



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

SISSI ARAUJO VIGANO

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

Londrina
2025

SISSI ARAUJO VIGANO

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

Dissertação de Mestrado apresentado à Universidade Estadual de Londrina - UEL, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra em Análise do Comportamento.

Orientador: Prof. Dr. Alex Eduardo Gallo

Londrina
2025

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

V672i Vigano, Sissi Araujo.
Intervenção clínica analítico-comportamental para aumento do repertório de enfrentamento em mulheres / Sissi Araujo Vigano. - Londrina, 2025.
137 f. : il.

Orientador: Alex Eduardo Gallo.
Dissertação (Mestrado em Análise do Comportamento) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências Biológicas, Programa de Pós-Graduação em Análise do Comportamento, 2025.
Inclui bibliografia.

1. violência contra a mulher - Tese. 2. relacionamento abusivo - Tese. 3. clínica forense - Tese. 4. análise do comportamento aplicada - Tese. I. Gallo, Alex Eduardo. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências Biológicas. Programa de Pós-Graduação em Análise do Comportamento. III. Título.

CDU 159.9

SISSI ARAUJO VIGANO

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

Dissertação apresentada à Universidade Estadual de Londrina - UEL, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra em Análise do Comportamento.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dr. Alex Eduardo Gallo
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof. Dr. Roberto Alves Banaco
Instituto Par – Ciências do Comportamento

Prof. Dr. Márcio Borges Moreira
Centro Universitário de Brasília - CEUB

Londrina, 28 de Julho de 2025

Ao meu pai, Reny (in memoriam), por usar a palavra “machismo” nos conselhos que me deu.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, pela bolsa de pesquisa, sem a qual esse projeto sofreria perda de qualidade, com a menor dedicação de sua pesquisadora.

Agradeço, também, à Universidade Estadual de Londrina – UEL, pela riqueza de experiências que me proporcionou, e pelo orgulho de ter uma reitora mulher, que eu tive a oportunidade de conhecer, e que me orientou, pessoalmente, juntamente com a Procuradoria Jurídica. Obrigada, Magnífica Prof.^a Dr.^a Marta Regina Gimenez Favaro.

Ao Prefeito do Campus Universitário, Prof. Ms. Luiz Claudio Buzeti, por nos receber na Central de Segurança da UEL, e nos tranquilizar sobre os relatos de Violência contra Mulher (VCM) no campus que recebi como Conselheira Discente, e ao ouvidor Dr. Antonio Edson Amaral, por todas as orientações.

A meus colegas do programa de pós-graduação em Análise do Comportamento, que me escolheram como representante discente, e que tanto me marcaram, cada um, individualmente, além de todos (as) os (as) meus (minhas) estimados (as) colegas do Centro de Ciências Biológicas – CCB, que eu, também, fui indicada a representar, assim como todos (as) os (as) colegas de pós-graduação da UEL, que eu, conscienciosamente, representei no Conselho Universitário, em especial a Pedro Conte, Andressa Secchi e Rafaela Garcia, pelo apoio.

Às (os) demais representantes discentes e colegas dos demais centros de estudos da UEL, que conheci através da Associação de Pós-Graduandos “Pé Vermelho” (APG-UEL), onde nos unimos na defesa de uma universidade pública e gratuita e pela construção de um ambiente acadêmico saudável, bem como às (os) representantes da Universidade Estadual de Maringá – UEM e representantes da Associação Nacional de Pós-Graduandos – ANPG, que se uniram a nós, em especial a Marcos Akira Uemeno, Rafaella Liviero Barbosa e André Seiji Sunahara, pelo apoio.

A meu orientador e vice-diretor do CCB, Prof. Dr. Alex Eduardo Gallo, por ser cuidadoso comigo, pelo respeito e confiança, por entender meu jeito de ser e meus valores, por me oferecer um modelo de audiência não-punitiva, mas, acima de tudo, por me aceitar como sua orientanda em um tema de pesquisa que só consegui desenvolver porque pude contar com seu apoio e sua orientação para o direcionamento dos objetivos e para destrinchar as muitas informações condensadas, pois esse trabalho não seria possível sem ele.

Ao Prof. Dr. Carlos Eduardo Costa, pelo convite coletivo para o curso de mestrado e de doutorado da UEL, feito no oitavo Simpósio de Controle Aversivo (VIII SICA) do Instituto de

Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP), pelas explicações de conceitos básicos da Análise do Comportamento, pelas numerosas correções, por me dedicar tanto do seu tempo precioso e por, finalmente, tornar-se meu colaborador eventual, cuja importância para meu desenvolvimento como pesquisadora foi inestimável.

Ao Prof. Dr. Célio Roberto Estanislau, por contribuir com o delineamento quase-experimental de grupo com pré- e pós-teste desse projeto, quando ele era uma avaliação dos efeitos do protocolo desenvolvido para aumento do repertório de enfrentamento de vítimas de violência doméstica, com o objetivo de emancipação, reconhecimento e modificação das situações de violência que as vitimizam. Apesar da necessidade de modificação desse projeto devido ao curto tempo para sua execução em um mestrado, levarei para minha prática profissional, na clínica e na pesquisa, todos os esclarecimentos sobre o jeito tradicional de fazer pesquisa e sobre a dificuldade, na Psicologia, de trabalhar com medidas diretas na situação ecológica.

