

INTERVENÇÃO CLÍNICA ANALÍTICO-COMPORTAMENTAL PARA AUMENTO DO REPERTÓRIO DE ENFRENTAMENTO EM MULHERES¹

Sissi Araújo Vigano²

Resumo: A violência é um problema de saúde pública, com impacto direto na saúde mental, que atrasa o desenvolvimento econômico, afetando toda a sociedade brasileira, pois o Brasil é um dos países mais violentos do mundo. A Violência contra Mulheres em contexto doméstico (VCM) é um tipo de violência combatida pela Lei Maria da Penha, desde 07 de agosto de 2006. Apesar do numeroso contingente de vítimas de VCM, contabilizado por medidas protetivas vigentes, não há dados empíricos sobre seu tratamento com intervenções comportamentais. Um dos objetivos no estudo da VCM é conhecer os fatores determinantes na decisão da vítima de permanecer no relacionamento com o agressor. Dez hipóteses diagnósticas foram levantadas para, a partir delas, desenvolver um protocolo de atendimento psicológico em clínica forense para sobreviventes de violência doméstica, como sugestão de melhoria à Norma Técnica Uniformizadora dos Centros de Atendimento à Mulher em Situação de Violência – CRAM (Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2006).

Palavras-chave: violência contra a mulher, relacionamento abusivo, clínica forense, análise do comportamento aplicada, enfrentamento.

1. Introdução

Transtornos mentais, como estresse pós-traumático (TEPT), depressão e síndrome do pânico, são importantes causas de afastamento do trabalho, e estão diretamente correlacionados com a exposição à violência. Desta forma, além de um fenômeno social que prejudica o desenvolvimento econômico nacional (Dahlberg & Krug, 2007; Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada [IPEA], & Fórum Brasileiro de Segurança Pública [FBSP], 2023; United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2023), a violência é um problema clínico no atendimento a suas vítimas. Esse trabalho propõe, portanto, uma intervenção que ofereça à vítima um repertório comportamental de enfrentamento e autoproteção contra a violência, como forma de medida preventiva e de tratamento de suas consequências psicológicas. Essa intervenção é clínica, na medida em que “reduz a susceptibilidade ou a exposição a problemas de saúde” ou “detecta e trata doenças em estágios iniciais”.

¹ Agência de fomento: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

² Universidade Estadual de Londrina.

Enfrentamento foi definido a partir do modelo de Estresse e Coping de Lazarus e Folkman (Dias & Pais-Ribeiro, 2019), conhecido por duas abordagens disposicionais e uma abordagem situacional. A diferença entre as abordagens está em que a disposicional teoriza o enfrentamento como uma característica da personalidade, enquanto a situacional teoriza-o como um processo. Por se tratar de um protocolo de atendimento psicológico analítico-comportamental, optou-se pela abordagem situacional enquanto teoria contextual do enfrentamento, visto como interação do organismo com o ambiente, em consonância com os pressupostos teóricos behavioristas radicais, em vez de uma disposição inata e interna do organismo. Dias e Pais-Ribeiro (2019) citam Folkman e Lazarus (1980) e Folkman (2010) para definir o enfrentamento como uma resposta de controle para dominar, reduzir ou tolerar a situação estressora. Para os autores, estresse é “uma situação avaliada pelo indivíduo como significativa e com demandas que excedem seus recursos para lidar com o respectivo evento” (Dias & Pais-Ribeiro, 2019, p. 59). Nesse sentido, as técnicas de aceitação, mindfulness, tolerância ao mal-estar e efetividade interpessoal da Terapia Dialético-Comportamental – DBT (Linehan, 2018) são estratégias de enfrentamento, sendo as técnicas de mudança (efetividade interpessoal) diretamente relacionadas às respostas de controle para dominar e reduzir a situação estressora, enquanto as técnicas de aceitação (mindfulness e tolerância ao mal-estar) são diretamente relacionadas às respostas de controle para tolerar a situação estressora. Da mesma forma, o mesmo se aplica às técnicas da Terapia de Aceitação e Compromisso – ACT (Luoma, Hayes & Walser, 2022), na medida em que a ACT trabalha com técnicas de aceitação e mudança, tanto quanto a DBT. Essa Intervenção Clínica Analítico-Comportamental para Aumento do Repertório de Enfrentamento em Mulheres é uma proposta de atendimento psicológico em clínica forense, especificamente destinado às usuárias do sistema de Justiça que solicitaram medidas protetivas contra seus agressores, na qual o abuso ou a violência são entendidos a partir do seu potencial de dano psicológico (Cruz, Maciel, Reis, Guiland & Francisco, 2022; Lei nº 4.119, de 27 de agosto de 1962). Tal atendimento deve ser pautado pela interseccionalidade (Akotirene, 2019; Firmino & Matias, 2024), com o reconhecimento da violência estrutural, conforme definição de

