

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

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

*PSICOTERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA MUJERES EN  
SITUACIÓN DE VIOLENCIA DOMÉSTICA: REVISIÓN SISTEMÁTICA*

*Mariana Gomes Ferreira Petersen\**

*Júlia Carvalho Zamora\*\**

*Ilana Luiz Fermann\*\*\**

*Pâmela Letícia Crestani\*\*\*\**

*Luísa Fernanda Habigzang\*\*\*\*\**

## 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: Uma busca foi realizada nas bases Scielo, Pepsic, PubMed, PsycINFO, Scopus e Web of Science com os seguintes descritores: “clinical trial” ou “therapy” ou “psychotherapy” ou “psychological treatment” E “violence” ou “mistreatment” ou “domestic violence” ou “conjugal violence” E “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 ran-

---

\* Mestre em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS), Porto Alegre, Brasil. mariana@sgferreira.com.br

\*\* Mestranda em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS), Porto Alegre, Brasil. juliaczamora@hotmail.com

\*\*\* Mestre em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS), Porto Alegre, Brasil. ilana.fermann@gmail.com

\*\*\*\* Graduada em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS), Porto Alegre, Brasil. pamelacrestanii@gmail.com

\*\*\*\*\* Doutora em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS), Porto Alegre, Brasil. habigzang.luisa@gmail.com

domizados. As intervenções tiveram como foco sintomas de trauma, ansiedade e depressão. Conclusões: Os artigos destacaram a avaliação de resultado. Identificou-se a necessidade de estudos que detalhem o processo psicoterapêutico, principalmente no contexto brasileiro, para qualificar as redes de atendimento com práticas baseadas em evidências.

*Palavras-chave:* violência doméstica; gênero; terapia cognitivo-comportamental; prática baseada em evidências.

## ABSTRACT

This article aimed to carry out 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 the databases 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”. A total of 1.329 articles were identified and, after application of inclusion and exclusion criteria, 11 remained. These were analyzed from methodological aspects, intervention elements and results achieved. Results: Nine articles reported randomized clinical trials. The interventions focused on symptoms of trauma, anxiety and depression. Conclusions: The articles stressed the assessment of results. The need was manifest for studies to detail the psychotherapeutic process, mainly in the Brazilian context, to qualify the service networks with evidence-based practices.

*Keywords:* domestic violence; gender; cognitive-behavioral therapy; evidence-based practice.

## RESUMEN

Este artículo ha tenido como objetivo realizar una revisión sistemática de la literatura sobre los protocolos de terapia cognitivo-conductual (TCC) para el tratamiento psicológico de las mujeres en situaciones de violencia doméstica. Método: Se realizó una búsqueda en las bases Scielo, Pepsic, PubMed, PsycINFO, Scopus y Web of Science con los siguientes descriptores: “clinical trial” o “therapy” o “psychotherapy” o “psychological treatment” Y “violence” o “mistreatment” o “domestic violence” o “conjugal violence” Y “women”. Se identificaron 1.329 artículos y después de la aplicación de criterios de inclusión y exclusión, se mantuvieron 11 artículos. Estos fueron analizados a partir de aspectos metodológicos,

elementos de intervención y los resultados obtenidos. Resultados: Nueve artículos eran ensayos clínicos randomizados. Las intervenciones se han centrado en los síntomas de trauma, ansiedad y depresión. Conclusiones: Los artículos fueran centrados en el resultado de la evaluación. Se identifica la necesidad de estudios que detallen el proceso psicoterapéutico, especialmente en el contexto brasileño, para mejorar las redes de servicios a partir de prácticas basadas en evidencias.

*Palabras clave:* violencia doméstica; género; terapia cognitivo-conductual; práctica basada en evidencia.

## Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) define violência como o uso intencional de força ou poder como 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, Paula & Bordin, 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 (Bandeira, 2014). Na violência de gênero compreende-se que mulheres e homens estão implicados em relações de poder assimétricas que originam ações violentas (Bandeira, 2014; Deeke, Boing, Oliveira & Coelho, 2009). 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 de 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 a 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 à 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 (Bandeira, 2014). A violência contra a mulher tem múltiplas facetas e está caracterizada como violência interpessoal. Comumente a violência é perpetrada por alguém que tem 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, familiares ou não, que compartilham a mesma residência com a pessoa agredida (Brasil, 2006). A violência conjugal geralmente se manifesta por 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, Encinas, Mantilla & Ortiz, 2011; Sacramento & Rezende, 2006).

