em resolução de problemas foi bem aproveitada pelas três pacientes, uma vez que elas trouxeram problemas relevantes e souberam replicar a técnica em suas tarefas de casa. Por último, aponta-se que a etapa do fortalecimento de estratégias de proteção e construção de projetos futuros foi fundamental para que o fechamento da psicoterapia abordasse a prevenção à revitimização. As mulheres relataram que se sentiram ajudadas. Essas falas também são resultados importantes a serem considerados, pois validam os resultados clínicos, de aliança e de processo encontrados. É fundamental que sejam desenvolvidos protocolos de psicoterapia que incorporem técnicas voltadas à prevenção à revitimização e desenvolvimento de projetos de vida no atendimento às mulheres com histórico de violência (Bass et al., 2014; Miller et al., 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou integrar aspectos relacionados à aliança terapêutica, à descrição de processos terapêuticos e à fatores técnicos de TCC na análise de processo de três pacientes mulheres com histórico de violência conjugal. Os resultados apontaram que a intervenção proposta apresenta um bom encadeamento entre sessões e apresenta potencial para tratar sintomas típicos oriundos de exposição à violência doméstica. Ainda, conclui-se que os três casos apresentaram aliança terapêutica acima da média e isso explica o desfecho positivo dos atendimentos na comparação dos sintomas clínicos antes e depois do tratamento. Por último, ressalta-se que a intervenção apresenta boa correlação com o protótipo de psicoterapia cognitivo-comportamental.

Como limitações dessa pesquisa aponta-se que as sessões de psicoterapia foram gravadas em áudio e não em vídeo, o que pode interferir nos aspectos não verbais aparentes nos processos. Ainda, a análise da aliança terapêutica se deu a partir do instrumento WAI versão *observacional* por juízes, não sendo incluídas análises do terapeuta e das pacientes. Estudos futuros podem incluir medidas dos terapeutas e pacientes para triangulação de resultados.

As evidências iniciais de efetividade do protocolo avaliado podem ser ampliadas em futuros ensaios clínicos. Isso permitirá que o impacto da intervenção por meio da comparação de medidas de pré e pós-teste seja verificado. Estudos clínicos que busquem desenvolver e avaliar evidências de efetividade de psicoterapia para mulheres com histórico de violência são necessários no Brasil. O atendimento adequado às mulheres se constitui como importante estratégia de enfrentamento ao problema. A psicoterapia pode ser um dispositivo de mudança e rompimento de ciclos de violência. Contudo, deve estar articulada com outras estratégias e intervenções da rede de proteção e atendimento. Por fim, destaca-se a importância dos protocolos com evidências de efetividade para embasar cientificamente as práticas dos psicólogos que atuam na rede e em consultórios clínicos.

REFERÊNCIAS

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review, 1*(23), 1-33. Retrieved From: <http://pepsic.bvsalud.org/scieloOrg/php/reflinks.php?refpid=S18095267201500030001000001&lng=pt&pid=S1809-526720150003000100>
- Adeodato, V. G., Carvalho, R. R., Siqueira, V. R., & Souza, F. G. M. (2005). Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. *Revista de Saúde Pública, 39*(1), 108-113. Retrieved From: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n1/14.pdf>.
- Bandeira, L (2014). Violência de gênero: A construção de um campo teórico e de investigação. *Sociedade e Estado, 29*(2), 449-469. Retrieved From: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-69922014000200008>
- Basso, K., Pauli, J., & Bressan, V. (2014). Relações de gênero e estética organizacional: Sugestões para estudos sobre relações, cultura e desempenho. *Cadernos EBAPE.BR, 12*(3), 688-705. Retrieved From: <https://dx.doi.org/10.1590/1679-39519753>
- Beck, J. (2007). *Terapia cognitiva: teoria e prática*. Porto Alegre: ArtMed
- 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
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 16*(3), 252-260.
- Brum, E. H. M. de, Frizzo, G. B., Gomes, A. L., Silva, M. da R., Souza, D. D. de, & Piccinini, C. A. (2012). Evolução dos modelos de pesquisa em psicoterapia. *Estudos de Psicologia, 29*(2), 259-269. Retrieved From: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141382712015000100005&script=sci_arttext&tlng=pt#B3
- 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. Retrieved From: <http://pepsic.bvsalud.org/scieloOrg/php/reflinks.php?refpid=S1809-5267201500030001000006&lng=pt&pid=S1809-52672015000300010>
- Bucci, W. (2007). Pesquisa sobre processo. In E. S. Pearson, A. M. Cooper, & G. O. Gabbard (Orgs.). *Compêndio de Psicanálise*. Porto Alegre: Artmed.
- 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. Retrieved From: <https://dx.doi.org/10.1590/2237-6089-2013-0027>
- Carneiro, J., Gomes, N., Estrela, F., Santana, J., Mota, R., Erdmann, A. (2017). Violência conjugal: repercursões para mulheres e filhas (os). *Escola Anna Nery, 21*(40), 1-7. doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2016-0346
- Cecon, R.F., Meneghel, S.N., & Hirakata, V.N. (2014). Mulheres com HIV: Violência de gênero e ideação suicida. *Revista de Saúde Pública, 48*(5), 758-765. doi: 10.1590/S0034-8910.2014048005228

- Colossi, P., Razera, J., Haack, C., & Falcke, D. (2015). Violência conjugal: prevalência e fatores associados. *Contextos Clínicos*, 8(1), 55-66. doi: 10.4013/ctc.2015.81.06
- Correia, C., Gomes, N., Coutro, T., Rodrigues, A., Erdmann, A., & Diniz, N. (2014). Representações sobre suicídio com mulheres com história de violência doméstica e tentativa do mesmo. *Contexto de Enfermagem*, 23(1), 118-125. Retrieved From: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/pt_0104-0707-tce-23-01-00118.pdf
- CPMI, Senado Federal. (2013). Comissão parlamentar mista de inquérito (CPMI): Relatório Final. Retrieved From: <http://www.senado.gov.br/atividade/materia/getPDF.asp?t=130748&tp=1>.
- Côrtes, G. R. (2012). Violência doméstica: Centro de referência da mulher “Heleieth Saffioti”. *Estudos de Sociologia*, 17(32), 149-168. Retrieved From: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000134&pid=S01027182201200020000800005&lng=pt
- Crespo, M., & Arinero, M. (2010). Assessment of the efficacy of psychological treatment for women victims of violence by their intimate male partner. *The Spanish Journal of Psychology*, 13(2), 849 – 863. Retrieved From: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20977033>.
- Cunha, J. A. (2001) *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo
- D’Affonseca, S. M., & Williams, L. C. A. (2011). Habilidades maternas de mulheres vítimas de violência: uma revisão de literatura. *Psicologia: ciência e profissão*, 31(2), 236-251. Retrieved From: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v31n2/v31n2a04.pdf>
- Deeke, L., Boing, A., Oliveira, W & Coelho, E. (2009). A dinâmica da violência doméstica: uma análise a partir dos discursos da mulher agredida e de seu parceiro. *Saúde e Sociedade*, 18(2), 248-258. Retrieved From: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000200008>
- 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.
- Falcke, D., Oliveira, D., Rosa, L & Bentancur, M (2009) Violência conjugal: um fenômeno interacional. *Contextos Clínicos*, 2(2), 81-90. Retrieved From: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198334822009000200002&lng=pt&tlng=pt
- Fonseca, D. H., Ribeiro, C. G., & Leal, N. S. B. (2012). Violência doméstica contra a mulher: realidades e representações sociais. *Psicologia & Sociedade*, 24(2), 307- 314. Retrieved From: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v24n2/07.pdf>.
- Garcia, L., Freitas, L., Silva, G., Hofelmann, D. (2015). Estimativas corrigidas de feminicídios no Brasil, 2009 a 2011. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 37(4-5), 251-257. Retrieved from http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892015000400010&lng=en&tlng=pt.
- Garcia, L., Duarte, E., Freitas, L., & Silva, G. (2016). Violência doméstica e familiar contra a mulher: estudo de casos e controles com vítimas atendidas em serviços de urgência e emergência. *Cadernos de Saúde Pública*, 32(4), e00011415. Retrieved From: <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00011415>

- Gomes, R. (2012). Mulheres vítimas de violência doméstica e transtorno de estresse pós-traumático: um enfoque cognitivo-comportamental. *Revista de Psicologia da IMED*, 4(2), 672-680. Retrieved From: <https://seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/viewFile/172/247>
- Gouveia, V. V., Milfont, T. L., Fonseca, P. N., & Coelho, J. A. P. M. (2009). Life satisfaction in Brazil: Testing of psychometric properties of the satisfaction with life scale (SWLS) in five Brazilian samples. *Social Indicators Research*, 90(1), 267-278. doi: 10.1007/s11205-008-9257-0
- 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.
- Habigzang, L., Hatzenberger, R., Dala Corte, F., Stroher, F., & Koller, S. (2006). Grupos de terapia cognitivo-comportamental para meninas vítimas de abuso sexual: Descrição de um modelo de intervenção. *Psicologia Clínica*, 18(2), 163-182. Retrieved From: <http://www.scielo.br/pdf/pc/v18n2/a12v18n2.pdf>
- Hatzenberger, R., Lima, A. 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. Retrieved From: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=94629531008>
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(1), 223-233. Retrieved From: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.570.5473&rep=rep1&type=pdf>
- Jonas, S., Khalifeh, H., Bebbington, P. E., McManus, S., Brugha, T., Meltzer, H., & Howard, L. M. (2014). Gender differences in intimate partner violence and psychiatric disorders in England: Results from the 2007 adult psychiatric morbidity survey. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 23(02), 189–199. doi:10.1017/S2045796013000292.
- Keller, S.M., Zoellner, L.A., & Feeny, N.C. (2010). Understanding factors associated with early therapeutic alliance in PTSD treatment: Adherence, childhood sexual abuse history, and social support. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(1), 974-979. doi: 10.1037/a0020758
- Lettiere, A; Nakano, A.M & Bittar, D. (2012). Violência contra a mulher e suas implicações na saúde materno-infantil. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(4), 524-529. Retrieved From: <http://www.redalyc.org/pdf/3070/307023889007.pdf>
- Matud, M.P., Fortes, D., & Medina, L. (2014). Eficácia de un programa de tratamiento psicológico individual para mujeres maltratadas por su pareja. *Psichosocial Intervention*. 23(1). 199-207. Retrieved From: <http://www.redalyc.org/pdf/1798/179832689005.pdf>
- Monteleone, T.V., & Witter, C. (2017). Prática Baseada em Evidências em Psicologia e Idosos: Conceitos, Estudos e Perspectivas. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(1), 48-61. Retrieved From: <https://dx.doi.org/10.1590/1982-3703003962015>
- Narvaz, M., & Koller, S. (2006). Famílias e patriarcado: da prescrição normativa à subversão criativa. *Psicologia & Sociedade*, 18(1), 49-55. Retrieved From: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822006000100007>