Galtung (1969), como ato institucional que gera privações no atendimento das necessidades humanas - seja por uma opressão de gênero, seja de raça, seja de classe social, seja de orientação sexual, seja de história colonial. A violência estrutural, embora naturalizada, impulsiona o delito, que é a violência de delinquência, segundo Minayo (1994), para a qual se dirigem as forças de repressão. Para que o atendimento seja feito com o devido letramento de gênero, é imprescindível reconhecer que a diferença de gênero não é um determinismo biológico, mas uma construção social e histórica, originada na divisão sexual do trabalho desde a pré-história e no valor de propriedade atribuído às funções sexual e reprodutiva da mulher, que é a origem do estereótipo de feminilidade (Lerner, 2019) ou “culto à verdadeira mulheridade”. Os objetivos terapêuticos são de emancipação e empoderamento feminino, flexibilidade psicológica, e aumento de um repertório comportamental de enfrentamento ou Coping, conforme modelo de Estresse e Coping de Lazarus e Folkman (Dias & Pais-Ribeiro, 2019), além de autonomia com autocontrole mediado pelo autoconhecimento. Para o trabalho psicoterapêutico com os objetivos anteriormente mencionados, o uso de técnicas psicológicas cientificamente validadas por dados empíricos é feito através da ferramenta analítico-comportamental de análise de contingências ou análise funcional do comportamento, além das técnicas ensinadas pelos manuais da Terapia Dialético-Comportamental (DBT) (Linehan, 2018) e da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) (Luoma, Hayes & Walser, 2022). A análise funcional já tem sido utilizada para assistência aos operadores do Direito em contextos de VCM (Eilers, 2019). A aplicação das técnicas psicológicas para os objetivos terapêuticos previamente determinados deve partir de hipóteses clínicas funcionais para o comportamento-alvo, que é de autoproteção e fuga, esquiva e contracontrole da revitimização e do escalonamento da violência. As hipóteses clínicas para a ineficiência do contracontrole da vítima de VCM – por que ela continua na situação de abuso? – são: (1) esquiva experiencial; (2) inflexibilidade psicológica; (3) transformação da função do abuso de estímulo aversivo em discriminativo pareado com o reforçador positivo; (4) resistência à extinção; (5) habituação ao abuso; (6) alto custo de resposta; (7) punição das tentativas de fuga da violência; (8) reforço negativo da continuidade do

relacionamento; (9) aumento do valor reforçador do afeto nas contingências aversivas da violência; (10) processo comportamental de controle coercitivo com atraso nas consequências aversivas e reforçadores positivos imediatos, dificultando o contracontrole (Skinner, 1971). A partir dessas hipóteses, esse protocolo de atendimento psicológico em clínica forense, pautado pela interseccionalidade (Akotirene, 2019; Firmino & Matias, 2024), com intervenções analítico-comportamentais para vítimas de VCM, foi desenvolvido para ensinar comportamentos de enfrentamento, empoderamento feminino e autoproteção contra a violência, através de treino discriminativo com análises funcionais para “amor” e “violência”, treino de assertividade, treino de aceitação, treino de auto-observação, autoconhecimento, regulação emocional e autocontrole, e treino para flexibilidade psicológica, com desfusão cognitiva, psicoeducação e clarificação de valores. O protocolo desenvolvido contribui para a sistematização de atendimento psicológico, em clínica forense, às sobreviventes de violência doméstica, de forma a melhorar as políticas públicas, como a Norma Técnica Uniformizadora dos Centros de Referência de Atendimento à Mulher em Situação de Violência (CRAM) (Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2006), que atendem ao compromisso nacional com tratados e convenções internacionais de proteção à mulher e promoção da igualdade de gênero (Conselho Nacional de Justiça, 2019; Decreto nº 1973 de 01 de Agosto de 1996; Lei nº 11.340 de 07 de agosto de 2006). O protocolo desenvolvido pode ser útil, também, ao Judiciário, para o atendimento do art. 30 da Lei 11.340, de 07 de agosto de 2006, no tocante às funções da equipe de atendimento multidisciplinar, tais como desenvolver trabalhos de orientação, encaminhamento, prevenção, e outras medidas, voltadas para a ofendida, o agressor e os familiares.

2. Metodologia ou forma de abordagem

Seguindo o modelo de Gallo, Fernandes, Zômpero, Oliveira, Moura e Bueno (2019), foi desenvolvido um protocolo de atendimento psicológico manualizado, com descrições minuto-a-minuto de cada sessão estruturada, conforme planejamento prévio de sessões, objetivos e atividades, garantindo a integridade da intervenção para controle dos resultados.

- POPULAÇÃO-ALVO:

O estudo inicial, para testar a eficácia deste modelo de atendimento, foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, com os termos de consentimento informado de cada participante e declarações de concordância dos serviços envolvidos e instituições participantes, além do termo de confidencialidade e sigilo da pesquisadora, para o devido registro CAAE, de Certificado de Apresentação de Apreciação Ética, sob nº 81874324.8.0000.5231, embora somente o desenvolvimento do protocolo tenha sido concluído, devido ao curto tempo de um mestrado para levantamento de fontes de custeio para a etapa de avaliação.