À Prof.^a Dr.^a Sílvia Cristiane Murari, por me apresentar alguns capítulos das obras de Skinner que melhor fundamentariam minha pesquisa de mestrado.

A Exm.^a Vereadora Prof.^a Sonia Gimenez, primeira Procuradora Especial da Mulher da Câmara de Londrina, e ao seu gabinete, pela atenção e esclarecimentos, e às Meritíssimas Juízas titulares do 1º e do 2º Juizado de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, Dr.^a Claudia Andrea Bertolla Alves e Dr.^a Adriana Carrilho Dana Persiani, por concordarem com a participação dos juizados no meu projeto de atendimento psicológico a vítimas de violência doméstica, que chegou a ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, mas não pôde ser executado em razão do curto período de tempo para levantamento de fontes de custeio em uma pesquisa de mestrado.

A Rede Municipal de Enfrentamento À Violência Doméstica, Familiar e Sexual contra as Mulheres, secretariada e coordenada pela Exm.^a Sr.^a Sueli Galhardi, presidenta do Conselho Municipal de Direitos das Mulheres, e pela Sr.^a Fernanda Serenário, assessora da Secretaria Municipal de Políticas para as Mulheres, por permitir minha participação e a apresentação desse trabalho, na sua fase de desenvolvimento.

Ao Conselho Municipal de Direitos das Mulheres – CMDM, presidido pela Exm.^a Sr.^a Sueli Galhardi, por aceitar minha participação como convidada para representar o movimento estudantil.

À Polícia Militar do Paraná – PM-PR, em especial a Sd. Rayra, pelo apoio, declarado e efetivo, ao meu projeto de atendimento psicológico a vítimas de violência doméstica, que não foi executado como idealizamos, mas resultou no desenvolvimento desse protocolo.

Ao Conselho Regional de Psicologia do Paraná – CRP-PR, especialmente à Psic. Camila Crestani Colombo, por incentivar minha participação nas comissões da autarquia, que me trouxeram mais conhecimento para minha atuação no tema desta dissertação e onde pude, também, fazer minhas contribuições.

Ao Ministério Público do Paraná – MP-PR, especialmente à Exm.^a Promotora da 24^a promotoria de Justiça, Dr.^a Susana Broglia Feitosa de Lacerda, pela oportunidade de integrar o grupo de trabalho de Saúde Mental, como representante do CRP-PR e do grupo de trabalho da Saúde da Rede Municipal de Enfrentamento à Violência Doméstica, Familiar e Sexual contra as Mulheres, e conhecer a realidade local da Saúde Mental das Mulheres.

Ao Tribunal de Justiça do Paraná – TJ-PR, pelas oportunidades oferecidas e pelos treinamentos, que enriqueceram minha compreensão sobre Violência Contra a Mulher e clínica forense, temas desta minha pesquisa.

Ao Prof. Dr. Enzo Banti Bissoli, meu orientador no Instituto Par, antigo Paradigma – Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento, por continuar ao meu lado, tanto tempo depois, me apoiando nesse mestrado, e ao Prof. Dr. Roberto Alves Banaco, fundador do instituto, por responder, tão pacientemente, às minhas várias perguntas, tantos anos antes, mas, principalmente, por aceitar participar na banca da minha defesa e qualificação, pois foi ele que me motivou a percorrer toda essa trajetória na Análise do Comportamento.

Ao Prof. Dr. Márcio Borges Moreira, cujas aulas me encantaram pela clareza e exatidão, por aceitar participar na banca da minha defesa e qualificação.

À Prof.^a Dr.^a Jocelaine Martins da Silveira, pela indicação do artigo de Cordova e Scott (2001), sobre intimidade, e pela disponibilidade para participar na banca da minha defesa, como membro suplente.

À Prof.^a Dr.^a Giovana Veloso Munhoz da Rocha, autora da tese de Psicoterapia Analítico-Comportamental com Adolescentes Infratores de Alto-Risco: Modificação de Padrões Anti-Sociais e Diminuição de Reincidência Criminal, por me inspirar na minha trajetória acadêmica e pela disponibilidade para participar da banca da minha defesa, como membro suplente.

À Prof.^a Dr.^a Carolina Laurenti e à Prof.^a Dr.^a Camila Muchon de Melo pelas contribuições ao meu texto e à minha pesquisa na minha pré-banca, sobretudo pelos elogios que me trouxeram conforto depois de tanto trabalho.

À Prof.^a Dr.^a Silvana Aparecida Mariano, coordenadora do Laboratório de Estudos de Femicídios – LESFEM, pela oportunidade de participar, como monitora, do II Simpósio sobre Femicídios e por ser a única que soube responder à pergunta sobre xingamentos misóginos.

Ao Prof. Dr. Pedro Felipe dos Reis Soares, pela colaboração técnica sobre o fenômeno e conceito da agressão desde o VIII SICA do IPUSP, e por intermediar meu contato com o Prof. Dr. Marcus Bentes de Carvalho Neto, a quem sou grata por colaborar comigo na compreensão do comportamento agressivo sob a perspectiva do comportamentalismo radical de Burrhus Frederic Skinner, além de, por sua vez, intermediar meu contato com a inesquecível Prof.^a Dr.^a Maria Helena Leite Hunziker, cujas aulas de Análise Biocomportamental, tantos anos antes, no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – IPUSP, foram primordiais para que eu me tornasse a comportamentalista que sou hoje.