- Netto, L., Moura, M., Queiroz, A.B., Tyrell, M., & Bravo, M (2015). Violência contra a mulher e suas consequências. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(5), 458-464. doi: 10.1590/1982-0194201400075
- Oliveira, E., Barbosa, R., Moura, A., Von Kossel, K., Morelli, K., Botelho, L., & Stoianov, M. (2005). Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: Um estudo qualitativo. *Revista de Saúde Pública*, 39(3), 376-382. Retrieved From: <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000300007>
- Oliveira, A., Costa, M., Sousa, E. (2015). Femicídio e Violência de Gênero: aspectos sóciojurídicos. *Revista Tema* 16(24), 21-23. doi: 10.1590/1982-0194201400075
- Oliveira, N.H., & Benetti, S. (2015). Aliança terapêutica: estabelecimento, manutenção e rupturas da relação. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 67(3), 125-138. Retrieved From: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180952672015000300010&lng=pt&tlng=pt.
- 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/pdf/2972/297224105002.pdf>
- Passos, R.B., Figueira, I., Mndlowicz, M.V., Moraes, C.L., Coutinho, E.S. (2012). Exploratory factor analysis of the Brazilian version of the Post-Traumatic Stress Disorder Checklist: civilian version (PCL-C). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34(2), 155-161. Retrieved From: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22729411>
- Perrone, R., & Nannini, M. (2007). *Violencia y Abusos Sexuales en la Familia*. Buenos Aires: Paidós
- Peuker, A.C., Habigzang, L., Koller, S., & Araujo, L. (2009). Avaliação de processo e resultado em psicoterapias: Uma revisão. *Psicologia em Estudo*, 14(3), 439-445. Retrieved From: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v14n3/v14n3a04.pdf>
- Ribeiro, W., Andreoli, S., Ferri, C., Prince, M., & Mari, J. (2009). Exposição à violência e problemas de saúde mental em países de desenvolvimento: Uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(2), 49-57. Retrieved From: <https://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462009000600003>
- Ribeiro, C. G. & Coutinho, M. L. L. (2011). Representações sociais de mulheres vítimas de violência doméstica na cidade de João Pessoa-PB. *Psicologia e Saúde*, 3(1), 52-59. Retrieved From: <file:///C:/Users/Mariana/Downloads/81-352-1-PB.pdf>.
- Rosenberg, M. (1989). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Santi, L. N., Nakano, A. & Lettiere, A. (2010). Percepção de mulheres em situação de violência sobre o suporte e apoio recebido em seu contexto social. *Contextos de Enfermagem* 19(3), 417-424. Retrieved From: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072010000300002&lng=en&nrm=iso
- Sbardelloto, G., Schaefer, L., Justo, A., Lobo, B., & Kristensen, C. (2013). Adaptação e validação de conteúdo da versão brasileira do Posttraumatic Cognitions Inventory. *Revista de Saúde Pública*, 47(2), 326-334. Retrieved From: <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047003474>

- 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. Retrieved From: <http://www.scielo.br/scieloOrg/php/reflinks.php?refpid=S00348910200200040001300015&lng=en&pid=S0034-89102002000400013>
- Serralta, F. B., & Streb, L. G. (2003). Notas sobre pesquisa em psicoterapia psicanalítica: Situação atual e perspectivas. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 5(1), 53-65. Retrieved From: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198334822013000200002
- Serralta, F., 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. Retrieved From: <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2012000200012>
- Serralta, F., & Ablon, J. (2016). Development of Brazilian prototypes for short-term psychotherapies. *Trends in Psychology*, 0(1), 1-9, doi: 10.1590/2237-6089-2015-0039
- Silva, M., Neto, G., & Filho, J. (2009). Maus-tratos na infância de mulheres vítimas de violência. *Psicologia em Estudo*, 14(1), 121-127. Retrieved From: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v14n1/a15v14n1.pdf>
- Silva, L.F. (2012) A ansiedade e seu enfrentamento. *Psicologia USF*, 17(1), 165-166 Retrieved From: <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712012000100018>
- 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
- Stake, R. E. (2000). Case studies. In Norman K. Denzin & Yvonna S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (435-453). Thousand Oaks: Sage.
- 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, Retrieved From: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0051740>
- Zetzel, E. R. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 37(4), 369-375. Retrieved From: [http://www.scirp.org/\(S\(vtj3fa45qm1ean45vvffc255\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=649745](http://www.scirp.org/(S(vtj3fa45qm1ean45vvffc255))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=649745)
- Waiselfisz, J. J. (2015). *Mapa da violência 2015: homicídio de mulheres no Brasil* (1. ed.). Retrieved From: <http://www.mapadaviolencia.org.br/>
- Weathers, F. W., Marx, B. P., Friedman, M. J., & Schnurr, P. P. (2014). Posttraumatic stress disorder in DSM-5: New criteria, new measures, and implications for assessment. *Psychological Injury and Law*, 7(2), 93–107. Retrieved From: <http://doi.org/10.1007/s12207-014-9191-1>
- World Health Organization, WHO. (2013). *Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Retrieved From: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf
- World Health Association, WHO. (2016). *Violence against women*. Retrieved From: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/>

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação teve como objetivo reformular um protocolo de TCC para mulheres com histórico de violência por seus parceiros íntimos e avaliar o processo de psicoterapia de três participantes. A fase de reformulação contou com um estudo teórico de revisão sistemática da literatura e os resultados nortearam a reestruturação do protocolo inicial. A partir deles, ampliou-se a psicoterapia de 13 para 16 sessões, incluindo técnicas para flexibilização de estereótipos de gênero e técnicas com foco no treino em regulação emocional, atreladas à exposição às memórias traumáticas. A revisão sistemática também denotou a necessidade de desenvolvimento de pesquisas que avaliem processo de psicoterapia para mulheres vítimas de violência, considerando que não foram identificados estudos atuais com esta ênfase e, tampouco, foram identificados estudos brasileiros nessa amostra.

A fase de avaliação de processo de psicoterapia teve como objetivo analisar a aliança terapêutica e os itens mais e menos característicos do tratamento das três pacientes. Além disso, foram comparados sintomas clínicos antes e depois da intervenção, para analisar possível efeito de impacto. Os resultados indicaram evidências iniciais de efetividade no que diz respeito ao potencial do tratamento para redução da sintomatologia clínica das pacientes. Ainda, os resultados comparativos entre o protocolo e a protótipo da TCC sugeriram uma forte correlação, o que significa que o protocolo proposto apresenta uma orientação técnica cognitivo-comportamental. Os três casos apresentaram aliança terapêutica acima da média e isso auxilia a compreender os desfechos positivos dos processos.

O seguimento desta pesquisa, a partir do projeto guarda-chuva do qual ela faz parte, sugere a ampliação da amostra para realização de um ensaio clínico que objetive avaliação de impacto do protocolo. Conforme identificado nos resultados da revisão sistemática, estudos clínicos brasileiros com mulheres com histórico de violência conjugal são necessários no Brasil. O índice de violência doméstica é assustador em nosso país, e a Psicologia pode ser importante ferramenta no combate, prevenção e tratamento da violência contra a mulher.

6. ANEXOS

6.1 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 xxxxx, 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 Pesquisador	Nome	Data

6.3 FICHA DE DADOS PESSOAIS E SOCIODEMOGRAFICOS

Nome: Local de Nascimento:	Idade: Local da Entrevista:	Data: Data de Nascimento:																																										
<p>1. Estado Civil</p> <p>() Casado ou união estável</p> <p>() Solteiro () Viúvo</p> <p>() Separado () Divorciado</p> <p>() Outro: _____</p> <p>2. Idade do companheiro atual _____</p> <p>3. Estão juntos há quanto tempo?</p> <p>_____</p> <p>4. Teve outro(s) companheiro(s)?</p> <p>_____</p> <p>5. Você pratica alguma religião?</p> <p>() Sim () Não</p> <p>Qual? _____</p> <p>6. Escolaridade:</p> <p>() Ensino Fundamental</p> <p>() Ensino Médio</p> <p>Série atual: _____</p> <p>() Ensino superior</p> <p>Semestre atual: _____</p> <p>7. Escolaridade do atual Companheiro:</p> <p>() Ensino Fundamental</p> <p>() Ensino Médio</p> <p>Série atual: _____</p> <p>() Ensino superior</p> <p>Semestre atual: _____</p> <p>8. Tem filhos?</p> <p>() Sim () Não</p> <p>Quantos? _____</p> <p>Idade(s): _____</p> <p>Do atual companheiro? _____</p> <p>_____</p> <p>9. Mora com alguém? (marcar mais de uma opção, caso seja necessário)</p> <p>() Pais () Mãe</p> <p>() Pai () Madrasta/padrasto</p> <p>() Irmãos</p>	<p>16. Há quanto tempo? _____</p> <p>17. Seu companheiro trabalha?</p> <p>() Sim () Não</p> <p>18. Se trabalha, qual a atividade que ele exerce (especifique a função)? _____</p> <p>_____</p> <p>19. Há quanto tempo? _____</p> <p>20. A renda de sua família provém de:</p> <p>() Pensão () Salário</p> <p>() Ajuda de terceiros () Aposentadoria</p> <p>() Outro: _____</p> <p>21. Dos itens abaixo, assinale quais e quantos você possui em sua residência:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Item</th> <th style="width: 15%;">Não tem</th> <th style="width: 35%;">Tem</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Televisão a cores</td> <td></td> <td>1 2 3 4 ou +</td> </tr> <tr> <td>Rádio</td> <td></td> <td>1 2 3 4 ou +</td> </tr> <tr> <td>Banheiro</td> <td></td> <td>1 2 3 4 ou +</td> </tr> <tr> <td>Automóvel</td> <td></td> <td>1 2 3 4 ou +</td> </tr> <tr> <td>Empregada mensalista</td> <td></td> <td>1 2 3 4 ou +</td> </tr> <tr> <td>Aspirador de pó</td> <td></td> <td>1 2 3 4 ou +</td> </tr> <tr> <td>Máquina de lavar</td> <td></td> <td>1 2 3 4 ou +</td> </tr> <tr> <td>Vídeo cassete e/ou DVD</td> <td></td> <td>1 2 3 4 ou +</td> </tr> <tr> <td>Geladeira</td> <td></td> <td>1 2 3 4 ou +</td> </tr> <tr> <td>Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)</td> <td></td> <td>1 2 3 4 ou +</td> </tr> <tr> <td>Telefone</td> <td></td> <td>1 2 3 4 ou +</td> </tr> <tr> <td>Telefone Celular</td> <td></td> <td>1 2 3 4 ou +</td> </tr> <tr> <td>Computador</td> <td></td> <td>1 2 3 4 ou +</td> </tr> </tbody> </table> <p>22. Você tem algum problema de saúde (doença física)? () Sim () Não</p> <p>Qual (is)? _____</p> <p>_____</p> <p>23. Você tem algum problema psicológico?</p> <p>() Sim () Não</p>	Item	Não tem	Tem	Televisão a cores		1 2 3 4 ou +	Rádio		1 2 3 4 ou +	Banheiro		1 2 3 4 ou +	Automóvel		1 2 3 4 ou +	Empregada mensalista		1 2 3 4 ou +	Aspirador de pó		1 2 3 4 ou +	Máquina de lavar		1 2 3 4 ou +	Vídeo cassete e/ou DVD		1 2 3 4 ou +	Geladeira		1 2 3 4 ou +	Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)		1 2 3 4 ou +	Telefone		1 2 3 4 ou +	Telefone Celular		1 2 3 4 ou +	Computador		1 2 3 4 ou +	<p>28. Sofreu algum tipo de violência na relação conjugal? _____</p> <p>_____</p> <p>29. Quando iniciaram? _____</p> <p>_____</p> <p>30. Alguém em sua família fez/faz tratamento médico e/ou tratamento psicológico?</p> <p>() Sim () Não</p> <p>Quem? _____</p> <p>_____</p> <p>Motivo: _____</p> <p>_____</p> <p>Há quanto tempo?</p> <p>_____</p> <p>31. Alguém de sua família possui alguma doença física?</p> <p>() Sim () Não</p> <p>Qual (is):</p> <p>_____</p> <p>Quem?</p> <p>_____</p> <p>32. Alguém de sua família possui alguma doença mental?</p> <p>() Sim () Não</p> <p>Qual (is):</p> <p>_____</p> <p>Quem?</p> <p>_____</p> <p>33. Existe história de violência doméstica em sua família?</p> <p>() Sim () Não</p> <p>Quem?</p> <p>_____</p> <p>Há quanto tempo? _____</p> <p>34. Existe história de suicídio em sua família? () Sim () Não</p>
Item	Não tem	Tem																																										
Televisão a cores		1 2 3 4 ou +																																										
Rádio		1 2 3 4 ou +																																										
Banheiro		1 2 3 4 ou +																																										
Automóvel		1 2 3 4 ou +																																										
Empregada mensalista		1 2 3 4 ou +																																										
Aspirador de pó		1 2 3 4 ou +																																										
Máquina de lavar		1 2 3 4 ou +																																										
Vídeo cassete e/ou DVD		1 2 3 4 ou +																																										
Geladeira		1 2 3 4 ou +																																										
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)		1 2 3 4 ou +																																										
Telefone		1 2 3 4 ou +																																										
Telefone Celular		1 2 3 4 ou +																																										
Computador		1 2 3 4 ou +																																										