O estudo atual, portanto, trabalhou, apenas, com pacientes fictícias, pois se limitou ao desenvolvimento do protocolo de atendimento psicológico a vítimas de violência doméstica, sem avaliação dos seus efeitos.

As pacientes, a quem o protocolo desenvolvido se destina, são mulheres adultas, vítimas de violência doméstica, que tenham solicitado e recebido medida protetiva em qualquer município paranaense, em grupos de seis a nove pacientes.

Com base nas respostas da triagem, devem ser excluídas da participação aquelas que possam ser recém-traumatizadas (vítimas de violências recentes), pois a facilitação de reações emocionais em grupos terapêuticos pode agravar um quadro futuro de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) (Zohar, Juven-Wetzler, Sonnino, Cwikel-Hamzany, Balaban & Cohen, 2011).

- LOCAL:

Todas as aplicações, tanto da entrevista inicial e dos testes, quanto das intervenções e dos encontros de integração, devem ser realizadas em um local com condições mínimas de mobilidade, conforto térmico e acústico, com base em norma técnica de desempenho e condições mínimas de higiene e salubridade conforme norma de vigilância sanitária.

Além da observância a essas normas, deve-se observar as normas profissionais, que determinam que o local deve oferecer privacidade, sendo vedada a

realização de gravações.

Sugere-se uma sala de 100m² de área útil, limpa, arejada ou climatizada, iluminada com luz natural ou artificial, acusticamente isolada de ruídos exteriores a fim de permitir a comunicação entre as pessoas dentro da sala, equipada com cadeiras suficientes para a quantidade de pacientes e aplicadores, além de projetor, computador compatível com a exigência dos recursos digitais utilizados e quadro negro ou lousa de giz.

- **MATERIAIS:**

Para as dinâmicas, utiliza-se: papel sulfite, caneta hidrocor, revistas, tesoura, cola, fitas de cetim, garrafas de água mineral, fita crepe, papel metro ou folhas de cartolina, caneta piloto, novelo de lã, e máscara de olhos para dormir. Tais materiais são necessários para a execução das atividades de dinâmicas de grupo, como as realizadas nos grupos reflexivos para autores de violência doméstica (Gallo et al., 2019).

- **MEDIDAS:**

Escala de Trauma de Davidson (DTS): uma escala de autorrelato com 17 itens, a serem pontuados em uma escala likert, de 0 a 4 pontos, tanto em frequência quanto em intensidade, para avaliação de sintomas e diagnóstico de TEPT, conforme descritos pelos critérios de hipervigilância, evitação e revivência intrusiva do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-V (American Psychiatric Association, 2014).

O instrumento demonstrou confiabilidade e consistência interna (Davidson, Book, Colket, Tupler, Roth, David, Hertzberg, Mellman, Beckham, Smith, Davidson Katz & Feldman, 1997) para diagnóstico, apesar de ainda não ter sido validado na língua portuguesa.

Brief-COPE, uma versão abreviada da COPE - Coping Orientation to Problems Experienced: uma escala de autorrelato sobre estilos de enfrentamento orientados para a solução de problemas, com 28 perguntas distribuídas em 14 dimensões

(Carver, 1997; Garcia, Barraza-Peña, Wlodarczyk, Alvear-Carrasco & Reyes-Reyes, 2018), que é uma versão reduzida do inventário COPE, concebido por Charles S. Carver, a partir de categorias teóricas do modelo de enfrentamento de Folkman e Lazarus (1980) e do modelo de autorregulação comportamental de Scheier e Carver (1988).

Essa escala reduzida foi validada para falantes da língua portuguesa em Portugal e no Brasil, sendo considerada um instrumento confiável e válido, para avaliação de catorze dimensões de enfrentamento (Marôco, Vinagre & Pais-Ribeiro, 2014), tais como aceitação, expressão de sentimentos, coping ativo e humor.

Escala de Progresso Pessoal revisada, ou Personal Progress Scale–Revised (PPS-R), uma escala de autorrelato sobre Empoderamento Feminino, que consiste em 28 itens a serem pontuados em uma escala likert, de 1 a 7 pontos, variando em frequência de “quase nunca” a “quase sempre”, para avaliar sete fatores de empoderamento feminino: percepção de poder ou competência, acesso a recursos, assertividade, consciência da cultura de discriminação, expressão de raiva e confronto, autonomia e ativismo social (Johnson, Worell & Chandler, 2005).

- **PROCEDIMENTO:**

Por se tratar de um protocolo de atendimento psicológico em clínica forense, as pacientes são, necessariamente, usuárias do sistema de Justiça. O encaminhamento para atendimento pode ser feito em qualquer serviço de saúde, segurança, assistência social ou justiça, em especial pela Polícia Militar ou pela Polícia Civil, bem como pela Casa Abrigo, pelo Centro de Referência de Atendimento à Mulher em Situação de Violência e pela Casa da Mulher Brasileira.