Dados do Mapa da Violência de 2015 apontaram que a violência contra mulheres é muito prevalente no país (Waiselfisz, 2015). As estatísticas indicaram que no Brasil pelo menos 13 milhões de mulheres acima de 16 anos de idade já vivenciaram situações de violência doméstica. Destas, pelo menos 700 mil continuam a conviver com o agressor, o que aumenta os riscos de revitimização. Ainda em relação aos resultados dessa pesquisa, 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 predominantemente de mulheres, totalizando 71% dos atendimentos. Para mulheres entre 18 e 59 anos, o principal perpetrador da agressão é o atual ou ex-companheiro e o ambiente doméstico é o local de maior ocorrência das violências (Waiselfisz, 2015). 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, foi sancionada no Brasil em 2006 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. Essa pesquisa foi realizada em mais de 18 bases de dados e, ao todo, foram incluídos 41 estudos. Os critérios de inclusão foram pesquisas observacionais e de intervenção, relatando a prevalência da violência doméstica em mulheres e homens acima de 16 anos de idade (Trevillion, Oram, Feder & Howard, 2012). Os resultados apontaram 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, Andreoli, Ferri, Prince & Mari, 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, Queiroz, Tyrell & Bravo, 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 para essa população que se encontra vulnerável. Em relação ao âmbito jurídico, a Lei Maria da Penha (Brasil, 2006) também foi criada para garantir o direito 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 essas 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% 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 pela escuta qualificada e pelo acolhimento, visando ao fortalecimento da mulher que passa pela situação de violência. Ademais, o trabalho da Psicologia também pode envolver o homem agressor, de modo que ele 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 dela. Identificar fatores sociais e culturais, tais como relações de poder assimétricas entre os gêneros e os ideais imaginários relativos a casamento e religião, tem 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 é um recurso útil para a(o) psicóloga(o) no que tange à 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, um dos quais pode ser a psicoterapia (Bermann & Graff, 2015; CFP, 2012; Ortiz et al., 2011)

Dentre as abordagens para psicoterapia, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) vem apresentando evidências de eficácia no tratamento de pessoas que vivenciaram situações de violência (Bass et al., 2014; Crespo & Arinero, 2010; Echeburúa, Sarasua & Zubizarreta, 2013; Miller, Howell & Graham-Berhamm, 2014; Ortiz et al., 2011). A TCC tem um potencial consistente para o tratamento dessas pessoas, pois apresenta técnicas focadas na ressignificação de eventos traumáticos e na redução de sintomas de ansiedade, depressão e transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) (Bermann & Graff, 2015; Habigzang, Hatzenberger, Dala Corte, Stroher & Koller, 2006; Ortiz et al., 2011). Além da redução dos sintomas, a TCC visa a 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).

Existem diferenças dentro do escopo das TCCs, historicamente organizadas em ondas. A primeira e segunda ondas seriam pautadas principalmente pela perspectiva clássica desenvolvida por Aaron Beck, que tem como princípio básico a lógica de que os pensamentos interferem diretamente na maneira como as pessoas se sentem e se comportam. Essa perspectiva tem como foco do tratamento a avaliação dos pensamentos distorcidos do paciente, o empirismo colaborativo, o enfoque da vida atual e o estabelecimento de metas para a psicoterapia (Beck, 2007). A terceira onda está relacionada a novos formatos de intervenções, todas as quais têm como base a perspectiva clássica, mas incluem técnicas distintas e voltadas para demandas específicas. 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 TCCs, 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