<p>Quantos irmãos? _____</p> <p>() Filho(a) () Avós</p> <p>() Amigo(a) () Sozinho</p> <p>() Esposo(a) ou Companheiro(a)</p> <p>Há quanto tempo? _____</p> <p>() Instituição () Outro: _____</p> <p>10. Seus pais são vivos?</p> <p>() Sim () Não</p> <p>Quem não é? _____</p> <p>11. Seus pais são separados?</p> <p>() Sim () Não</p> <p>12. Sua residência é:</p> <p>() Própria () Alugada</p> <p>() De familiar () Instituição</p> <p>13. Desde quando vive em seu domicílio atual?</p> <p>() Menos de 5 anos () Entre 5 e 10 anos</p> <p>() Mais de 10 anos</p> <p>14. Você trabalha? () Sim () Não</p> <p>15. Se trabalha, qual a atividade que você exerce (especifique a função): _____</p>	<p>Qual (is)? _____</p> <p>_____</p> <p>24. Já fez/faz tratamento psicológico e/ou médico?</p> <p>() Sim () Não</p> <p>Qual (is)? _____</p> <p>Há quanto tempo? _____</p> <p>Frequência _____</p> <p>25. Utiliza alguma medicação?</p> <p>() Sim () Não</p> <p>Qual (is)? _____</p> <p>26. De um mês para cá, você tem deixado de realizar alguma atividade por motivos de saúde? () Sim () Não</p> <p>Qual (is): _____</p> <p>27. Você lembra de ter sofrido situações traumáticas ao longo da vida?</p> <p>_____</p>	<p>Quem? _____</p> <p>Há quanto tempo? _____</p> <p>35. É fumante?</p> <p>() Não</p> <p>() Nunca fumou</p> <p>() Parou há mais de 1 ano</p> <p>() Parou há menos de 1 ano</p> <p>() Sim</p> <p>() Finais de semana / festas</p> <p>36. Costuma beber ou usar drogas?</p> <p>() Não</p> <p>() Nunca</p> <p>() Parou há mais de 1 ano</p> <p>() Parou há menos de 1 ano</p> <p>() Sim</p> <p>Qual (is)? _____</p> <p>() Finais de semana / festas</p> <p>()</p> <p>Outro: _____</p> <p>–</p> <p>37. Seu companheiro costuma beber ou usar drogas?</p> <p>() Não () Nunca</p> <p>() Parou há mais de 1 ano</p> <p>() Parou há menos de 1 ano</p> <p>() Sim</p> <p>Qual (is)? _____</p> <p>() Finais de semana / festas</p> <p>() Outro: _____</p>
<p>Entrevistador: _____</p>		

6.4 QUESTIONÁRIO SOBRE TRAUMAS NA INFÂNCIA (CHILDHOOD TRAUMA QUESTIONNAIRE - CTQ)

QUESI

Identificação: _____

Idade: _____ Sexo: _____

As afirmações abaixo se referem a algumas experiências de quando você era criança ou adolescente. Embora estas afirmações sejam de natureza pessoal, por favor, responda o mais sinceramente possível. Para cada afirmação, circule a resposta que melhor descreve o que você acha que ocorreu enquanto crescia. Se você desejar mudar sua resposta, coloque um **X** na antiga e circule a nova escolha.

Enquanto eu crescia...	Nunca	Poucas Vezes	Às Vezes	Muitas Vezes	Sempre
1. Eu não tive o suficiente para comer.	<input type="radio"/>				
2. Eu soube que havia alguém para me cuidar e proteger.	<input type="radio"/>				
3. As pessoas da minha família me chamaram de coisas do tipo "estúpido (a)", "preguiçoso (a)" ou "feio (a)".	<input type="radio"/>				
4. Meus pais estiveram muito bêbados ou drogados para poder cuidar da família.	<input type="radio"/>				
5. Houve alguém na minha família que ajudou a me sentir especial ou importante.	<input type="radio"/>				
6. Eu tive que usar roupas sujas.	<input type="radio"/>				
7. Eu me senti amado (a).	<input type="radio"/>				
8. Eu achei que meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido.	<input type="radio"/>				
9. Eu apanhei tanto de alguém da minha família que tive de ir ao hospital ou consultar um médico.	<input type="radio"/>				
10. Não houve nada que eu quisesse mudar na minha família.	<input type="radio"/>				
11. Alguém da minha família me bateu tanto que me deixou com machucados roxos.	<input type="radio"/>				
12. Eu apanhei com cinto, vara, corda ou outras coisas que machucaram.	<input type="radio"/>				
13. As pessoas da minha família cuidavam umas das outras.	<input type="radio"/>				
14. Pessoas da minha família disseram coisas que me machucaram ou me ofenderam.	<input type="radio"/>				
15. Eu acredito que fui maltratado (a) fisicamente.	<input type="radio"/>				
16. Eu tive uma ótima infância.	<input type="radio"/>				
17. Eu apanhei tanto que um professor, vizinho ou médico chegou a notar.	<input type="radio"/>				
18. Eu senti que alguém da minha família me odiava.	<input type="radio"/>				
19. As pessoas da minha família se sentiam unidas.	<input type="radio"/>				
20. Tentaram me tocar ou me fizeram tocar de uma maneira sexual.	<input type="radio"/>				
21. Ameaçaram me machucar ou contar mentiras sobre mim se eu não fizesse algo sexual.	<input type="radio"/>				
22. Eu tive a melhor família do mundo.	<input type="radio"/>				
23. Tentaram me forçar a fazer algo sexual ou assistir coisas sobre sexo.	<input type="radio"/>				
24. Alguém me molestou.	<input type="radio"/>				
25. Eu acredito que fui maltratado (a) emocionalmente.	<input type="radio"/>				
26. Houve alguém para me levar ao médico quando eu precisei.	<input type="radio"/>				
27. Eu acredito que fui abusado (a) sexualmente.	<input type="radio"/>				
28. Minha família foi uma fonte de força e apoio.	<input type="radio"/>				

6.5 ESCALA TÁTICA DE CONFLITO (CONFLICT TATIC SCALE – CTS):

CONFLICT TATIC SCALE – CTS2

Não importa quão bem um casal se relacione, existem ocasiões onde eles vão discordar, ficar aborrecidos um com o outro, querer coisas diferentes um do outro, ou apenas discutir, brigar porque estão de mau humor ou cansados ou por outras razões. Os casais também têm muitas maneiras diferentes de tentar resolver suas diferenças. Esta é uma lista de coisas que podem acontecer quando você tem diferenças. Por favor, marque quantas vezes você fez cada uma destas coisas no último ano e quantas vezes seu companheiro (a) o fez no último ano. Se você ou seu companheiro (a) não fizeram uma destas coisas no último ano, mas se aconteceu antes disto, marque "7" na coluna de resposta para a questão correspondente. Se isto nunca aconteceu marque "8" no formulário.

Quão frequentemente isto aconteceu?

- 1 = Uma vez no último ano
- 2 = 2 vezes no último ano
- 3 = 3-5 vezes no último ano
- 4 = 6-10 vezes no último ano
- 5 = 11-20 vezes no último ano
- 6 = mais de 20 vezes no último ano
- 7 = Não no ano passado, mas anteriormente
- 8 = Isto nunca aconteceu

Diante de uma desavença ou discussão entre tu e teu companheiro...