As pacientes devem ser submetidas a uma rápida triagem, com seis perguntas, para excluir do atendimento aquelas que sofreram, recentemente, episódios desencadeadores de reações traumáticas, controlar os casos em que a aprendizagem da intervenção seja prejudicada pelo uso de psicotrópicos e promover flexibilidade no atendimento para ajustá-lo às demandas e expectativas das pacientes.

As pacientes devem ser submetidas a uma entrevista individual inicial, para

anamnese e formulação de caso, e participar de dez encontros semanais com a aplicação da intervenção clínica analítico-comportamental, desenvolvida pela pesquisadora, com base em pressupostos filosóficos do behaviorismo radical e em técnicas dos manuais de psicoterapia Dialético-Comportamental e de Terapia de Aceitação e Compromisso, com uso da ferramenta analítico-comportamental de análise de contingências, além de conhecimentos teóricos do feminismo, especificamente aqueles das obras que compõem a Trilogia do Amor da feminista Bell Hooks (Hooks, 2020, 2024a, 2024b), para o devido letramento de gênero, da história da mulher, e da legislação específica, em um protocolo de psicoterapia breve (Ferreira-Santos, 2013), pautado pela interseccionalidade (Akotirene, 2019; Firmino & Matias, 2024).

Cada paciente tem direito a uma entrevista devolutiva ao final do programa, assim como a sessões individuais de aconselhamento com a profissional especializada responsável pelos atendimentos.

As sessões devem ser divididas por temas, inspirados no livro Tudo Sobre o Amor, da feminista Bell Hooks (Hooks, 2020). Para cada tema, devem ser designados objetivos terapêuticos condizentes com as seguintes hipóteses funcionais:

1. Esquiva experiencial da decepção amorosa que impede o reconhecimento dos abusos sofridos para agir em direção ao término do relacionamento;
2. Déficit em repertório de contracontrole para as medidas de controle do agressor feitas por contingências de reforço positivas com consequências aversivas atrasadas.
3. Inflexibilidade psicológica por seguimento excessivo de regras que são benéficas para o grupo de uma sociedade patriarcal porém nocivas para o indivíduo, como “uma mulher só é respeitável se for casada”, “quem ama, sempre perdoa”, “homem que ama a esposa pode traí-la sem ter deixado de amá-la”.

3. Desenvolvimento

O plano de tratamento para estruturação e descrição, minuto-a-minuto, de cada uma das dez sessões, como forma de manualização do programa de atendimento, garantindo a integridade da intervenção em relação aos resultados

esperados, é o seguinte:

- TEMA 1 - O que o amor faz?

OBJETIVOS - Enfrentamento, para redução da esQUIVA experiencial, entendida como a redução da frequência ou alteração da topografia de pensamentos e sentimentos com função aversiva, pois as pacientes podem estar com medo de amar novamente depois de sofrer violência doméstica, fusionadas a pensamentos do tipo “o amor machuca”. Flexibilidade psicológica. Modelagem de intimidade através de autorrevelação.

ATIVIDADES: 1. Apresentação. 2. Informações sobre o programa de intervenção. 3. Contrato grupal: sigilo, respeito, pontualidade. 4. Pergunta: o que o amor faz? 5. Video musical: What a wonderful world – Playing for Change. 6. Desfusão cognitiva.

- TEMA 2 - Não existe amor sem justiça.

OBJETIVOS: Regulação emocional. Clarificação de valores para uma vida com propósito. Treino discriminativo para “amor” e “abuso”. Modelagem de intimidade através de autorrevelação. Modelagem de assertividade, através de opiniões.

ATIVIDADES: 1. Autorrevelação: como se sente, como foi a semana. 2. Tarefa de casa e opinião sobre a intervenção anterior. 3. Explicação sobre emoções e invalidação. Vídeo sobre pedidos de desculpas passivo-agressivos. 4. Roleplaying em duplas dos pedidos de desculpas passivo-agressivos. 5. Roleplaying de voluntários para um pedido de desculpas não-violento com arrependimento sincero, validando os sentimentos da ofendida, admitindo o erro e redimindo-se. 6. Discussão de casos pessoais das pacientes.

- TEMA 3 - A verdade é o coração da justiça.

OBJETIVOS: Clarificação de valores para uma vida com propósito. Treino discriminativo para “amor” e “abuso”. Análise de contingências. Modelagem de intimidade através de autorrevelação. Modelagem de assertividade, através de

opiniões. Treino de efetividade interpessoal para terminar relacionamentos destrutivos.

ATIVIDADES: 1. Autorrevelação: como se sente, como foi a semana. 2. Opinião sobre a intervenção anterior. 3. Dinâmica: equilíbrio a dois. 4. Dinâmica: o vento e a árvore. 5. Reflexão sobre as dinâmicas. 6. Análise de contingências e clarificação de valores.

- TEMA 4 - Amar a si para amar ao outro.

OBJETIVOS: Aceitação, como disposição para experiências e sentimentos prazerosos. Ações comprometidas com valores, em combinações de verbos e adjetivos. Definir objetivos pragmáticos e efetivos. Modelagem de intimidade através de autorrevelação. Modelagem de assertividade, através de opiniões.