À Prof.^a Dr.^a Roberta Kovac e à Prof.^a Dr.^a Cassia Roberta da Cunha Thomaz, pelo esclarecimento sobre a pertinência da Terapia Diáletico-Comportamental (DBT) e da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) ao rol de técnicas de intervenção em clínica analítico-comportamental.

Ao Prof. Dr. Bruno Angelo Strapasson, por direcionar meu olhar para o estudo da violência como fenômeno social, a fim de compreender que o seguimento excessivo de regras não é excessivo, pois está sob controle de outras contingências, em uma outra unidade de análise funcional.

Ao Prof. Dr. Cristiano Hamann, por elogiar a originalidade e inovação desse trabalho, apresentado parcialmente no XIII Simpósio Brasileiro de Psicologia Política.

À Prof.^a Dr.^a Alice Bianchini, Conselheira de Notório Saber do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher – CNDM e Vice-Presidenta da Associação Brasileira de Mulheres de Carreiras Jurídicas – ABMCJ, que reconheceu esse trabalho pela relevante contribuição da iniciativa no 1º Concurso de Boas Práticas em Prol das Mulheres Brasileiras.

Ao Projeto Justiceiras, do Instituto Justiça de Saia, fundado pela Exm.^a Promotora Dr.^a Maria Gabriela Prado Manssur, do qual participei como psicóloga voluntária em equipe multidisciplinar para atendimento a mulheres em situação de violência, que são o público-alvo deste trabalho, e às mulheres que ali atendi, por me confiarem suas histórias.

Ao Eng. Vitor Hugo Astun Dionísio, da Adenge Engenharia Diagnóstica, por ajudar na descrição de um local de atendimento que esteja totalmente de acordo com as normas e legislação.

Ao advogado criminalista Dr. Vinícius André de Sousa pelo esclarecimento sobre crimes em contexto doméstico, com aplicação da Lei Maria da Penha, do Estatuto da Criança e do Adolescente e do Código Penal.

Ao amigo Giesi Nascimento, por dividir comigo seu conhecimento de perito policial sobre feminicídio, como sempre faz quando preciso.

A minha colega Natalia Sant'Anna e a meu colega Matheus Canellas, por serem os juízes das minhas traduções das escalas de medida.

À Prof.^a Dr.^a Sílvia Regina Arrabal Gil, por me ensinar a análise funcional da assertividade, que é parte desse trabalho.

Ao Prof. Dr. Hernando Borges Neves Filho, vice-coordenador do Programa de Pós-graduação em Análise do Comportamento da UEL, por me direcionar para a Psicologia Social, onde encontrei uma visão histórica e crítica de família e outras instituições, e pelo exemplo de educador freiriano, que eu tanto admiro.

À Prof.^a M.^a Camila Zedu Alliprandini, por me aceitar como estagiária na sua disciplina de Psicologia Social, Grupos e Instituições, e por me apresentar à compreensão histórica de Phillippe Ariès sobre família.

À Prof.^a M.^a Márcia Leite Simões, pela lembrança do modelo de estresse e enfrentamento de Lazarus e Folkman (1980).

Às (os) discentes de graduação em Psicologia, por me receberem tão bem como estagiária em docência nas suas turmas, em especial a Giovana Orsi, por me prestigiar na minha defesa.

A todas as funcionárias e todos os funcionários da UEL, que, gentilmente, tornaram meus dias mais agradáveis no lugar que foi mais do que uma segunda casa para mim, ainda que durante uma curta temporada.

“Coercion transforms marriage into slavery, and acts of love into mere rituals, formalities to be observed for the sake of keeping peace or avoiding terror.”

Sidman (1993)

RESUMO

Vigano, S. A. **Intervenção clínica analítico-comportamental para aumento do repertório de enfrentamento em mulheres.** 2025. 137 f. Dissertação (Mestrado em Análise do Comportamento) - Centro de Ciências Biológicas, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2025.

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 a Mulher (VCM) é um tipo de violência que ganhou reconhecimento nacional a partir da promulgação da Lei Maria da Penha, que trata da violência doméstica como um tipo de VCM. Um dos principais objetivos no estudo da violência doméstica é conhecer os fatores determinantes na decisão da vítima de permanecer no relacionamento com o agressor. Uma hipótese diagnóstica é de que o controle coercitivo exercido pelo agressor seja dissimulado pelo atraso nas consequências aversivas com reforçadores positivos imediatos, dificultando o contracontrole. Outras hipóteses são: (1) repertório comportamental de esquiva experiencial; (2) seguimento excessivo de regras promovendo inflexibilidade psicológica; (3) transformação da função do abuso de estímulo aversivo em discriminativo pareado com o reforçador positivo de afeto na fase de reconciliação de um padrão cíclico de abuso; (4) resistência à extinção pelo reforço positivo intermitente e por efeitos paradoxais da punição; (5) habituação ao abuso; (6) alto custo de resposta para o término do relacionamento; (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. Esta pesquisa consiste em desenvolver um protocolo de atendimento psicológico em clínica forense, pautado pela interseccionalidade, com intervenções analítico-comportamentais para vítimas de violência doméstica, de forma a torná-las menos expostas a revitimizações e prevenir feminicídios, além de reduzir sua susceptibilidade a problemas de saúde mental, 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, como sugestão de melhoria, em resposta às críticas à Norma Técnica Uniformizadora dos Centros de Atendimento à Mulher em Situação de Violência - CRAM. As medidas de avaliação dos resultados esperados são perguntas da Escala de Trauma de Davidson (DTS), da escala Brief-COPE, sobre estilos de enfrentamento orientados para a solução de problemas, e da Escala de Progresso Pessoal revisada (PPS-R), aplicadas antes e após os dez encontros de atendimento em grupo.