1a Tu mostraste que te importava com ele mesmo que vocês estivessem discordando?	1	2	3	4	5	6	7	8
1b Teu companheiro mostrou que se importava contigo mesmo que vocês estivessem discordando?	1	2	3	4	5	6	7	8
2a Tu explicaste para teu companheiro o que tu não concordavas com ele?	1	2	3	4	5	6	7	8
2b Teu companheiro explicou para ti o que ele não concordava contigo?	1	2	3	4	5	6	7	8
3a Tu insultaste ou xingaste o teu companheiro?	1	2	3	4	5	6	7	8
3b Teu companheiro fez isso contigo?	1	2	3	4	5	6	7	8
4a Tu jogaste alguma coisa no teu companheiro que poderia machucá-lo?	1	2	3	4	5	6	7	8
4b Teu companheiro fez isso contigo?	1	2	3	4	5	6	7	8
5a Tu torceste o braço de teu companheiro ou puxou o cabelo dele?	1	2	3	4	5	6	7	8
5b Teu companheiro fez isso contigo?	1	2	3	4	5	6	7	8
6a Tu teve uma torção, contusão, "mancha roxa" ou pequeno corte por causa de uma briga com teu companheiro?	1	2	3	4	5	6	7	8
6b Teu companheiro teve uma torção, contusão, "mancha roxa" ou pequeno corte por causa de uma briga contigo?	1	2	3	4	5	6	7	8
7a Tu mostraste que respeitava os pontos de vista e os sentimentos dele?	1	2	3	4	5	6	7	8
7b Teu companheiro mostrou que respeitava os teus pontos de vista e os teus sentimentos?	1	2	3	4	5	6	7	8
8a Tu obrigaste o teu companheiro a fazer sexo sem usar camisinha?	1	2	3	4	5	6	7	8
8b Teu companheiro fez isso contigo?	1	2	3	4	5	6	7	8
9a Tu deste um empurrão no teu companheiro?	1	2	3	4	5	6	7	8
9b Teu companheiro fez isso contigo?	1	2	3	4	5	6	7	8
10a Tu usaste de força como, por exemplo, segurar ou bater nele ou usar uma arma, para obrigar o teu companheiro a fazer sexo oral ou anal contigo?	1	2	3	4	5	6	7	8
10b Teu companheiro fez isso?	1	2	3	4	5	6	7	8
11a Tu usaste uma faca ou arma contra o teu companheiro?	1	2	3	4	5	6	7	8
11b Teu companheiro fez isso contigo?	1	2	3	4	5	6	7	8
12a Tu desmaiaste ao levar uma pancada na cabeça durante uma briga com o teu companheiro?	1	2	3	4	5	6	7	8
12b Teu companheiro desmaiou ao levar uma pancada na cabeça durante uma briga contigo?	1	2	3	4	5	6	7	8
13a Tu chamaste o teu companheiro de gordo, feio ou alguma coisa parecida?	1	2	3	4	5	6	7	8
13b Teu companheiro chamou você de gorda, feia ou alguma coisa parecida?	1	2	3	4	5	6	7	8
14a Tu deste um murro ou acertou o teu companheiro com alguma coisa que pudesse machucar?	1	2	3	4	5	6	7	8
14b Teu companheiro fez isso contigo?	1	2	3	4	5	6	7	8
15a Tu destruiste alguma coisa que pertencia a teu companheiro de propósito?	1	2	3	4	5	6	7	8
15b Teu companheiro fez isso?	1	2	3	4	5	6	7	8
16a Tu foste a um médico ou serviço de saúde por causa de uma briga com teu companheiro?	1	2	3	4	5	6	7	8
16b Teu companheiro foi ao médico ou algum serviço de saúde por causa de uma briga contigo?	1	2	3	4	5	6	7	8
17a Tu sufocaste ou estrangulaste teu companheiro?	1	2	3	4	5	6	7	8
17b Teu companheiro fez isso contigo?	1	2	3	4	5	6	7	8
18a Tu gritaste ou berraste com o teu companheiro?	1	2	3	4	5	6	7	8
18b Teu companheiro fez isso contigo?	1	2	3	4	5	6	7	8
19a Tu jogaste o teu companheiro contra a parede com força?	1	2	3	4	5	6	7	8
19b Teu companheiro fez isso contigo?	1	2	3	4	5	6	7	8

20a Tu disseste para ele que achava que vocês poderiam resolver os problemas?	1	2	3	4	5	6	7	8
20b Teu companheiro disse que achava que vocês poderiam resolver os problemas?	1	2	3	4	5	6	7	8
21a Tu deveria ter ido a um médico ou algum serviço de saúde por causa de uma briga com teu companheiro, mas não foi?	1	2	3	4	5	6	7	8
21b Teu companheiro deveria ter ido a um médico ou algum serviço de saúde por causa de uma briga contigo, mas não foi?	1	2	3	4	5	6	7	8
22a Tu deste uma surra no teu companheiro?	1	2	3	4	5	6	7	8
22b Teu companheiro fez isso contigo?	1	2	3	4	5	6	7	8
23a Tu seguraste o teu companheiro com força?	1	2	3	4	5	6	7	8
23b Teu companheiro fez isso contigo?	1	2	3	4	5	6	7	8
24a Tu usaste de força como, por exemplo, segurar ou bater nele ou usar uma arma para obrigar o teu companheiro a fazer sexo contigo?	1	2	3	4	5	6	7	8
24b Teu companheiro fez isso?	1	2	3	4	5	6	7	8
25a Tu viraste as costas e foi embora no meio de uma discussão?	1	2	3	4	5	6	7	8
25b Teu companheiro fez isso?	1	2	3	4	5	6	7	8
26a Tu insististe em fazer sexo quando o teu companheiro não queria sem usar força física?	1	2	3	4	5	6	7	8
26b Teu companheiro fez isso contigo?	1	2	3	4	5	6	7	8
27a Tu deste um tabefe ou bofetada no teu companheiro?	1	2	3	4	5	6	7	8
27b Teu companheiro fez isso contigo?	1	2	3	4	5	6	7	8
28a Tu quebraste um osso por causa de uma briga com o teu companheiro?	1	2	3	4	5	6	7	8
28b Teu companheiro quebrou um osso por causa de uma briga contigo?	1	2	3	4	5	6	7	8
29a Tu fizeste ameaças para obrigar o teu companheiro a fazer sexo oral ou anal contigo?	1	2	3	4	5	6	7	8
29b Teu companheiro fez isso contigo?	1	2	3	4	5	6	7	8
30a Tu sugeriste que procurassem juntos uma solução para resolver as diferenças ou desavenças?	1	2	3	4	5	6	7	8
30b Teu companheiro fez isso?	1	2	3	4	5	6	7	8
31a Tu queimaste ou derramaste líquido quente em teu companheiro de propósito?	1	2	3	4	5	6	7	8
31b Teu companheiro fez isso contigo?	1	2	3	4	5	6	7	8
32a Tu insististe para que teu companheiro fizesse sexo oral ou anal contigo sem usar força física?	1	2	3	4	5	6	7	8
32b Teu companheiro fez isso contigo?	1	2	3	4	5	6	7	8
33a Tu acusaste o teu companheiro de ser "ruim de cama"?	1	2	3	4	5	6	7	8
33b Teu companheiro acusou-a disso?	1	2	3	4	5	6	7	8
34a Tu fizeste alguma coisa para ofender teu companheiro?	1	2	3	4	5	6	7	8
34b Teu companheiro fez isso?	1	2	3	4	5	6	7	8
35a Tu ameaçaste acertar ou jogar alguma coisa no teu companheiro?	1	2	3	4	5	6	7	8
35b Teu companheiro fez isso?	1	2	3	4	5	6	7	8
36a Tu sentiste dores no corpo que duraram até o dia seguinte por causa de uma briga com o teu companheiro?	1	2	3	4	5	6	7	8
36b Teu companheiro sentiu dores no corpo que duraram até o dia seguinte por causa de uma briga contigo?	1	2	3	4	5	6	7	8
37a Tu chutaste o teu companheiro?	1	2	3	4	5	6	7	8
37b Teu companheiro fez isso contigo?	1	2	3	4	5	6	7	8
38a Tu fizeste ameaças para obrigar o teu companheiro fazer sexo contigo?	1	2	3	4	5	6	7	8
38b Teu companheiro fez isso contigo?	1	2	3	4	5	6	7	8
39a Tu concordaste em tentar uma solução que foi sugerida por ele?	1	2	3	4	5	6	7	8
39b Teu companheiro concordou em tentar uma solução que tu sugeriste?	1	2	3	4	5	6	7	8

6.5 ENTREVISTA ESTRUTURADA PARA TRANSTORNOS DE ESTRESSE EXTREMO (STRUCTURED INTERVIEW FOR DISORDERS OF EXTREME STRESS – SIDES-R):

**Entrevista Estruturada – Versão Revisada - para Transtornos de Estresse Extremo-NOS
(SIDES-R)**

INSTRUÇÕES PARA O ENTREVISTADOR: Pergunte todas as questões **em negrito** e use os itens da escala como base para parafrasear ou esclarecer a resposta. Complete somente os primeiros sete itens referentes ao mês passado. Se algum item for marcado, continue a entrevista referindo-se somente ao mês passado.

Eu gostaria de perguntar a você sobre sentimentos/comportamentos e reações que as pessoas podem manifestar após um trauma como [descreva brevemente o trauma relatado pelo paciente], **entretanto vamos falar sobre como você tem se sentido de maneira geral no mês passado.**

I. Alterações na regulação afetiva e dos impulsos

A. Regulação Afetiva

1. NO MÊS PASSADO, pequenos problemas deixaram você realmente incomodado(a)? Ficando irritado(a), aborrecido(a) ou chorando com facilidade?

	C	QV
<u>De modo algum</u>	0	
<u>Algumas vezes</u> , você ficou aborrecido(a) com coisas pequenas	1	
Você ficou muito aborrecido(a), <u>mais do que habitualmente</u> , com coisas pequenas	2	
Você ficou tão aborrecido(a) com pequenas coisas que <u>reagiu de um modo exagerado</u> , gritando, chorando ou de maneira a deixar você arrependido do que fez	3	

2. NO MÊS PASSADO, caso você tenha ficado aborrecido(a), foi difícil para você deixar essas questões que o(a) aborreceram de lado?