ATIVIDADES: 1. Autorrevelação: como se sente, como foi a semana. 2. Opinião sobre a intervenção anterior. 3. Dinâmica dos talentos: cada participante deverá ter trazido um objeto que represente seu talento, e falar sobre ele. 4. Em duplas, refletir sobre como seria a vida sem aquele talento e se há outros talentos que ela não quer perder, então decidir o que ela fará para praticá-lo ou aumentá-lo na próxima semana, no próximo mês e no próximo ano. 5. Compartilhar com o grupo os objetivos de ações comprometidas com valores. 6. Reflexão.

- TEMA 5 – Vulnerabilidade e perdas.

OBJETIVOS: Aceitação, como disposição para experiências e sentimentos dolorosos. Análise de contingências. Modelagem de intimidade através de autorrevelação. Modelagem de assertividade, através de opiniões.

ATIVIDADES: 1. Autorrevelação: como se sente, como foi a semana. 2. Opinião sobre a intervenção anterior. 3. Linha do tempo de lembranças significativas com fitas de cetim coloridas para representar lembranças dolorosas, lembranças neutras e lembranças prazerosas. 4. Apresentação para o grupo da linha do tempo. 5. Análise de contingências e aceitação.

- TEMA 6 – Dominação, medo e poder.

OBJETIVOS: Treino de assertividade para escolha de ações com reforçadores atrasados de magnitude moderada em vez de reforçadores imediatos de alta magnitude. Treino de efetividade interpessoal com definição de prioridades para interações sociais assertivas. Modelagem de autoconhecimento que promova autocontrole. Modelagem de intimidade através de autorrevelação. Modelagem de assertividade, através de opiniões.

ATIVIDADES: 1. Autorrevelação: como se sente, como foi a semana. 2. Opinião sobre a intervenção anterior. 3. Role-playing de situações de conflito (cartas de baralho com descrições de situações de conflito): resolvendo da forma mais rápida possível, de forma diplomática, ou esperando que as coisas se resolvam sozinhas. 4. Reflexão em grupo sobre consequências negativas atrasadas para consequências positivas imediatas e sobre consequências negativas imediatas para consequências positivas atrasadas. 5. Treino para assertividade:

DEAR MAN (foco no objetivo), GIVE (foco no relacionamento), FAST (foco no autorrespeito).

- TEMA 7 – Sororidade: uma comunhão amorosa.

OBJETIVOS: Reflexão sobre construção cultural de gênero para construção de uma rede de apoio. Treino de autoobservação, autodescrição e descrição do comportamento do outro para formulação de auto-regras fidedignas às contingências operantes e culturais. Modelagem de intimidade através de autorrevelação. Modelagem de assertividade, através de opiniões.

ATIVIDADES: 1. Autorrevelação: como se sente, como foi a semana. 2. Opinião sobre a intervenção anterior. 3. Apresentação expositiva sobre história da mulher e os movimentos feministas. 4. Colagem colaborativa com imagens femininas, com apresentação para o grupo dessas mulheres. 5. Desenho: autorretrato. Apresentação para o grupo dessa mulher. 6. Dinâmica do novelo de lã, com reflexão sobre a importância de cada membro do grupo e sobre como cada uma se sente em pertencer àquele grupo de mulheres. 7. O que é sororidade, afinal?.

- TEMA 8 – Amar dá trabalho.

OBJETIVOS: Regulação emocional. Nomear sentimentos, checar fatos, ação oposta. Análise funcional: o que aconteceu antes, o que pensei, o que fiz, o que senti, o que aconteceu depois. Discriminação das variáveis que controlam seu próprio comportamento para manejo de contingências. Estratégias de modificação do comportamento para efetividade interpessoal. Modelagem do autoconhecimento para autocontrole.

ATIVIDADES: 1. Autorrevelação: como se sente, como foi a semana. 2. Opinião sobre a intervenção anterior. 3. Em duplas, descrever ações e situações escritas em tiras de papel para que se adivinhe a emoção correspondente. (fonte: manual DBT). 4. Varal das emoções. 5. Voluntários relatam para o grupo o que pensaram, sentiram e fizeram na ocasião descrita sob a emoção correspondente no varal das emoções, e o que aconteceu depois. 6. Caso as consequências tenham sido insatisfatórias, levantar outras respostas possíveis para aquela situação.

- TEMA 9 – Gaslighting.

OBJETIVOS: Psicoeducação na saúde mental de mulheres. Discriminação das variáveis que controlam seu próprio comportamento para manejo de contingências. Treino de autoobservação. Mindfulness das emoções para aceitação radical de experiências dolorosas. Modelagem de intimidade através de autorrevelação. Modelagem de assertividade, através de opiniões. Autoconhecimento para autocontrole.