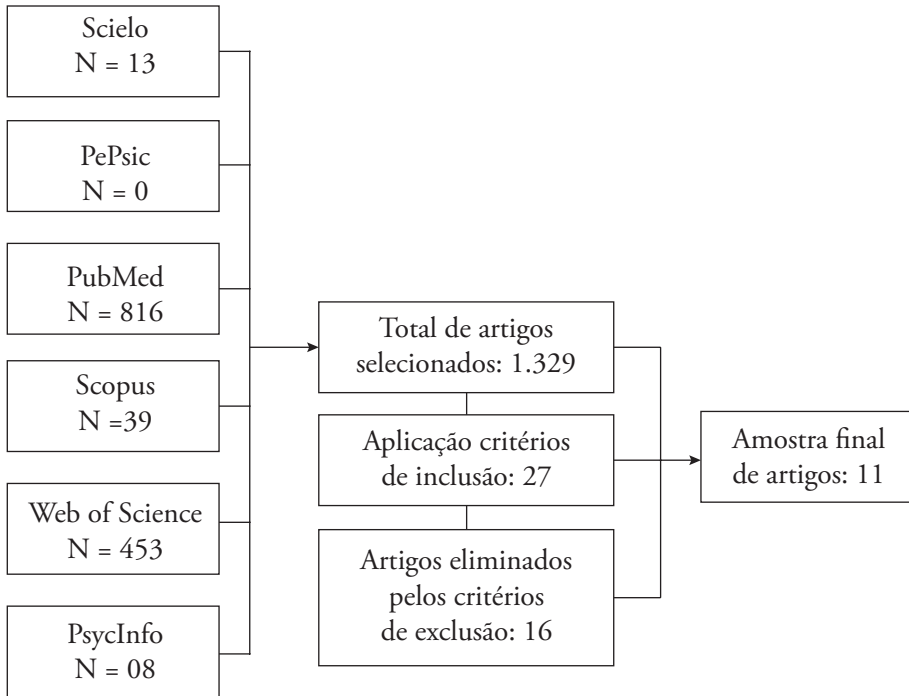
foram: (1) verificar os delineamentos utilizados para avaliação da intervenção; (2) identificar os sintomas-alvo e os objetivos das intervenções; (3) mapear o tempo da intervenção e elementos centrais que compuseram os protocolos; e (4) analisar os principais resultados alcançados.

## 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 por seus resumos, 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, Psyc, 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 em 1.329 artigos, nas bases Scielo (n=13); Psyc (n=0); PubMed (n=816); Scopus (n=39); Web of Science (n=453) e PsycINFO (n=8). O período de busca foi de 26/10/2015 até 09/11/2015. 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 e 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 serem dissertações de mestrado, cinco artigos por não tratarem de protocolos de TCC para mulheres vítimas de violência e oito por serem repetições em mais de uma base de dados. A etapa de análise dos artigos conforme os critérios de inclusão e exclusão foi realizada por duas juízas independentes. Em casos de discordância, uma terceira juíza foi consultada. Ao final de todo o 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, eles foram lidos na íntegra e analisados por duas juízas independentes, com uma terceira juíza consultada em casos de discordância. O conteúdo dos 11 artigos foi analisado segundo os seguintes critérios: (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 (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). Estas categorias de análise foram definidas pelas pesquisadoras e foi utilizado o software Excel para tabulação dos dados. 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, 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, Field, Campbell & Hien, 2013; Iverson, Gradus, Resick & Smith, 2011a; Iverson, Resick & Suvak, 2011b; Johnson & Zlotnick, 2011; Matud, Fortes & Medina, 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).

Utilizou-se os critérios estabelecidos na escala PEDro pela lista de Delphi para identificar a qualidade metodológica dos estudos (Verhagen, 1988). Os critérios de avaliação da escala são: (1) identificação dos critérios de elegibilidade; (2) randomização dos sujeitos nos grupos experimental e de 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 de controle e grupo experimental receberam o tratamento adequado conforme alocação, e 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.

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.