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

ABSTRACT

Vigano, S. A. **Behavioral-analytic clinical intervention to increase the coping repertoire in women.** 2025. 137 p. Dissertation (Master's in Behavior Analysis) - Center for Biological Sciences, State University of Londrina, Londrina, 2025.

Violence is a public health problem, with direct impact on mental health, which delays economic development, affecting the entire Brazilian society, as Brazil is one of the most violent countries in the world. Violence against Women (VAW) is a type of violence that gained national recognition after the enactment of the Maria da Penha Law, which deals with domestic violence as a type of VAW. One of the main objectives in the study of domestic violence is to understand the determining factors in the victim's decision to remain in a relationship with the aggressor. One diagnostic hypothesis is that the coercive control exercised by the aggressor is concealed by the delay in aversive consequences with immediate positive reinforcers, making countercontrol difficult. Other hypotheses are: (1) behavioral repertoire of experiential avoidance; (2) excessive rule following promoting psychological inflexibility; (3) transformation of the function of abuse from an aversive to a discriminative stimulus paired with the positive affect reinforcer in the reconciliation phase of a cyclical pattern of abuse; (4) resistance to extinction by intermittent positive reinforcement and paradoxical effects of punishment; (5) habituation to abuse; (6) high response cost for ending the relationship; (7) punishment for attempts to escape violence; (8) negative reinforcement of the continuity of the relationship; (9) increase in the reinforcing value of affection in the aversive contingencies of violence. This research consists of developing a psychological care protocol in a forensic clinic, guided by intersectionality, with behavioral-analytic interventions for victims of domestic violence, in order to make them less exposed to revictimization and prevent femicides, in addition to reducing their susceptibility to mental health problems, through discriminative training with functional analyzes for “love” and “violence”, assertiveness training, acceptance training, self-observation training, self-knowledge, emotional regulation and self-control, and training for psychological flexibility, with cognitive defusion, psychoeducation and clarification of values, as a suggestion for improvement, in response to criticism of the Uniformizing Technical Standard for Care Centers for Women in Situations of Violence. The measures to evaluate the expected results are questions from the Davidson Trauma Scale (DTS), the Brief-COPE scale, on problem-oriented coping styles, and the revised Personal Progress Scale (PPS-R), applied before and after the ten group care meetings.

Key-words: violence against women; abusive relationship; forensic clinic; applied behavior analysis; coping.

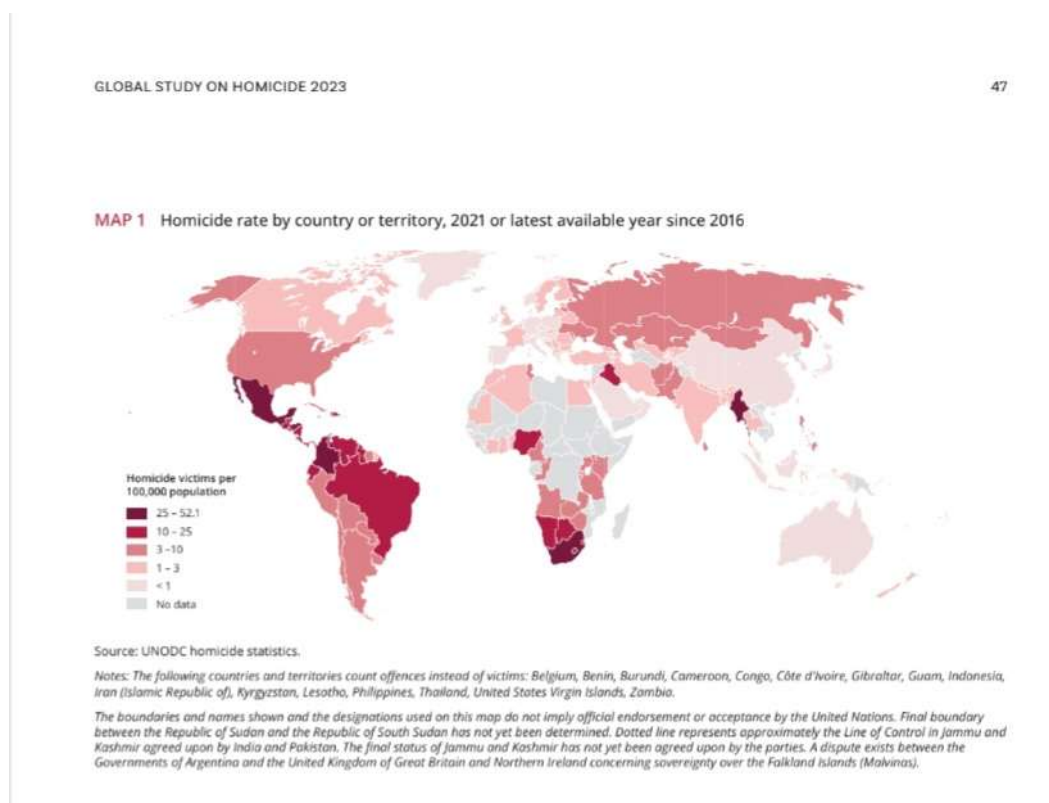
SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVO	58
3	MÉTODO	61
3.1	POPULAÇÃO-ALVO.....	61
3.2	LOCAL	61
3.3	MATERIAIS	62
3.4	MEDIDAS	62
3.5	PROCEDIMENTO	64
4	RESULTADOS	66
4.1	PLANEJAMENTO DAS SESSÕES ESTRUTURADAS.....	72
5	DISCUSSÃO	105
6	CONCLUSÃO	107
	REFERÊNCIAS	108
	APÊNDICES	120
	APÊNDICE A - Triagem.....	121
	APÊNDICE B - Brief-COPE.....	123
	APÊNDICE C - Davidson Trauma Scale (DTS).....	125
	APÊNDICE D - Personal Progress Scale–Revised (PPS-R).....	127
	ANEXOS	129
	ANEXO A - Ficha de Notificação Compulsória	130
	ANEXO B - Brief-COPE	132
	ANEXO C - Davidson Trauma Scale (DTS).....	135
	ANEXO D - Personal Progress Scale–Revised (PPS-R).....	136