ATIVIDADES: 1. Autorrevelação: como se sente, como foi a semana. 2. Opinião sobre a intervenção anterior. 3. Vídeo À Meia Luz (1944). 4. Apresentação expositiva sobre Violência Psicológica em diversos contextos: gaslighting, bullying e assédio moral. 5. Discussão em dupla de casos pessoais. 6. Compartilhar com o grupo quais sentimentos foram mobilizados pela discussão. 7. Psicoeducação sobre Saúde Mental de Mulheres e TEPT.

- TEMA 10 – Violência contra a Mulher.

OBJETIVOS: Discriminação das variáveis que controlam seu próprio comportamento para manejo de contingências. Modelagem de intimidade através de autorrevelação. Modelagem de assertividade, através de opiniões. Resolução de problemas para regulação emocional.

ATIVIDADES: 1. Autorrevelação: como se sente, como foi a semana. 2. Opinião sobre a intervenção anterior. 3. Desigualdade de gênero como fator de vulnerabilidade a eventos desencadeadores de reações emocionais. 4. Apresentação expositiva sobre violência simbólica e discussão. 5. Apresentação expositiva sobre Violência Estrutural, de Resistência e de Delinquência (Minayo, 1994), Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340 de 07 de agosto de 2006), Lei do Femicídio (Lei nº 13.104 de 09 de março de 2015), Lei do Estupro (Lei n.º 12.015 de 07 de agosto de 2009) e Lei da Violência Institucional (Lei nº 14.321, de 31 de março de 2022). 6. Resolução de problemas para regulação emocional das emoções indesejáveis condizentes com os fatos. 7. Feedback.

4. Considerações finais

Ao fim dessa pesquisa, o produto apresentado consiste na elaboração e publicação de protocolo de atendimento psicológico especificamente desenvolvido para o público de sobreviventes de violência doméstica, que pode ser aplicado, avaliado e replicado por quaisquer pessoas ou instituições interessadas, dentro dos critérios previamente estipulados. A manualização do programa de atendimento, com descrições minuto-a-minuto de cada sessão estruturada, conforme planejamento prévio de sessões, objetivos e atividades, garante a integridade da intervenção para controle dos resultados. Sua aplicação requer treinamento do profissional especializado e pode estar sujeita a ajustes, à medida em que pontos de melhorias forem identificados. Há diversas evidências da necessidade do presente protocolo, conforme estabelece o Ministério da Saúde (2019): incertezas sobre as melhores práticas, potencial para melhorar os resultados de saúde ou fazer melhor uso dos recursos, potencial para reduzir as desigualdades em saúde, e probabilidade de que a diretriz poderá contribuir para uma real mudança. Pontes, Marques e Abreu (2022)

apontam diversas evidências sugerindo que a prática comum pode não ser a melhor prática, como a ausência de garantia científica, a omissão de resultados esperados, e a omissão de descrição objetiva para as mudanças comportamentais esperadas, que foram sanados com a elaboração deste protocolo. O numeroso contingente de mulheres beneficiadas com medidas protetivas é um dos aspectos considerados no potencial para melhorar os resultados de saúde ou fazer melhor uso dos recursos. Somente no município de Londrina (PR), aproximadamente 2.800 mulheres estavam com medidas protetivas vigentes durante o período de elaboração desse protocolo. Considerando a população de aproximadamente seiscentos mil habitantes do município, é possível estimar, com uma regra de três simples, que o contingente afetado pela má prática, a nível nacional, seja de cerca de um milhão de mulheres, para a população de 211 milhões de brasileiros. Há potencial de ganho de saúde a um custo aceitável, considerando que a alocação de recursos para o atendimento psicológico a mulheres em situação de violência já existe no setor público, mas não atende ao princípio da Eficiência na Administração Pública, pois há motivos científicos de incerteza sobre a prática comum, possivelmente inócua, e potencialmente iatrogênica, já que não há evidências de que as intervenções atuais tenham qualquer relação com os resultados esperados. O protocolo desenvolvido neste trabalho representa maior controle dos resultados das intervenções, e, conseqüentemente, a possibilidade de adaptações e melhorias para adequá-lo aos objetivos do investimento. Esse protocolo representa, ainda, o potencial de redução de desigualdades na saúde, pois trata de um fenômeno notoriamente conhecido por afetar mulheres como minoria social. O ambiente doméstico é o lugar de maior risco de morte violenta para as mulheres, mas não para os homens, e as mulheres têm o dobro de risco para o TEPT (Foa, Hembree & Rothbaum, 2007; Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes & Nelson, 1995; Sbardelloto, Schaefer, Justo & Kristensen, 2011). As exclusões constantes no escopo para mulheres recém-traumatizadas são justificadas pelo potencial iatrogênico da facilitação emocional imediatamente após o trauma. Convém observar que, embora não excluídas do escopo, as usuárias de substâncias psicoativas (lícitas ou ilícitas) podem ter comprometimento de aprendizagem que prejudique seus resultados, o que pode ser controlado pelas