	C	QV
<u>De modo algum</u> OU Você não ficou aborrecido(a) OU Você ficou aborrecido(a), mas isso <u>passou imediatamente</u>	0	
Você ficou aborrecido(a), mas <u>conseguiu se acalmar</u> em poucos minutos	1	
Você ficou aborrecido(a) e <u>não conseguiu se acalmar</u> depois de várias horas	2	
Você ficou tão aborrecido(a) que <u>não conseguiu esquecer ou superar</u> aquilo que lhe aborreceu	3	

3. NO MÊS PASSADO, quando você ficou chateado(a), o que foi necessário para que você se acalmasse?

	C	QV
Você <u>não se aborreceu</u> no mês passado	0	
Você <u>se acalmou</u> conversando com alguém, ouvindo música, dando um passeio ou se exercitando	1	
Você teve que <u>interromper tudo o que estava fazendo</u> para se acalmar e isso consumiu toda a sua energia	2	
<u>Você bebeu, usou drogas ou se feriu</u> para lidar com o aborrecimento	3	

B. Modulação da Raiva

4. NO MÊS PASSADO, você ficou irritado(a) a maior parte do tempo?

	C	QV
<u>De modo algum</u> , ou ficou irritado(a) <u>poucas vezes</u>	0	
Você ficou muito irritado(a), mas <u>conseguiu se controlar</u>	1	
Você se irritou tanto que <u>não conseguiu fazer as coisas que desejava</u>	2	
Você se irritou quase todo o tempo e <u>não conseguiu superar isso</u>	3	

5. NO MÊS PASSADO, você pensou em ferir alguém?

	C	QV
<u>De modo algum</u>	0	
Sim, mas o pensamento <u>foi embora rapidamente</u>	1	
Sim, você pensou nisso <u>todos os dias</u>	2	
Sim, você pensou nisso todo o tempo e <u>continua pensando agora</u>	3	

6. NO MÊS PASSADO, caso tenha se irritado(a), você deixou que outros percebessem isso?

	C	QV
<u>De modo algum</u> OU Você não se irritou OU Você nunca deixou que alguém percebesse que estava irritado(a)	0	
Você foi <u>agressivo(a) verbalmente</u> com outras pessoas	1	
Você <u>gritou ou atirou coisas</u> em outras pessoas	2	
Você <u>agrediu</u> outras pessoas <u>fisicamente</u>	3	

7. NO MÊS PASSADO, você ficou preocupado(a) que os outros soubessem o quão irritado(a) você estava?

	C	QV
<u>De modo algum</u> OU Você não se importou que os outros soubessem que estava irritado(a)	0	
Você <u>tentou se justificar</u> , mas sentiu medo ou ficou chateado(a). (No momento ou depois)	1	
Você <u>não se justificou</u> , mas deixou a raiva extravasar de outros modos	2	
Você <u>não mostrou a ninguém</u> que estava irritado(a)	3	

C. Autodestrutivo

8. NO MÊS PASSADO, você sofreu ou quase sofreu algum acidente como, por exemplo, na cozinha ou no seu carro? (qualquer coisa que a pessoa identifique como um acidente)

	C	QV
<u>De modo algum</u>	0	
Somente <u>pequenos acidentes</u> . Você não precisou de médico ou atendimento em hospital	1	
Um acidente em que você <u>precisou ir a um médico</u> ou ser atendido em um hospital	2	
Mais de um acidente em que foi necessário ir a um médico ou receber atendimento em hospital	3	

9. NO MÊS PASSADO, você correu algum risco? OU Você deixou de tomar os cuidados necessários para evitar uma agressão ou situação de risco para a sua integridade física? (Por exemplo, andar sozinho(a) à noite em um bairro perigoso ou não chavar as portas da casa)

	C	QV
<u>De modo algum</u>	0	
Você correu risco ou deixou de se proteger <u>embora soubesse que corria perigo</u>	1	
Você correu riscos ou deixou de se proteger e <u>não se preocupou com a possibilidade de sofrer agressão</u>	2	
Você correu riscos ou não se protegeu <u>esperando sofrer alguma agressão</u>	3	

(#10- quando pontuar 0, faz parte da sessão III. Alterações na auto-percepção, item F. Minimização)

10. NO MÊS PASSADO, outras pessoas manifestaram uma preocupação muito grande com você, porque pensaram que você não estava seguro(a)?

	C	QV
<u>De modo algum</u>	0	
Os outros diziam que você <u>deve ser mais cuidadoso(a)</u> para não se machucar	1	
Os outros diziam que você <u>deveria parar de fazer determinadas coisas</u> ou de ir a lugares muito perigosos	2	
Os outros diziam que você <u>está tentando se machucar ou até mesmo se matar</u>	3	

11. NO MÊS PASSADO, você tentou se ferir porque se sentia triste?

	C	QV
<u>De modo algum</u>	0	
Você se feriu propositalmente chutando ou batendo <u>em alguma coisa</u> (como uma porta, cadeira ou um carro)	1	
Você <u>comeu ou tomou algo</u> que poderia fazê-lo passar mal ou morrer. Ou ainda <u>se batia, se cortou ou se queimou</u>	2	
Você provocou em si mesmo <u>ferimentos tão graves</u> que precisou ir a um médico ou receber atendimento em um hospital	3	

D. Preocupação suicida

12. NO MÊS PASSADO, você pensou em se matar?

	C	QV
<u>De modo algum</u>	0	
Você pensou nisso, mas <u>não planejou nada</u>	1	
Você pensou muito sobre <u>como faria</u> para que isso acontecesse	2	
Você <u>tentou</u> se matar	3	

E. Dificuldade em modular o envolvimento sexual

As próximas três questões referem-se a contato físico, sexual e não-sexual. Sei que se tratam de assuntos delicados. Portanto, se eu puder ajudá-lo(a) a se sentir mais à vontade, ou se você preferir não responder às perguntas, por favor, me avise. Pelo que eu entendi, você está atualmente em (um relacionamento com alguém / não está em um relacionamento).

13. NO MÊS PASSADO, você sentiu algum desconforto ao ser tocado(a) de maneira sexual?

	C	QV
<u>De modo algum</u>	0	
Você não quis ser tocado(a) de <u>modo sexual</u>	1	
Você não quis que ninguém tocasse seu corpo, nem <u>mesmo de modo não sexual</u>	2	
Você <u>não suportou</u> ser tocado(a) de <u>nenhuma maneira</u>	3	

III. Alterações na auto-percepção

A. Ineficácia

19. NO MÊS PASSADO você sentiu como se tivesse o controle sobre sua própria vida?

	C	QV
Sim, você se <u>sentiu com controle</u> sobre a sua vida todo o tempo	0	
Não, algumas vezes, outras pessoas ou <u>outros eventos controlaram algumas coisas</u> que aconteceram a você	1	
Não, você <u>não fez as coisas básicas</u> que deveria ter feito, como tomar banho, vestir-se, comer ou telefonar	2	
Você <u>não teve qualquer preocupação consigo</u> ou em fazer algo para tornar sua vida melhor	3	

B. Dano permanente

20. NO MÊS PASSADO você sentiu que estava tudo errado com você (de alguma maneira prejudicado(a))?

	C	QV
<u>De modo algum</u>	0	
Você sentiu que teve prejuízo, mas percebeu que <u>nem tudo estava ruim</u>	1	
Você sentiu que estava <u>tudo errado, mas sentia esperança</u> em melhorar	2	
Você sentiu que as coisas estavam <u>tão erradas</u> com você que achou que <u>nunca iriam melhorar</u>	3	

C. Culpa e responsabilidade

21. NO MÊS PASSADO você se sentiu culpado(a)?

	C	QV
<u>De modo algum</u>	0	
Você se sentiu um <u>pouco culpado(a) às vezes</u> , mas não foi nada sério	1	
Você se sentiu <u>realmente culpado(a) grande parte do tempo</u>	2	
Você se sentiu <u>culpado(a) quase todo o tempo</u> até mesmo por coisas que você não fez	3	

D. Vergonha

22. NO MÊS PASSADO você se considerou uma pessoa ruim?

	C	QV
<u>De modo algum</u>	0	
Você sentiu que <u>não era uma pessoa tão boa</u> como gostaria ser	1	
Você sentiu que <u>as pessoas o(a) rejeitariam</u> se soubessem como você realmente era	2	
Você sentiu que <u>deveria se afastar</u> de todas as pessoas porque você é uma pessoa ruim	3	

E. Ninguém consegue entender

23. NO MÊS PASSADO você se sentiu muito diferente das outras pessoas?

	C	QV
<u>De modo algum</u>	0	
Você se sentiu <u>diferente</u> de todas as pessoas	1	
Você sentiu como se <u>ninguém realmente pudesse entendê-lo(a)</u> ou compreender o que você estava passando	2	
Você sentiu como se <u>pertencesse a outro mundo</u> ou não se encaixasse em lugar algum	3	

Complete a seção abaixo apenas com pessoas que passaram por situações de violência interpessoal.

IV. Alterações na percepção do agressor

Descreva brevemente a situação ocorrida com o(a) participante, com as palavras que ele(a) utilizou: _____

Utilize essa situação para formular as próximas três questões.

A. Adotando crenças distorcidas

As próximas questões dizem respeito aos seus sentimentos e a suas opiniões sobre quando [descreva brevemente a situação ocorrida].

24. Você acha que mereceu ser agredido(a) pela pessoa que (descrição da situação)?

	C	QV
<u>De modo algum</u>	0	
Você <u>não mereceu</u> isso, mas as pessoas que lhe agrediram não tiveram alternativa	1	
Você <u>mereceu</u> ser agredido(a) porque <u> você não prestava</u>	2	
Você <u>mereceu tudo</u> o que lhe aconteceu, ou mais, porque <u> você realmente é uma pessoa má</u>	3	

B. Idealização do agressor

25. Você acha que pessoas que (descrição da situação) **são muito especiais?**

	C	QV
<u>De modo algum</u>	0	
Sim, são pessoas <u>melhores do que eu</u>	1	
Sim, são pessoas <u>muito especiais</u>	2	
Sim, são <u>tão especiais que possuem poderes</u> que lhes dão o direito de fazerem o que fizeram	3	

C. Preocupação em ferir o agressor

26. NO MÊS PASSADO você desejou ferir as pessoas que (descrição da situação)?

	C	QV
<u>De modo algum</u>	0	
Você pensou em ferir essas pessoas, mas <u>não por muito tempo</u>	1	
Você pensou nisso <u>por tanto tempo que isso atrapalhou suas atividades</u> diárias	2	
Você pensou <u>todo o tempo</u> que queria ferir gravemente os seus agressores	3	

V. Alterações nas relações interpessoais

A. Incapacidade de confiar

27. Você confia nas pessoas?

	C	QV
Sim. Talvez não em todas as pessoas, mas <u>confio em muitas</u>	0	
Apenas <u>algumas</u> pessoas são confiáveis	1	
Você só confia em pessoas <u>que nunca lhe decepcionaram</u>	2	
Você <u>não confia</u> em ninguém	3	

28. NO MÊS PASSADO você evitou contato com os outros?

	C	QV
<u>De modo algum</u>	0	
Você passou a <u>maior parte do tempo sozinho(a)</u>	1	
Você não teve contato com outras pessoas, <u>a não ser quando alguém fez um esforço</u> especial para lhe pedir algo	2	
Você não teve <u>nenhum contato</u> com pessoas	3	

29. NO MÊS PASSADO você teve conflitos com outras pessoas?

	C	QV
Não, ou se tratou de algo insignificante que foi <u>resolvido com facilidade</u>	0	
Você <u>evitou conflitos</u> porque você se ofende ou magoa facilmente	1	
Você <u>discutiu</u> com outras pessoas porque elas foram estúpidas ou mesquinhas com você	2	
Você abandonou empregos, escola ou relacionamentos, ou <u>fez coisas realmente ruins</u> contra alguém lhe incomodou	3	

B. Revitimização

30. NO MÊS PASSADO alguém lhe maltratou/ magoou?

	C	QV
<u>De modo algum</u>	0	
<u>Algumas vezes</u> , alguém lhe magoou	1	
Você se sentiu tão magoado(a) que <u>não consegue esquecer</u> o que aconteceu	2	
Você <u>foi maltratado(a)</u> fisicamente ou sexualmente	3	