1 INTRODUÇÃO

O Brasil é um dos países mais violentos do mundo (Ceccato et al., 2021; Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada [IPEA] & Fórum Brasileiro de Segurança Pública [FBSP], 2023; Murray et al., 2013). A taxa de homicídios é a medida mais usada para comparação de diferentes populações e períodos de tempo no aspecto de violência. O último estudo publicado pelo IPEA revela uma taxa de 22 mortes a cada 100 mil habitantes no Brasil, com 48 mil pessoas assassinadas em 2021. Há que se considerar, ainda, a possibilidade de subnotificação, diante do numeroso contingente de 126.382 óbitos classificados como morte violenta por causa indeterminada, que podem ser acidentes, suicídios ou homicídios. Segundo o último Estudo Global sobre Homicídios do Escritório da Organização das Nações Unidas para Drogas e Crime [UNODC], o Brasil está entre os dezoito países mais violentos do mundo, em comparativo de taxa de homicídios, como se vê no mapa a seguir (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2023, p. 47):

Figura 1 – Mapa comparativo de taxa de homicídios por país ou território em 2023



Fonte: United Nations Office on Drugs and Crime (2023, p. 47).

A violência é um problema de saúde pública, na medida em que sobrecarrega o sistema público, tanto de saúde quanto de segurança, e gera efeitos individuais incapacitantes em suas

vítimas. Transtornos mentais, como estresse pós-traumático (TEPT), depressão e síndrome do pânico, são importantes causas de afastamento do trabalho. Ainda que o TEPT seja, por definição, o diagnóstico médico diretamente relacionado à exposição à violência, estudo realizado há cerca de dez anos mostrou correlação direta entre exposição à violência e diversas formas de adoecimento psíquico (Ribeiro et al., 2013).

A soma dessas incapacitações individuais atrasa o desenvolvimento econômico (United Nations Development Programme [UNDP], 2021), afetando toda a sociedade brasileira. Para as incapacitações ditas psiquiátricas, ou mentais, o tratamento farmacológico pode ser insuficiente, já que não desenvolve repertórios comportamentais para lidar com esses efeitos incapacitantes ou para prevenir outras violências. Desta forma, uma intervenção comportamental deve ser considerada, a fim de oferecer à vítima um repertório comportamental de enfrentamento e proteção contra a violência, como forma de medida preventiva da violência 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”, como indicado nos Descritores em Ciências da Saúde, DeCS/MeSH 54849, quando se observa que o desdobramento da falta de repertório de contracontrole da violência e consequente exposição prolongada aos abusos no relacionamento com um agressor pode vir a ser diagnosticado como doença mental - CID F43.1 para TEPT (World Health Organization, 1993), por exemplo, com o subtipo TEPT Complexo para casos de exposição continuada aos estressores, como na violência doméstica.

A violência assume formas variadas, como são variadas, também, suas motivações, segundo o Direito Criminal. São exemplos de violência: estupro, roubo, homicídio, perseguição, lesão corporal, tortura, sequestro, cárcere privado, tráfico de pessoas, chantagem, extorsão e assédio. A Violência de Gênero (VG) é um tipo de violência que ganhou reconhecimento nacional a partir da promulgação da Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340, 2006). Depois dela, houve, também, a promulgação da Lei do Feminicídio (Lei nº 13.104, 2015), tipificando o crime contra a vida da mulher como homicídio qualificado e crime hediondo. Desde então, a VG, também denominada Violência Contra a Mulher (VCM), tornou-se prioridade para os organismos de defesa dos direitos humanos e de saúde pública (Fontana, 2019; Silva & Oliveira, 2015). Por se tratar de um contingente numeroso de vítimas, um programa de intervenção clínica comportamental específico para vítimas de VCM é relevante.