**Tabela 1. Resultados das Categorias de Análise dos Estudos**

Estudo	Participantes	Delimitamento	Elementos da Intervenção	Formato	Alvos da Intervenção	Principais Resultados
(Iverson et al., 2011a)	150 mulheres (M = 35,4 anos)	Ensaio clínico randomizado; <i>follow-up</i> após 6 meses.	CPT; psicoeducação, exposição ao trauma, questionamento sócrático. 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; <i>follow-up</i> após 6 meses.	CPT; psicoeducação, exposição ao trauma, questionamento sócrático. 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; <i>follow-up</i> 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	O GE apresentou redução significativa nos sintomas de TEPT e ansiedade, aumento de autoestima e apoio social, e menor sentimento de insegurança. No <i>follow-up</i> 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)	Quase-experimental; <i>follow-up</i> 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. Houve melhora em níveis de autoestima e redução de comportamentos disfuncionais. Os resultados se mantiveram no <i>follow-up</i> .
(Miller et al., 2014)	120 mulheres (M = 31,8 anos)	Ensaio clínico randomizado; <i>follow-up</i> após 6 e 8 meses.	Psicoeducação, orientação jurídica, relaxamento e exposição às memórias traumáticas.	10 sessões em grupo	Revitimização	Observou-se redução da revitimização.

Continua

Continuação	Participantes	Delineamento	Elementos da Intervenção	Formato	Alvos da Intervenção	Principais Resultados
Estudo						
(Bass et al., 2014)	405 mulheres (M = 36,9 anos)	Ensaio clínico randomizado; <i>follow-up</i> após 1 e 6 meses.	Psicoeducação e reestruturação cognitiva.	G1: 11 sessões individuais G2: 1 sessão individual + 10 em grupo	TEPT, depressão e ansiedade	Tanto o tratamento grupal quanto o individual obtiveram 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. O GE apresentou menor índice de revitimização e melhorou significativamente os sintomas de TEPT.
(Resick et al., 2008)	150 mulheres (M = 35,4 anos)	Ensaio clínico randomizado; <i>follow-up</i> após 6 meses.	CPT: Psicoeducação, exposição ao trauma, questionamento sociário. 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 & Graf, 2015)	181 mulheres (M = 33 anos)	Ensaio clínico randomizado; <i>follow-up</i> após 8 meses.	Reestruturação de crenças e métodos 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 e na diminuição da depressão e da ansiedade. O grupo de controle não apresentou mudanças. No <i>follow-up</i> os efeitos se mantiveram.
(Cort et al., 2014)	32 mulheres (M = 39,8 anos)	Quase-experimental; <i>follow-up</i> após 3 meses.	Treino de habilidades sociais, psicoeducação, e criação de um "safety plan" para lidar com situações de violência.	8 sessões em grupo	TEPT, depressão e habilidades sociais	Houve melhora dos sintomas de depressão, TEPT e habilidades sociais.
(Johnson & Zlotnick, 2011)	70 mulheres (M = 39,9 anos)	Ensaio clínico randomizado; <i>follow-up</i> após 1 semana, 3 e 6 meses.	Exposição às memórias traumáticas, reestruturação cognitiva e psicoeducação.	12 sessões individuais	TEPT, depressão e revitimização	O GE apresentou melhora nos sintomas alvo. O GC apresentou 12 vezes mais chances de revitimização do que o GE.

**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	NC	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 & Zlotnick (2011)	S	S	S	S	S	NC	NC	S	S	S	S

Legenda

S: Cumpre o critério;

NC: A informação não consta no artigo;

NA: A informação não se aplica ao método do artigo.

Todos os nove 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 & Zlotnick, 2011; Matud et al., 2014; Ortiz et al., 2011; Resick et al., 2008) citaram o uso de técnicas de exposição em seus protocolos, mas apenas os três 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; Ortiz et al., 2011). 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 & Zlotnick, 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 & Zlotnick, 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 1h30min 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 & Zlotnick, 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 vivenciaram 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 do foco de intervenção, como por exemplo, ansiedade, depressão, TEPT e revitimização. Dos 11 artigos, sete apresentaram o tamanho de efeito *d* de Cohen (Bass et al., 2014; Bermann & Graff, 2015; Iverson et al., 2011a; Johnson & Zlotnick, 2011; Matud et al., 2014; Ortiz et al., 2011; Resick et al., 2008). Não houve diferença significativa entre os resultados de impacto da psicoterapia grupal comparados aos do método de psicoterapia individual.