C. Vitimização dos outros

31. NO MÊS PASSADO você magoou/maltratou alguém?

	C	QV
<u>De modo algum</u>	0	
As pessoas lhe <u>disseram uma ou duas vezes</u> que você as maltratou, mas você conseguiu contornar isso	1	
As pessoas lhe <u>disseram várias vezes</u> que você as maltratou muito	2	
Você maltratou outras pessoas, <u>do mesmo modo que elas lhe magoaram</u>	3	

VI. Somatização

32. NO MÊS PASSADO você teve algum problema de saúde?

A. Sistema Digestivo

- () Vômito/Enjôo
 () Dor na barriga ou no estômago
 () Problema estomacal
 () Diarréia
 () Não conseguiu ingerir determinados alimentos

B. Dor Crônica

- () Dor forte nas costas
 () Dor forte nas juntas
 () Dor forte ao ir ao banheiro
 () Dor Muscular
 () Fortes dores de cabeça
 () Outra dor: _____

C. Cardiopulmonar

- () Dor forte no tórax
 () Dificuldade para respirar
 () Batimentos cardíacos acelerados
 () Sentiu forte tontura

D. Conversão

- () Não consegue engolir
 () Não consegue falar (perdeu a voz)
 () Tudo parece confuso
 () Cegueira (não consegue enxergar nada)
 () Desmaios
 () Convulsões
 () Não consegue caminhar
 () Não consegue mover seus braços ou suas mãos

E. Sintomas Sexuais

- () Forte dor na genitália
 () Problemas menstruais (excesso de sangramento / tensão muito forte antes dos períodos / os períodos acontecem muito cedo ou muito tarde)
 () Impotência (homens)
 () Outro: _____

33. NO MÊS PASSADO você buscou ajuda de algum profissional da saúde devido à (alguma das situações descritas acima?)

Você foi a algum serviço ou a algum hospital? Ou ainda buscou a ajuda de outra pessoa (p.ex., religiosos, terapeutas, acupunturista, curandeiro)?

Entrevistador: Queira descrever brevemente os tipos/fontes utilizados: _____

	C	QV
<u>Não</u> , em nenhum momento durante o mês passado	0	
Sim, e você <u>se sentiu melhor</u> após ter recebido essa ajuda	1	
Sim, você buscou ajuda uma ou duas vezes, mas ainda assim <u>não se sentiu bem</u>	2	
Sim, você <u>não se sentiu bem mesmo após diversos tratamentos</u> ou exames, ou mesmo após ter sido internado(a) em hospital	3	

34. (Se "SIM" para a questão #33) Alguém pode explicar porque você está tendo (descreva brevemente os sintomas pontuados acima)?

	C	QV
Sim, tudo isso foi causado por uma <u>doença ou uma lesão</u> (Descreva brevemente: _____)	0	
Não, eu tinha uma doença ou uma lesão, mas os sintomas eram <u>mais graves e inexplicáveis</u>	1	
Não, os médicos achavam que os sintomas eram causados por <u>estresse mental ou psicológico</u> (Descreva brevemente _____)	2	
Não, os médicos diziam que eu não tinha doença ou lesões e <u>eles não sabiam explicar</u> o que poderia ter causado tais sintomas	3	

VII. Alterações no sistema de significado

A. Aflição e desespero /Perda de crenças anteriores

35. NO MÊS PASSADO como você se sentiu sobre o futuro?

	C	QV
Você <u>teve a esperança</u> de que o futuro pudesse ser bom para você	0	
Você <u>se sentiu desencorajado(a)</u> e teve muita dificuldade em superar isso	1	
Você sentiu <u>como se não tivesse nada</u> mais a buscar em sua vida	2	
Você sentiu como se a sua vida fosse um <u>castigo</u> interminável	3	

36. NO MÊS PASSADO como você se sentiu a respeito de seus relacionamentos?

	C	QV
Você teve <u>esperança</u> de que os relacionamentos poderiam fazer bem para você	0	
Na maioria das vezes, você sentiu que os seus relacionamentos <u>não iriam dar certo</u> , mas ainda assim <u>você tentou</u> fazer com que dessem certo	1	
Você <u>nunca esperou muito</u> de seus relacionamentos, “deixando que as coisas acontecessem de qualquer maneira”	2	
Você se sentiu <u>frio emocionalmente</u> e nem sequer considerou a possibilidade de se preocupar com alguém	3	

37. NO MÊS PASSADO como você se sentiu em relação ao seu trabalho, incluindo trabalho em casa, na escola ou como voluntário?

	C	QV
Você sentiu <u>alguma satisfação</u> com seu trabalho	0	
Mesmo que o seu trabalho fosse estressante, você <u>conseguia esquecer suas preocupações</u> durante o trabalho	1	
Você não se preocupou com o seu trabalho. Isso lhe <u>parecia inútil</u>	2	
Você <u>desistiu completamente</u> de obter qualquer satisfação em seu trabalho ou na escola	3	

Você acredita em algum aspecto religioso ou tem fé em algo?

Se Sim: perguntar #38

Se Não: pontuar 0 na #38

38. Como você se sente sobre religião, fé ou aspetos espirituais da vida?

	C	QV
Você sente que a religião e os aspectos espirituais da vida <u>são muito bons ou importantes</u>	0	
Você <u>não está certo(a)</u> se a religião e os aspectos espirituais da vida são bons ou não	1	
Você acha que religião e fé são <u>coisas estúpidas</u> e servem apenas para <u>enganar as pessoas</u>	2	
Você acha que a religião e os aspectos espirituais da vida <u>são ruins e causam muita aflição</u> a muitas pessoas	3	

6.6 POSTTRAUMATIC SYMPTOMS CHECKLIST (PCL-5)

PCL 5

Instruções: Este questionário pergunta sobre dificuldades que você possa ter enfrentado após uma experiência muito traumatizante envolvendo *morte ou ameaça de morte, ferimentos graves ou violência sexual*. Tal experiência pode ser algo que aconteceu diretamente com você, ser uma situação que você presenciou ou algo que você soube que aconteceu com um membro próximo da sua família ou um amigo próximo. Alguns exemplos são: *acidente grave; incêndio; desastre, como enchente, deslizamento de terra, desabamento; agressão ou abuso físico ou sexual; guerra; homicídio ou suicídio*.

Em primeiro lugar, por favor, responda a algumas perguntas sobre o pior evento da sua vida, o que para este questionário, significa o evento que mais lhe incomoda atualmente. Esse evento pode ser um dos exemplos acima ou alguma outra experiência muito traumatizante. Além disso, pode ser um único evento (por exemplo, um acidente de carro) ou vários eventos semelhantes (por exemplo, vários eventos traumatizantes em uma área de guerra ou abuso sexual repetido).

1. **Descreva resumidamente o pior evento (se você se sentir à vontade para fazer isso):**

2. **Há quanto tempo o evento aconteceu? _____ (Por favor, calcule o tempo aproximado se você não tiver certeza).**

3. **O evento envolveu morte ou risco de morte, ferimentos graves ou violência sexual?**

- a) Sim
- b) Não

4. **Como você vivenciou o evento?**

- a) Aconteceu diretamente comigo
- b) Eu presenciei o evento
- c) Eu fiquei sabendo que este evento aconteceu com um membro próximo da minha família ou um amigo próximo
- d) Eu fui repetidamente exposto a detalhes do evento como parte do meu trabalho (por exemplo, paramédico, policial, militar ou outro tipo de socorrista)
- e) Outro, por favor, descreva: _____

5. **Se o evento envolveu a morte de um membro próximo da sua família ou amigo próximo, foi devido a algum tipo de acidente ou violência, ou foi devido a causas naturais?**

No último mês, quanto você se sentiu incomodado por:	Absolutamente nada	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
1. Lembranças repetidas, perturbadoras e involuntárias da experiência traumatizante.	0	1	2	3	4

2. Sonhos repetidos e perturbadores referentes à experiência traumatizante.	0	1	2	3	4
3. De repente, se sentir ou agir como se a experiência traumatizante estivesse realmente acontecendo de novo (como se você estivesse lá de volta revivendo a situação).	0	1	2	3	4
4. Sentir-se muito perturbado quando algo lhe faz lembrar da experiência traumatizante.	0	1	2	3	4
5. Apresentar reações físicas intensas quando algo lhe faz lembrar da experiência traumatizante (por exemplo, coração bater forte, dificuldades para respirar, suor excessivo).	0	1	2	3	4
6. Evitar lembranças, pensamentos ou sentimentos relacionados à experiência traumatizante.	0	1	2	3	4
7. Evitar algo ou alguém que lembre você da experiência traumatizante (por exemplo, pessoas, lugares, conversas, atividades, objetos ou situações).	0	1	2	3	4
8. Dificuldades de se lembrar de partes importantes da experiência traumatizante.	0	1	2	3	4
9. Ter fortes crenças negativas sobre si mesmo, sobre outras pessoas ou sobre o mundo (por exemplo, ter pensamentos como: eu sou ruim, há algo muito errado comigo, não se pode confiar em ninguém, o mundo é um lugar muito perigoso).	0	1	2	3	4
10. Culpar a si mesmo ou a outra pessoa pela experiência traumatizante ou pelo que aconteceu depois de tal experiência.	0	1	2	3	4
11. Ter fortes sentimentos negativos, tais como medo, horror, raiva, culpa ou vergonha	0	1	2	3	4
12. Perder o interesse em atividades que você costumava gostar.	0	1	2	3	4
13. Sentir-se distante ou isolado das outras pessoas.	0	1	2	3	4
14. Dificuldades para experimentar sentimentos positivos (por exemplo, ser incapaz de sentir felicidade ou de ter sentimentos afetuosos pelas pessoas próximas a você).	0	1	2	3	4
15. Comportamento irritável, explosões de raiva, ou agir de forma agressiva.	0	1	2	3	4
16. Arriscar-se muito ou fazer coisas que podem causar algum mal a você.	0	1	2	3	4
17. Estar “superalerta” ou hipervigilante.	0	1	2	3	4
18. Sentir-se sobressaltado ou assustar-se facilmente.	0	1	2	3	4
19. Ter dificuldades para se concentrar.	0	1	2	3	4
20. Dificuldades para “pegar no sono” ou para permanecer dormindo.	0	1	2	3	4

6.7 ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG (ROSENBERG'S SELF-ESTEEM SCALE, RSS)

Leia cada frase com atenção e, de acordo com a escala abaixo, coloque um número no item opção que melhor representa sua opinião.