A VCM é um fenômeno complexo, que resulta ou pode resultar em dano físico, psicológico, sexual, moral ou patrimonial à vítima (Lei nº 11.340, 2006; Silva & Oliveira, 2015). A motivação para a VCM é o preconceito de gênero, que vem sendo combatido pelo

movimento social feminista de primeira, segunda, terceira e quarta onda, iniciado pelas Sufragistas (Evans & Chamberlain, 2014). Ao preconceito de gênero que subjuga as mulheres, colocando-as hierarquicamente a serviço dos homens, pelo simples fato de serem mulheres (Cortez, 2012; Keller, 1982), convencionou-se chamar de dominação masculina (Fontana, 2019) ou machismo (Minayo, 2005). A fim de simplificar a pauta coletiva e urgente de direitos humanos, este grave problema social pode ser resumido com o seguinte bordão: “o machismo mata”. Antes, porém, da morte de uma vítima de feminicídio, ela sofre diversas outras formas de violência motivadas pelo machismo, que começam sutis e aumentam gradativamente para as formas mais graves da violência. Reconhecer o controle sofisticado de motivação machista a fim de opor-lhe o devido contracontrole pode, portanto, salvar vidas e evitar sofrimentos desnecessários.

Skinner (1965) adverte quanto aos efeitos colaterais do controle excessivo ou inconsistente, como acontece nas situações em que há uso da violência em suas mais variadas formas. Estes efeitos colaterais que as vítimas sofrem são divididos em efeitos comportamentais operantes, como revolta, fuga e resistência passiva, e efeitos emocionais ou respondentes. Estes últimos são ainda mais notórios, principalmente aqueles conhecidos como transtornos mentais (American Psychiatric Association [APA], 2014): ansiedade, depressão e uso de drogas. Tais diagnósticos, inclusive, figuram entre as maiores causas de incapacitação para o trabalho (Sá et al., 2023).

A psicoterapia é uma das muitas agências de controle (Skinner, 1965) que podem intervir para contracontrolar o uso da violência motivada pelo preconceito de gênero. A fim de prevenir e tratar os efeitos colaterais do controle excessivo e violento, a psicoterapia analítico-comportamental é, então, apresentada como uma possibilidade. Ela deve estar fundamentada em princípios behavioristas radicais cientificamente validados por dados empíricos, tais como: controle aversivo, reforço diferencial, modelagem, classes operantes, discriminação condicional, classes de equivalência, comportamento governado por regras, comportamento modelado por contingências e operações estabelecedoras (Catania, 1999; Millenson, 1967; Moreira & Medeiros, 2019).

A psicoterapia analítico-comportamental é um tipo de intervenção clínica analítico-comportamental que seria, hipoteticamente, uma ferramenta útil na emancipação e empoderamento feminino, que resultaria em prevenção de feminicídios através de aumento do repertório de enfrentamento, proteção contra a violência, assertividade e resolução de problemas nas vítimas de VCM. No entanto, um levantamento bibliográfico, em bases de dados das ciências humanas e da saúde (i.e. APA, OASIS.BR e Repositório FGV), para artigos

publicados no período de 2006 a 2023, revelou a falta de dados empíricos que comprovem essa premissa, demonstrando uma importante lacuna no conhecimento científico acerca deste grave problema social.

Inicialmente, diversos resultados surgiram na busca às bases de dados da APA, OASIS.BR e Repositório FGV, mas muitos resultados eram irrelevantes, por isso uma segunda busca foi feita na APA PsycNet, filtrando o tipo de documento para apenas dissertações e artigos científicos, e excluindo resultados que não continham as seguintes palavras no título: intervention, treatment, therapy, trial, program, trauma-informed care, strategy, policy, support, solution, coaching, prophylaxis, function-based approach, approach, approaches, case-control study, psychotherapy, prevention, preventing, improves, model, assistance, interventional, protective order, reduction, control, well-being, help. Essa segunda busca resultou em 76 (setenta e seis) publicações, que atenderam à seguinte string:

```
(title: "domestic violence" OR title: "intimate partner" OR title: "partner abuse" OR title: "spouse abuse" OR title: "spouse abuse" OR title: "partner violence" OR title: "gender-based violence" OR title: "gender-associated violence" OR title: "gender-related violence" OR title: "gender based violence" OR title: "femicide" OR title: "uxoricide" OR title: "bride burning" OR title: "dowry death" OR title: "dowry murder" OR title: "intimate femicide" OR title: "partner femicide" OR title: "wife homicide" OR title: "wife killing" OR title: "wife murder" OR title: "sexism" OR title: "discrimination based on gender" OR title: "discrimination, sexual" OR title: "gender discrimination" OR title: "gender-based discrimination" OR title: "gender-related discrimination" OR title: "sex discrimination" OR title: "sex-based discrimination" OR title: "sexual discrimination" OR title: "sexism") AND (Any Field: "behavior analysis" OR Any Field: "behavior biology" OR Any Field: "behavior science" OR Any Field: "behavior biology" OR Any Field: "behavior science" OR Any Field: "behavioral disciplines and activities" OR Any Field: "behavioral sciences" OR Any Field: "behaviour analysis" OR Any Field: "behaviour biology" OR Any Field: "behaviour science" OR Any Field: "behavioural disciplines and activities" OR Any Field: "behavioural science" OR Any Field: "behavioural sciences" OR Any Field: "biobehavioural science" OR Any Field: "biobehavioural sciences" OR Any Field: "biobehavioral science" OR Any Field: "biobehavioral sciences" OR Any Field: "behavioral science") AND Document Type: Dissertation OR Journal Article AND Peer-Reviewed Journals only AND Year: 2006 To 2023
```