No artigo de Cohen et al. (2013) identificou-se que mulheres que sofreram exposição recente à 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 Ortiz 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 to-

dos esses aspectos, enquanto as participantes do grupo de 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 idade adulta e violência institucional guardava relação com a exposição mais recente à violência doméstica. O histórico dessas 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 discutidos 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 de controle e um experimental, com sujeitos distribuídos aleatoriamente em cada grupo e semelhança em relação ao prognóstico, para obter 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 normas sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Mesmo nos experimentos com grupo de 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, o que 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 & Zlotnick, 2011; Matud et al., 2014; Miller et al., 2014; Resick et al., 2008) apresentaram alocação secreta dos sujeitos, os avaliadores mediram resul-

tados de forma cega, e os grupos eram semelhantes em relação ao prognóstico, o que indica uma boa qualidade metodológica nas pesquisas (Verhagen, 1988).

Em relação às intervenções, os resultados corroboram 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). 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 eficácia nas técnicas de exposição para o tratamento do TEPT, poucos estudos explicam como são feitas as intervenções. O estudo que originou os três artigos sobre a CPT tinha como hipótese que as técnicas de exposição a imagens mentais e a relatos clínicos seriam eficazes para redução dos sintomas de TEPT. 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), o que 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 a dependência química. Portanto, é imprescindível que alguns protocolos de tratamento incluam ambos os 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 dirijam um olhar mais contextual para a violência doméstica, já que esse é um tipo de violência que causa impacto em todas as pessoas que compartilham o ambiente familiar. As crianças que participaram dessa pesquisa foram incluídas em um grupo diferente do das mães, e ambos os grupos de psicoterapia ocorriam concomitantemente (Bermann & Graff, 2015).

A questão da revitimização também foi abordada nos estudos, corroborando a literatura que aponta esse 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 qualida-



de 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 de controle melhoraram sua percepção de apoio social (Matud et al., 2014). Uma das hipóteses é 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 essa população é um dado alarmante, que justifica a necessidade de criação e/ou adaptação de protocolos e estudos que avaliem a eficácia 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 brasileiros que possam também avaliar o impacto e o processo de tratamentos que abranjam a temática da violência doméstica, já que a prevalência deste tipo de violência é alta no Brasil. Nos estudos que tenham como foco a avaliação do processo terapêutico, é importante que os autores incluam em seus resultados a descrição passo a passo da intervenção, para que clínicos e pesquisadores possam replicar protocolos com validação empírica. Para que os sintomas comuns às pacientes com histórico de

violência conjugal sejam tratados, sugere-se a inclusão de técnicas de regulação emocional associadas às técnicas de exposição gradual às memórias traumáticas. Sugere-se, ainda, que os protocolos de atendimento desenvolvidos tenham como um de seus objetivos a flexibilização de estereótipos de gênero. Um limitador 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. Contudo, a exclusão deste material ocorreu porque considerou-se a avaliação cega por pares, utilizada pelas revistas científicas, como indicador da qualidade metodológica dos estudos.

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, conferiram validade aos resultados encontrados. No entanto, identifica-se a necessidade de experimentos que exemplifiquem o processo de psicoterapia, permitindo 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. <https://doi.org/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. <https://doi.org/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. <https://doi.org/10.1037/fam0000091>
- Brasil (2006). Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006: Dispõe sobre a violência doméstica contra a mulher. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm) (acessado em 24-jan-2019).
- Brasil (2011). *Pacto nacional pelo enfrentamento à violência contra a mulher*. <http://www.spm.gov.br/assuntos/violencia/pacto-nacional> (acessado em 24-jan-2019).