- 1 – Concordo Totalmente
- 2- Concordo
- 3- Discordo
- 4- Discordo Totalmente

1. ___ Eu sinto que sou uma pessoa de valor, no mínimo, tanto quanto as outras pessoas
2. ___ Eu acho que tenho várias boas qualidades
3. ___ Levando tudo em conta, eu penso que sou um fracasso
4. ___ Eu acho que sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das pessoas
5. ___ Eu acho que eu não tenho muito do que me orgulhar
6. ___ Eu tenho uma atitude positiva com relação a mim mesmo
7. ___ No conjunto, eu estou satisfeito comigo
8. ___ Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo
9. ___ Às vezes eu me sinto inútil
10. ___ Às vezes eu acho que não presto para nada

6.8 ESCALA DE SATISFAÇÃO COM A VIDA (SATISFACTION WITH LIFE SCALE, SWLS)

Abaixo você encontrará cinco afirmações com as quais pode ou não concordar. Usando a escala de resposta a seguir, que vai de 1 a 7, indique o quanto concorda ou discorda com cada uma. Escreva um número no espaço ao lado da afirmação, segundo sua opinião. Por favor, seja o mais sincero possível nas suas respostas.

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente	Discordo	Discordo ligeiramente	Nem concordo, nem discordo	Concordo ligeiramente	Concordo	Concordo totalmente

1. Na maioria dos aspectos, minha vida é próxima ao meu ideal.	1	2	3	4	5	6	7
2. As condições da minha vida são excelentes.	1	2	3	4	5	6	7
3. Estou satisfeito (a) com minha vida.	1	2	3	4	5	6	7
4. Dentro do possível, tenho conseguido as coisas importantes que quero da vida.	1	2	3	4	5	6	7
5. Se pudesse viver uma segunda vez, não mudaria quase nada na minha vida.	1	2	3	4	5	6	7

6.9 PSYCHOTHERAPY PROCESS Q-SET (PQS)

Item 1: O paciente verbaliza sentimentos negativos (por exemplo, crítica, hostilidade) dirigidos ao terapeuta (versus faz comentários de aprovação ou admiração).

Item 2: O terapeuta chama a atenção para o comportamento não-verbal do paciente, por exemplo, postura corporal, gestos.

Item 3: As observações do terapeuta visam facilitar a fala do paciente.

Item 4: Os objetivos do paciente no tratamento são discutidos.

Item 5: O paciente tem dificuldade para compreender os comentários do terapeuta.

Item 6: O terapeuta é sensível aos sentimentos do paciente, afinado com o paciente; empático.

Item 7: O paciente está ansioso ou tenso (versus calmo e descontraído).

Item 8: O paciente está preocupado ou conflituado com sua dependência do terapeuta (versus confortável com a dependência ou querendo a dependência).

Item 9: O terapeuta é distante, indiferente (versus responsivo e efetivamente envolvido).

Item 10: O paciente busca maior intimidade com o terapeuta.

Item 11: Sentimentos e experiências sexuais são discutidos.

Item 12: Ocorrem silêncios durante a sessão.

Item 13: O paciente está animado ou excitado.

Item 14: O paciente não se sente entendido pelo terapeuta.

Item 15: O paciente não inicia assuntos; é passivo.

Item 16: Há discussão sobre funções corporais, sintomas físicos, ou saúde.

Item 17: O terapeuta exerce ativamente controle sobre a interação com o paciente (por exemplo, estruturando e/ou introduzindo novos assuntos).

Item 18: O terapeuta transmite a impressão de aceitação não-crítica (OBS: a colocação na direção do extremo não-característico indica desaprovação, falta de aceitação).

Item 19: Existe um tom erótico na relação terapêutica.

Item 20: O paciente é provocador, desafia os limites da relação terapêutica (OBS: a colocação na direção do extremo não-característico indica que o paciente se comporta de maneira submissa).

Item 21: O terapeuta revela informações sobre si.

Item 22: O terapeuta focaliza os sentimentos de culpa do paciente.

Item 23: O diálogo tem um foco específico.

Item 24: Os conflitos emocionais do próprio terapeuta invadem a relação.

Item 25: O paciente tem dificuldade em começar a sessão.

Item 26: O paciente experimenta afetos incômodos ou penosos (dolorosos).

- Item 27: O terapeuta dá orientações e conselhos explícitos (versus adia, mesmo quando é pressionado a fazê-lo).
- Item 28: O terapeuta percebe acuradamente o processo terapêutico.
- Item 29: O paciente fala sobre querer estar separado ou distante.
- Item 30: A discussão se concentra em temas cognitivos, isto é, sobre idéias ou sistemas de crenças.
- Item 31: O terapeuta solicita mais informação ou elaboração.
- Item 32: O paciente adquire uma nova compreensão ou insight.
- Item 33: O paciente fala sobre sentimentos de estar próximo ou de estar precisando de alguém.
- Item 34: O paciente culpa outros, ou forças externas, pelas dificuldades.
- Item 35: A auto-imagem é um foco de discussão.
- Item 36: O terapeuta assinala o uso de manobras defensivas pelo paciente; por exemplo, anulação, negação.
- Item 37: O terapeuta se comporta como um professor (de maneira didática).
- Item 38: Há discussão sobre atividades ou tarefas específicas para o paciente tentar fazer fora da sessão.
- Item 39: Existe um tom competitivo na relação.
- Item 40: O terapeuta faz interpretações que fazem referência a pessoas reais da vida do paciente (OBS: A colocação na direção do extremo não-característico indica que o terapeuta faz interpretações gerais ou impessoais).
- Item 41: As aspirações ou ambições do paciente são tópicos de discussão.
- Item 42: O paciente rejeita (versus aceita) os comentários e observações do terapeuta.
- Item 43: O terapeuta sugere o significado do comportamento de outros.
- Item 44: O paciente se sente cauteloso ou desconfiado (versus confiante e seguro).
- Item 45: O terapeuta adota uma atitude de apoio.
- Item 46: O terapeuta se comunica com o paciente com um estilo claro e coerente.
- Item 47: Quando a interação com o paciente é difícil, o terapeuta tenta se adaptar num esforço para melhorar a relação.
- Item 48: O terapeuta estimula a independência de ação ou opinião do paciente.
- Item 49: O paciente tem sentimentos ambivalentes ou conflitados sobre o terapeuta.
- Item 50: O terapeuta chama a atenção para sentimentos considerados inaceitáveis pelo paciente (por exemplo, raiva, inveja, ou excitação).
- Item 51: O terapeuta é condescendente ou protetor para com o paciente.
- Item 52: O paciente conta com o terapeuta para resolver seus problemas.
- Item 53: O paciente está preocupado com o que o terapeuta pensa dele.

- Item 54: O paciente é claro e organizado em sua expressão.
- Item 55: O paciente transmite expectativas positivas sobre a terapia.
- Item 56: O paciente discute experiências como se estivesse distante dos seus sentimentos (OBS: avalie como neutro se o afeto e o envolvimento for aparente, mas modulado).
- Item 57: O terapeuta explica as razões por trás de sua técnica ou abordagem ao tratamento.
- Item 58: O paciente resiste em examinar pensamentos, reações ou motivações relacionados aos problemas.
- Item 59: O paciente se sente inadequado ou inferior (versus eficiente e superior).
- Item 60: O paciente tem uma experiência catártica (OBS: avalie como não-característico se a expressão emocional não for acompanhada de uma sensação de alívio).
- Item 61: O paciente se sente tímido ou envergonhado (versus à vontade e seguro).
- Item 62: O terapeuta identifica um tema repetitivo na experiência ou conduta do paciente.
- Item 63: Os relacionamentos interpessoais do paciente são um tema importante.
- Item 64: O amor ou relacionamentos amorosos são um tópico de discussão.
- Item 65: O terapeuta clarifica, reafirma ou reformula a comunicação do paciente.
- Item 66: O terapeuta é diretamente encorajador (OBS: coloque na direção do não-característico se o terapeuta tende a se abster de proporcionar apoio direto).
- Item 67: O terapeuta interpreta desejos, sentimentos ou idéias, rejeitadas ou inconscientes.
- Item 68: Significados reais versus fantasiados de experiências são ativamente diferenciados.
- Item 69: A situação de vida atual ou recente do paciente é enfatizada na discussão.
- Item 70: O paciente luta para controlar sentimentos ou impulsos.
- Item 71: O paciente é auto-acusatório; expressa vergonha ou culpa.
- Item 72: O paciente entende a natureza da terapia e o que é esperado.
- Item 73: O paciente está comprometido com o trabalho terapêutico.
- Item 74: O humor é utilizado.
- Item 75: Interrupções ou pausas no tratamento ou o término da terapia são discutidas.
- Item 76: O terapeuta sugere que o paciente aceite a responsabilidade por seus problemas.
- Item 77: O terapeuta não tem tato.
- Item 78: O paciente busca aprovação, afeição, ou simpatia do terapeuta.
- Item 79: O terapeuta comenta as mudanças no humor ou no afeto do paciente.
- Item 80: O terapeuta apresenta uma experiência ou evento numa perspectiva diferente.
- Item 81: O terapeuta enfatiza os sentimentos do paciente para ajudá-lo a experimentá-los mais profundamente.

Item 82: O comportamento do paciente durante a sessão é reformulado pelo terapeuta de uma maneira não explicitamente reconhecida anteriormente.

Item 83: O paciente é exigente.

Item 84: O paciente expressa sentimentos de raiva ou agressivos.

Item 85: O terapeuta encoraja o paciente a tentar novas formas de comportar-se com os outros.

Item 86: O terapeuta é seguro ou autoconfiante (versus inseguro ou defensivo).

Item 87: O paciente é controlador.

Item 88: O paciente traz temas e material significativos.

Item 89: O terapeuta age para fortalecer defesas.

Item 90: Os sonhos ou fantasias do paciente são discutidos.

Item 91: Lembranças ou reconstruções da infância são tópicos de discussão.

Item 92: Os sentimentos ou percepções do paciente são relacionados a situações ou comportamentos do passado.

Item 93: O terapeuta é neutro.

Item 94: O paciente sente-se triste ou deprimido (versus alegre ou animado).

Item 95: O paciente sente-se ajudado.

Item 96: Há discussão sobre horários ou honorários.

Item 97: O paciente é introspectivo, prontamente explora pensamentos e sentimentos íntimos.

Item 98: A relação terapêutica é um foco de discussão.

Item 99: O terapeuta questiona a visão do paciente (versus valida as percepções do paciente).

Item 100: O terapeuta faz conexões entre a relação terapêutica e outras relações.