Os setenta e seis resultados foram analisados individualmente até constatar que apenas um deles era uma publicação sobre uma intervenção analítico-comportamental. O artigo de Heidi J. Eilers (2019), intitulado *The Utility of a Function-Based Approach to Intimate Partner Violence and Gender Bias in Family Courts*, foi publicado na *Behavior Analysis in Practice*, em 2019. A publicação atende ao critério de tecnologia analítico-comportamental aplicada à violência doméstica, mas não é uma intervenção clínica. A proposta de Eilers é específica para o contexto de disputa judicial e tem por objetivo auxiliar os operadores do Direito na compreensão e manejo da violência intrafamiliar, pois as decisões judiciais ainda são sexistas, fundamentadas em estereótipos de gênero e mitos sobre efeitos da violência em crianças.

Desta forma, não houve nenhum resultado para a pesquisa na literatura científica sobre uma intervenção analítico-comportamental desenvolvida para atender às vítimas de VCM, por isso propõe-se, nesse trabalho, o desenvolvimento de um programa de intervenção clínica analítico-comportamental para mulheres vítimas de VCM, 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. Tal protocolo de atendimento psicológico deveria ser avaliado experimentalmente, para verificar seus efeitos no repertório de enfrentamento, empoderamento feminino e proteção contra a violência em mulheres vítimas de VCM, mas o curto período de um mestrado inviabiliza o levantamento de verba para custeio de material e transporte das pacientes, que não poderiam, por motivos éticos, ter nenhuma despesa com sua participação na pesquisa.

Para conhecer, delimitar e mensurar o objeto de estudo deste trabalho, violência será definida como o “uso da força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação”, por ser a definição oficial da Organização Mundial da Saúde [OMS] (Dahlberg & Krug, 2007, p. 1165) e, portanto, aquela mais universalmente aceita e adotada em todo o mundo. Dahlberg e Krug (2007) afirmam que, embora seja um fenômeno universal, atemporal e altamente prevalente – uma das principais causas de morte no mundo para pessoas entre 15 e 44 anos –, a violência não deve ser aceita como inevitável, pois há evidências científicas de que é possível preveni-la, através da modificação dos seus fatores desencadeantes, que não se limitam a uma predisposição individual do agressor para a violência.

Como o presente trabalho consiste em uma proposta de atendimento psicológico em clínica forense, especificamente destinado às usuárias do sistema de Justiça que solicitaram

medidas protetivas contra seus agressores, é importante caracterizar o abuso ou violência psicológica pelo seu potencial de dano, como fizeram Cruz et al. (2022), ainda que a (o) psicóloga (o) não possa exercer o duplo vínculo de atendimento clínico e perícia judicial da mesma usuária dos serviços de Psicologia. Em processos judiciais, o dano psicológico, com objetivo de fundamentação da decisão judicial e indenização para a vítima, é objeto de prova técnica elaborada por perito em Psicologia, que é o especialista em matéria psicológica, conforme a Lei nº 4.119 (1962, art. 13), que determina:

Art. 13. Ao portador do diploma de Psicólogo é conferido o direito de ensinar Psicologia nos vários cursos de que trata esta Lei, observadas as exigências legais específicas, e a exercer a profissão de Psicólogo.

§ 1º Constitui função privativa do Psicólogo e utilização de métodos e técnicas psicológicas com os seguintes objetivos: (Expressão "privativa" vetada pelo Presidente da República e mantida pelo Congresso Nacional, em 17/12/1962)

- a) diagnóstico psicológico;
- b) orientação e seleção profissional;
- c) orientação psicopedagógica;
- d) solução de problemas de ajustamento.

§ 2º É da competência do Psicólogo a colaboração em assuntos psicológicos ligados a outras ciências.

Ao pesquisar o estado da arte internacional sobre a perícia de danos psicológicos, os autores identificaram que problemas no contexto familiar, envolvendo violência contra mulheres, foi o tópico de maior destaque nos estudos identificados, e observaram que os estudos se referem a situações traumáticas envolvendo relações com desequilíbrio de poder, como violência no trabalho e abuso infantil (Cruz et al., 2022). Os autores caracterizam o dano psicológico como comprometimento da saúde e alterações do comportamento, com efeitos extensivos às pessoas diretamente envolvidas com aquela que sofre o dano. Para isso, é importante que a (o) perita (o) esteja atenta (o), também, à relação denexo causal ou concausal entre o ato que produziu dano e o dano propriamente dito, avaliando o tipo, duração e gravidade da violência vivenciada, além das circunstâncias em contiguidade temporal.