- Cáceres, E. (2011). *Tratamento psicológico centrado no trauma em mulheres vítimas de violência conjugal*. (Tesis doctoral en prensa. Universidad Complutense de Madrid, España).
- Cavalcanti, S. V. (2008). *Violência doméstica contra a mulher no Brasil: análise da Lei Maria da Penha*, 2ª ed. Salvador: JusPodivm.
- CFP (Conselho Federal de Psicologia) (2012). *Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) em programas de atenção à mulher em situação de violência*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia.
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.03.006>
- Correia, C.; Gomes, N.; Couto, 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. [http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/pt\\_0104-0707-tce-23-01-00118.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/pt_0104-0707-tce-23-01-00118.pdf) (acessado em 26-jan-2019).
- 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. <https://doi.org/10.1037/a0037361>
- Costa, B. A.; Zoltowski, A. P. C. (2014). Como escrever um artigo de revisão sistemática. In: Koller, S. H.; Couto, M. C. P. P.; Hohendorff, J. V. (eds.). *Manual de Produção Científica*, p. 55-70. Porto Alegre: Penso.
- CPMI – Congresso Nacional (2013). *Relatório final da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito: Violência contra a mulher*. <http://www2.senado.leg.br/bdsf/item/id/496481> (acessado em 24-jan-2019).
- 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. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20977033> (acessado em 26-jan-2019).
- Cunha, D.; Pinho, M. S. (2011). Sugestionabilidade interrogativa em mulheres vítimas de violência conjugal. *Ex aequo*, 23, 133-147. [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-55602011000100011](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-55602011000100011) (acessado em 26-jan-2019).
- 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. <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v31n2/v31n2a04.pdf> (acessado em 26-jan-2019).
- 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. <https://doi.org/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. <https://doi.org/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. [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002008000200005&lng=en&rlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000200005&lng=en&rlng=en) (acessado em 26-jan-2019).
- 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. <https://doi.org/10.18256/2175-5027>
- Habigzang, L.; Hatzenberger, R.; Dala Corte, F.; Stroher, F.; Koller, S. (2006). Grupoterapia cognitivo-comportamental para meninas vítimas de abuso sexual: descrição de um modelo de intervenção. *Psicologia Clínica*, 18(2), 163-182. <https://doi.org/10.1590/S0103-56652006000200012>
- Iverson, K.; Gradus, J.; Resick, P.; Smith, K. (2011a). 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(2), 193-202. <https://doi.org/10.1037/a0022512>
- Iverson, K.; Resick, P.; Suvak, M. (2011b). Intimate partner violence exposure predicts PTSD treatment engagement and outcome in cognitive processing therapy. *Behavior Therapy*, 42(2), 236-248. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.06.003> (acessado em 24-jan-2019).
- 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. <https://doi.org/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. <http://www.redalyc.org/pdf/1798/179832689005.pdf> (acessado em 26-jan-2019).
- 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. <https://doi.org/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 Pública*, 27(4), 300-8. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892010000400009>
- Netto, 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. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400075>
- OMS (Organização Mundial da Saúde) (2002). *Informe mundial sobre violencia e saúde*. <http://www.opas.org.br/relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude/> (acessado em 26-jan-2019).

- OMS (Organização Mundial da Saúde) (2011). *Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã*. [http://www.who.int/eportuguese/publications/Mulheres\\_Saude.pdf?ua=1](http://www.who.int/eportuguese/publications/Mulheres_Saude.pdf?ua=1) (acessado em 26-jan-2019).
- Ortiz, E.; Encinas, F.; Mantilla, P.; Ortiz, D. (2011). Tratamiento cognitivo conductual centrado en el trauma de mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 5(2), 13-31. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1900-23862011000200002&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1900-23862011000200002&lng=en&tlng=es) (acessado em 24-jan-2019).
- 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. <https://doi.org/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. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462009000600003>
- Sacramento, L. T.; Rezende, M. M. (2006). Violências: Lembrando alguns conceitos. *Aletheia*, 24, 95-104. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942006000300009](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942006000300009) (acessado em 26-jan-2019).
- 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. <https://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. *PLOS One*, 7(12), 326-336. <https://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. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10086815>
- Waiselfisz, J. J. (2015). *Mapa da violência 2015: Homicídio de mulheres no Brasil*, 1ª ed. [http://www.mapadaviolencia.org.br/mapa2015\\_mulheres.php](http://www.mapadaviolencia.org.br/mapa2015_mulheres.php) (acessado em 24-jan-2019).
- WHO (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*. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf) (acessado em 24-jan-2019).

Recebido em 09 de janeiro de 2017

Aceito para publicação em 20 de abril de 2018