respostas nas perguntas de triagem. Além disso, é importante notar que os bons resultados desse modelo de psicoterapia dependem de um bom repertório verbal das pacientes, normalmente desenvolvido pela educação formal. Adaptações para um repertório verbal pobre devem ser feitas ou, possivelmente, um outro modelo de intervenção lhes seja mais adequado. Há probabilidade de que essa diretriz irá contribuir para uma real mudança por sanar as incertezas existentes nas práticas atuais, com ferramentas diagnósticas e terapêuticas consensualmente reconhecidas pela cientificidade e medidas de resultados. A avaliação por pares do produto desta pesquisa é mais um fator indicativo de consenso científico para a proposta, oferecendo maior segurança às partes interessadas. O protocolo desenvolvido, portanto, contribui para a sistematização de atendimento psicológico, em clínica forense, às sobreviventes de violência doméstica, de forma a melhorar as políticas públicas, como a Norma Técnica Uniformizadora dos Centros de Referência de Atendimento à Mulher em Situação de Violência (CRAM) (Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2006), que atendem ao compromisso nacional com tratados e convenções internacionais de proteção à mulher e promoção da igualdade de gênero (Conselho Nacional de Justiça, 2019; Decreto nº 1973 de 01 de Agosto de 1996; Lei nº 11.340 de 07 de agosto de 2006). O protocolo desenvolvido pode ser útil, também, ao Judiciário, para o atendimento do art. 30 da Lei 11.340, de 07 de agosto de 2006, no tocante às funções da equipe de atendimento multidisciplinar, tais como desenvolver trabalhos de orientação, encaminhamento, prevenção, e outras medidas, voltadas para a ofendida, o agressor e os familiares. Esse trabalho atende às necessidades específicas deste público, com treinos de habilidades cientificamente validados e a possibilidade de mensurar, através de escalas comportamentais, a melhora em fragilidades comportamentais das mulheres atendidas, de forma a torná-las menos suscetíveis a revitimizações. Esse trabalho é inovador por incorporar a discussão sobre interseccionalidade a uma pesquisa em Análise do Comportamento Aplicada, uma vez que essa discussão costuma se restringir aos trabalhos teórico-conceituais, enquanto os trabalhos aplicados de psicoterapia na área focam na análise da contingência operante, através das relações funcionais de variáveis ambientais e comportamentais do indivíduo, sem a devida

ênfase no nível de seleção cultural, no qual se situa o fenômeno social da violência. Concluiu-se, ainda, que as hipóteses clínicas para a ineficiência do contracontrole da vítima de VCM – por que ela continua na situação de abuso? –, se limitam a hipóteses funcionais individuais, na contingência operante, por isso é necessário investigar, experimentalmente, a hipótese de que o comportamento analisado esteja sob controle das contingências entrelaçadas de uma metacontingência, pois consequências culturais contingentes a produtos agregados controlam o comportamento interdependente de indivíduos, mesmo quando produz perdas individuais, indicando que metacontingências podem competir ou sobrepor-se às contingências operantes individuais (Hunter, 2012).

5. Referências

- AKOTIRENE, K. *Interseccionalidade*. São Paulo: Pólen, 2019.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BRASIL. Decreto nº 1.973, de 1º de agosto de 1996. Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994.
- CARVER, C. S. You want to measure coping but your protocol's too long: consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, v. 4, p. 92-100, 1997.
- CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. *Recomendação Geral nº 35 sobre violência de gênero contra as mulheres do Comitê para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (CEDAW)*. Brasília: CNJ, 2019.
- CRUZ, R. M.; MACIEL, S. K.; REIS, A. V.; GUILLAND, R.; FRANCISCO, D. R. M. Perícia de danos psicológicos no processo judicial. *Conjecturas*, v. 22, n. 1, p. 1489-1504, 2022.
- DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 1, p. 1163-1178, 2007.
- DAVIDSON, J. R. T.; BOOK, S. W.; COLKET, J. T.; TUPLER, L. A.; ROTH, S.; DAVID, D.; HERTZBERG, M.; MELLMAN, T.; BECKHAM, J. C.; SMITH, R. D.; DAVIDSON, R. M.; KATZ, R.; FELDMAN, M. E. Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine*, v. 27, p. 153-160, 1997.
- DIAS, E. N.; PAIS-RIBEIRO, J. L. O modelo de coping de Folkman e Lazarus: aspectos históricos e conceituais. *Revista Psicologia e Saúde*, v. 11, n. 2, p. 55-66, 2019.
- EILERS, H. J. The utility of a function-based approach to intimate partner violence and gender bias in family courts. *Behavior Analysis in Practice*, v. 12, n. 4, p. 869-878,

2019.

FERREIRA-SANTOS, E. *Psicoterapia breve – abordagem sistematizada de situações de crise*. Recurso eletrônico. São Paulo: Ágora, 2013.

FIRMINO, C. R.; MATIAS, K. D. Violências contra mulheres lésbicas: perfil dos registros de atendimento no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan (2015 a 2022). Belo Horizonte: Editora Terra sem Amos, 2024.

FOA, E. B.; HEMBREE, E. A.; ROTHBAUM, B. O. *Prolonged exposure therapy for PTSD: emotional processing of traumatic experiences – therapist guide*. New York: Oxford University Press, 2007.