6.10 INVENTÁRIO DE ALIANÇA DE TRABALHO/ WORKING ALLIANCE INVENTORY (WAI)

Working Alliance Inventory – Formulário do Observador (WAI-O): Versão Revisada IV

1. Há algum desconforto no relacionamento.
2. Há acordo com relação aos passos a serem seguidos para ajudar a melhorar a situação do(a) paciente.
3. Há preocupação com relação aos resultados das sessões.
4. Há concordância sobre a utilidade da atividade atual na terapia (por exemplo, o(a) paciente está vendo novas maneiras de olhar para seus problemas) .
5. Existe bom entendimento entre paciente e terapeuta.
6. Há uma percepção comum dos objetivos do(a) paciente na terapia.
7. Há alguma confusão entre paciente e terapeuta sobre o que estão fazendo em terapia.
8. Há simpatia entre terapeuta e paciente.
9. Há necessidade de esclarecer o propósito das sessões.
10. Há desacordo sobre os objetivos da sessão.
11. O tempo na terapia não é utilizado de forma eficiente.
12. Existem dúvidas ou falta de entendimento sobre o que os participantes estão tentando alcançar na terapia.
13. Há acordo sobre quais são as responsabilidades do(a) paciente na terapia.
14. Há uma percepção comum de que os objetivos das sessões são importantes.
15. O que terapeuta e paciente estão fazendo na terapia não está relacionado com as preocupações atuais do(a) paciente.
16. Há acordo de que o que o(a) paciente e o(a) terapeuta estão fazendo na terapia irá ajudar o(a) paciente a alcançar as mudanças que ele(ela) quer.
17. O(A) paciente está ciente de que o(a) terapeuta está genuinamente preocupado(a) com o seu bem estar.
18. Há clareza sobre o que o(a) terapeuta quer que o(a) paciente faça.
19. Paciente e terapeuta respeitam-se um ao outro.
20. O(A) paciente sente que o(a) terapeuta não é totalmente honesto(a) sobre seus sentimentos para com ele(ela) .
21. O(A) paciente sente confiança na habilidade do(a) terapeuta para ajudá-lo(a).
22. Paciente e terapeuta estão trabalhando em objetivos acordados mutuamente.
23. O(A) paciente sente que o(a) terapeuta o(a) aprecia como pessoa.

24. Há acordo sobre o que é importante o(a) paciente melhorar.
25. Como resultado das sessões da terapia existe clareza sobre como o(a) paciente pode ser capaz de mudar.
26. Há confiança mútua entre paciente e terapeuta.
27. O(A) paciente e o(a) terapeuta tem diferentes ideias sobre quais são os verdadeiros problemas do(a) paciente.
28. Tanto o(a) paciente como o(a) terapeuta veem seu relacionamento como importante para o(a) paciente.
29. O(A) paciente teme que se ele(a) disser ou fizer algo errado, o(a) terapeuta irá parar de trabalhar com ele(a).
30. Paciente e o(a) terapeuta colaboram na definição de objetivos para a sessão.
31. O(A) paciente está frustrado(a) pelo que ele(a) está sendo solicitado(a) a fazer na terapia.
32. Paciente e terapeuta estabeleceram um bom entendimento sobre as mudanças que poderiam ser boas para o(a) paciente.
33. O processo da terapia não faz sentido para o(a) paciente.
34. O(A) paciente não sabe o que esperar como resultado da terapia.
35. O(A) paciente acredita que a maneira como eles estão trabalhando com o seu problema está correta.
36. O(A) paciente sente que o(a) terapeuta respeita e se importa com o(a) paciente, mesmo quando o(a) paciente faz coisas que o(a) terapeuta não aprova.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DE PROCESSO E IMPACTO DE PROTOCOLO DE PSICOTERAPIA PARA MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA CONJUGAL

Pesquisador: Luísa Fernanda Habigzang

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 55921416.0.0000.5336

Instituição Proponente: UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.724.555

Apresentação do Projeto:

A violência contra mulheres é um grave problema social e de saúde pública e a literatura aponta que o principal contexto de agressão é o doméstico. Situações de violência patrimonial, física, psicológica e sexual contra a mulher são perpetradas geralmente por seus companheiros. As expressões de violência contra a mulher estão relacionadas a diferenças de gênero que são culturalmente mantidas. A exposição à violência pode gerar impacto negativo para o desenvolvimento cognitivo, emocional, social e laboral das vítimas e está relacionado a sintomas de depressão, ansiedade e transtorno do estresse pós-traumático. Políticas públicas nacionais e internacionais têm como foco o enfrentamento deste problema por meio de ações em rede para prevenir, intervir e proteger as mulheres. A Psicologia é uma área do conhecimento que pode contribuir no desenvolvimento e avaliação de programas para prevenção e tratamento de mulheres que sofreram violência. Este projeto tem como objetivo desenvolver e avaliar um protocolo de psicoterapia para mulheres em situação de violência conjugal. Está composto por três estudos: (1) revisão sistemática da literatura para levantamento de protocolos de tratamento existentes na literatura internacional para essa população. O desenvolvimento de intervenções requer consulta a literatura existente para promover práticas baseadas em evidências; (2) avaliação do processo terapêutico, por meio de

Endereço: Av.Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703

Bairro: Partenon

CEP: 90.619-900

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3320-3345

Fax: (51)3320-3345

E-mail: cep@puhrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 1.724.555

estudo de casos múltiplos, que terá como objetivo identificar elementos significativos do protocolo de intervenção que contribuam para a mudança terapêutica. Será fundamental para possíveis reformulações no protocolo e subsidiará o estudo III; e (3) avaliação de impacto terapêutico, por meio de ensaio clínico, que terá como objetivo verificar a efetividade da intervenção na redução de sintomas de depressão, ansiedade, estresse, e estresse pós-traumático.

Este projeto poderá gerar um protocolo de intervenção breve, com evidências de efetividade, que poderá ser replicado em serviços de saúde e proteção para mulheres em situação de violência.

Objetivo da Pesquisa:

Esta pesquisa pode contribuir para qualificar o funcionamento da rede de atendimento a mulheres em situação de violência, especialmente serviços de atenção a saúde mental.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Desconforto durante as filmagens, além de lembranças desconfortáveis no processo de psicoterapia, mas que serão abordadas no tratamento.

Benefícios:

As participantes terão um atendimento disponibilizado por profissionais especializados e experientes. E a partir deste estudo será desenvolvido uma intervenção com evidências de efetividade para posterior replicação por profissionais da saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O Projeto está bem justificado, com solidez acadêmica e científica, apoiado em vasta bibliografia.

Os conceitos e a proposta estão delineados de forma clara e objetiva.

O objeto de estudo é de grande relevância social e científica, à medida que visa a qualificação profissional da rede de atendimento a mulheres em situação de violência.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foi apresentada "Carta de conhecimento e autorização" do local onde a Pesquisa será realizada.

A "Carta de aprovação da Comissão Científica da Unidade", foi adequadamente apresentada.

O "Termo de Consentimento Livre e Esclarecido", explicita Riscos e Benefícios.

O endereço do Comitê de Ética em Pesquisa na Universidade (CEP-PUCRS) foi corrigido.

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703

Bairro: Partenon

CEP: 90.619-900

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3320-3345

Fax: (51)3320-3345

E-mail: cep@puhrs.br

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS**



Continuação do Parecer: 1.724.555

O Cronograma está devidamente readequado.

O Orçamento apresentado define a Fonte Viabilizadora da Pesquisa.

Recomendações:

Sem mais recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem mais pendências.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Destaca-se a importância científica e social do trabalho e que reúne as características necessárias.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o CEP-PUCRS, de acordo com suas atribuições definidas na Resolução CNS n° 466 de 2012 e da Norma Operacional n° 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_691657.pdf	22/08/2016 14:00:41		Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	22/08/2016 13:54:35	Luísa Fernanda Habigzang	Aceito
Outros	carta_resposta.pdf	22/06/2016 15:40:57	Luísa Fernanda Habigzang	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	22/06/2016 14:21:42	Luísa Fernanda Habigzang	Aceito
Outros	ANEXO9.pdf	21/06/2016 11:25:16	Luísa Fernanda Habigzang	Aceito
Outros	ANEXO8.pdf	21/06/2016 11:24:50	Luísa Fernanda Habigzang	Aceito
Outros	ANEXO7.pdf	21/06/2016 11:24:27	Luísa Fernanda Habigzang	Aceito
Outros	Anexo6.pdf	21/06/2016 11:24:03	Luísa Fernanda Habigzang	Aceito
Outros	ANEXO5.pdf	21/06/2016 11:23:35	Luísa Fernanda Habigzang	Aceito
Outros	Anexo4.pdf	21/06/2016 11:23:11	Luísa Fernanda Habigzang	Aceito
Outros	Anexo3.pdf	21/06/2016 11:22:27	Luísa Fernanda Habigzang	Aceito

Endereço: Av.Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703

Bairro: Partenon

CEP: 90.619-900

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3320-3345

Fax: (51)3320-3345

E-mail: cep@pucls.br

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS**



Continuação do Parecer: 1.724.555

Outros	ANEXO2.pdf	21/06/2016 11:21:47	Luísa Fernanda Habigzang	Aceito
Outros	ANEXO1.pdf	21/06/2016 11:21:13	Luísa Fernanda Habigzang	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	21/06/2016 11:20:27	Luísa Fernanda Habigzang	Aceito
Outros	Carta_Aprovacao_Sipesq.pdf	02/05/2016 16:37:40	Luísa Fernanda Habigzang	Aceito
Outros	Documento_Unificado_Sipesq.pdf	02/05/2016 16:36:21	Luísa Fernanda Habigzang	Aceito
Outros	Carta_Autorizacao.pdf	11/04/2016 19:44:19	Luísa Fernanda Habigzang	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Comissao_Cientifica.pdf	11/04/2016 19:41:27	Luísa Fernanda Habigzang	Aceito
Outros	Relatoria_2.pdf	11/04/2016 19:40:31	Luísa Fernanda Habigzang	Aceito
Outros	Relatoria_1.pdf	11/04/2016 19:40:15	Luísa Fernanda Habigzang	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Luisa.pdf	11/04/2016 18:41:18	Luísa Fernanda Habigzang	Aceito
Outros	Carta_Apresentacao.pdf	11/04/2016 18:37:05	Luísa Fernanda Habigzang	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Paula.pdf	11/04/2016 18:36:17	Luísa Fernanda Habigzang	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Mariana.pdf	11/04/2016 18:36:02	Luísa Fernanda Habigzang	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Julia.pdf	11/04/2016 18:35:49	Luísa Fernanda Habigzang	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Ilana.pdf	11/04/2016 18:35:38	Luísa Fernanda Habigzang	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Fernanda.pdf	11/04/2016 18:35:28	Luísa Fernanda Habigzang	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Daniela.pdf	11/04/2016 18:35:13	Luísa Fernanda Habigzang	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	11/04/2016 17:33:19	Luísa Fernanda Habigzang	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av.Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703

Bairro: Partenon

CEP: 90.619-900

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3320-3345

Fax: (51)3320-3345

E-mail: cep@puhrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 1.724.555

PORTO ALEGRE, 13 de Setembro de 2016

Assinado por:
Denise Cantarelli Machado
(Coordenador)

Endereço: Av.Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703

Bairro: Partenon

CEP: 90.619-900

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3320-3345

Fax: (51)3320-3345

E-mail: cep@puhrs.br