FOLKMAN, S. Stress, coping, and hope. *Psycho-Oncology*, v. 19, p. 901-908, 2010.

FOLKMAN, S.; LAZARUS, R. S. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, v. 21, n. 3, p. 219-239, 1980.

GALTUNG, J. Violence, peace, and peace research. *Journal of Peace Research*, v. 6, n. 3, p. 167-191, 1969.

GALLO, A. E.; FERNANDES, L. C.; ZÔMPERO, M. M. M.; OLIVEIRA, N. Z.; MOURA, N. F.; BUENO, P. S. *Programa Basta – grupo reflexivo para homens autores de violência doméstica: uma proposta de intervenção*. Curitiba: CRV, 2019.

GARCIA, F. E.; BARRAZA-PEÑA, C. G.; WLODARCZYK, A.; ALVEAR-CARRASCO, M.; REYES-REYES, A. Psychometric properties of the Brief-COPE for the evaluation of coping strategies in the Chilean population. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 31, n. 22, p. 1-11, 2018.

HOOKS, B. *Tudo sobre o amor: novas perspectivas*. Tradução de S. Borges. São Paulo: Elefante, 2020.

HOOKS, B. *Salvação: pessoas negras e o amor*. Tradução de V. da Silva. São Paulo: Elefante, 2024a.

HOOKS, B. *Comunhão: a busca das mulheres pelo amor*. Tradução de J. Dantas. São Paulo: Elefante, 2024b.

HUNTER, C. S. Analyzing behavioral and cultural selection contingencies. *Revista Latinoamericana de Psicología*, v. 44, n. 1, p. 43-54, 2012.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA; FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. *Atlas da violência 2023*. Brasília: IPEA, 2023.

JOHNSON, D. M.; WORELL, J.; CHANDLER, R. K. Assessing psychological health and empowerment in women: the Personal Progress Scale Revised. *Women & Health*, v. 41, n. 1, p. 109-129, 2005.

KESSLER, R. C.; SONNEGA, A.; BROMET, E.; HUGHES, M.; NELSON, C. B. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, v. 52, p. 1048-1060, 1995.

BRASIL. Lei nº 4.119, de 27 de agosto de 1962. Dispõe sobre os cursos de formação em psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher [...]. *Lei Maria da Penha*.

BRASIL. Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal [...]. *Lei do Estupro*.

BRASIL. Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015. Altera o art. 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal [...]. *Lei do Feminicídio*.

BRASIL. Lei nº 14.321, de 31 de março de 2022. Altera a Lei nº 13.869, de 5 de setembro de 2019, para tipificar o crime de violência institucional. *Lei da Violência Institucional*.

LERNER, G. *A criação do patriarcado: história da opressão das mulheres pelos homens*. Tradução de L. Sellera. São Paulo: Cultrix, 2019.

LINEHAN, M. M. *Treinamento de habilidades em DBT: manual de terapia comportamental dialética para o paciente*. Porto Alegre: Artmed, 2018.

LUOMA, J.; HAYES, S. C.; WALSER, R. *Aprendendo ACT: manual de habilidades da terapia de aceitação e compromisso para terapeutas*. 2. ed. Porto Alegre: Sinopsys, 2022.

MARÔCO, J.; CAMPOS, J. A. D. B.; VINAGRE, M. G.; PAIS-RIBEIRO, J. L. Brazil-Portugal transcultural adaptation of the Social Support Satisfaction Scale for college students. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 27, n. 2, p. 247-256, 2014.

MINAYO, M. C. S. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 10, n. 1, p. 7-18, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Guia de elaboração: escopo para protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

PONTES, M. M.; MARQUES, N. S.; ABREU, P. S. Análise funcional da norma técnica uniformizadora dos centros de referência da mulher. *Acta Comportamentalia: Revista Latina de Análisis de Comportamiento*, v. 30, n. 2, p. 303-317, 2022.

SBARDELLOTO, G.; SCHAEFER, L. S.; JUSTO, A. R.; KRISTENSEN, C. H. Transtorno do estresse pós-traumático: evolução dos critérios diagnósticos e prevalência. *Psico-USF*, v. 16, n. 1, p. 67-73, 2011.

SCHEIER, M. F.; CARVER, C. S. A model of behavioral self-regulation: translating intention into action. *Advances in Experimental Social Psychology*, v. 21, p. 303-346, 1988.

SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES. *Norma técnica de uniformização: Centros de Referência de Atendimento à Mulher em Situação de Violência*. Brasília: SEPM, 2006.

SKINNER, B. F. *Beyond freedom and dignity*. Harmondsworth: Pelican Publishing, 1971.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. *Global study on homicide 2023*. Vienna: UNODC, 2023.

ZOHAR, J.; JUVEN-WETZLER, A.; SONNINO, R.; CUIKEL-HAMZANY, S.; BALABAN, E.;

COHEN, H. New insights into secondary prevention in post-traumatic stress disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, v. 13, n. 3, p. 301-309, 2011.