Resumidamente, os autores concluem que a configuração do dano psicológico propriamente dito está no comprometimento funcional da pessoa, em suas atividades habituais e nas diversas áreas de sua vida, e na cronificação desse comprometimento funcional, quando, então, se fala em sequelas psicológicas. Os autores sugerem considerar, para os fins de diagnóstico psicológico, os seguintes elementos: prejuízos na qualidade do sono, da alimentação, da atenção, da concentração, da memorização, da compreensão, da tomada de decisão, dos estados emocionais, das relações afetivas, da autoestima, da autonomia e da qualidade de vida (Cruz et al., 2022). Assim, para a identificação do abuso ou violência, ainda

que não deixe marcas visíveis, a intervenção clínica analítico-comportamental deve ensinar às vítimas a discriminar os efeitos prejudiciais e a relação de desequilíbrio de poder às quais as mulheres são submetidas no modelo de sociedade patriarcal.

Apesar de não haver, na literatura científica, um protocolo de atendimento psicológico, na linha teórica da Análise do Comportamento, desenvolvido e avaliado para atender às especificidades clínicas das vítimas de violência doméstica, que é um tipo de VCM, a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, criada em 2003 (Lei 10.683, 2003; Lei nº 14.600, 2023), publicou, há menos de vinte anos, uma Norma Técnica Uniformizadora dos Centros de Referência em Atendimento para Mulheres que, por sua vez, foram criados para atender ao compromisso nacional, firmado em acordos e convenções internacionais, de prevenção e enfrentamento à VCM, nos quais o atendimento psicossocial é parte integrante da estrutura interdisciplinar de assistência.

Dentre os Instrumentos Internacionais para prevenção e enfrentamento à VCM dos quais o Brasil é signatário, destacam-se a Convenção pela Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher – CEDAW (United Nations Human Rights Office of the High Commissioner [OHCHR], 1979; Conselho Nacional de Justiça, 2019), a Declaração de Viena (OHCHR, 1993), e a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher – Convenção de Belém do Pará (Decreto nº 1973, 1996).

A CEDAW, ratificada pelo Brasil em 1984, reafirma a universalidade dos Direitos Humanos e a inadmissibilidade de qualquer forma de discriminação, com foco na igualdade de gêneros, se destacando por estabelecer, expressamente, as três áreas de abrangência da VCM: familiar, comunitária e praticada ou permitida pelo Estado, por meio dos seus agentes. Assim, ao longo de trinta artigos, os Estados signatários se comprometem a adotar medidas para a eliminação da discriminação contra as mulheres, definida como a

[...] distinção, exclusão ou restrição, feita por critério de gênero, que tenha o efeito ou o propósito de prejudicar ou anular o reconhecimento, fruição ou exercício de direitos e liberdades fundamentais, pelas mulheres, independentemente do seu estado civil, nos campos político, econômico, social, cultural, civil ou qualquer outro (OHCHR, 1979).

A Declaração de Viena foi o primeiro Instrumento Internacional a destacar os Direitos das Mulheres, em seu artigo 18, como inalienáveis e parte integrante dos Direitos Humanos, que, por sua vez, deixaram de se restringir a uma violação cometida exclusivamente pelo poder público, tornando-se, também, uma questão de violência privada, cometida por indivíduos e pela sociedade, da mesma forma que foi anteriormente estabelecido pela CEDAW, como

resume a Norma Técnica Uniformizadora dos Centros de Referência de Atendimento à Mulher em Situação de Violência (Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2006). Mais especificamente, em seus artigos 36 a 44, da segunda parte, que determina maior coordenação no sistema das Nações Unidas na área dos direitos humanos, a Declaração de Viena (OHCHR, 1993) reitera os objetivos para adoção de medidas em favor das mulheres como indispensável ao desenvolvimento sustentável e equitativo previsto na Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, que resultou na Declaração do Rio de Janeiro de 1992. Enfatiza, ainda, a eliminação de todas as formas de assédio sexual, exploração e tráfico de mulheres, bem como um maior acesso das mulheres a cargos decisórios.

Por fim, a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher – Convenção de Belém do Pará (Decreto nº 1973, 1996) estabelece o conceito de VCM, em seu artigo primeiro, ampliando sua abrangência para o âmbito público e privado, e apontando, em seu artigo segundo, agentes particulares, tanto na família quanto na comunidade, como possíveis agressores, além dos agentes estatais. Essa é a definição de VCM que regula a notificação compulsória dos casos de VCM atendidos em serviços de saúde públicos ou privados, como os serviços clínicos de atendimento psicológico (Lei nº 10.778, 2003; Lei nº 13.931, 2019).

De modo geral, além da previsão legal para notificação compulsória de VCM relatada pela mulher atendida em serviço clínico de atendimento psicológico, a assistência à vítima de violência doméstica deve, ainda, atender a algumas normativas profissionais do(a) psicólogo(a), característica comum às profissões regulamentadas e fiscalizadas por um conselho profissional. Dentre elas, há a normativa que dispõe sobre a obrigatoriedade do registro documental, na forma de prontuário (Resolução CFP nº 01 de 30 de março, 2009), em conformidade com as regras para elaboração de documentos escritos produzidos no exercício profissional do(a) psicólogo(a) (Resolução CFP nº 06, 2019) e com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709, 2018). Assim, a(o) psicóloga(o) que presta atendimento psicoterápico à vítima de VCM deverá registrar os prontuários, aos quais as usuárias têm direito de acesso, mas manter sigilo dos seus atendimentos, ponderando quanto ao menor prejuízo nos casos previstos de quebra de sigilo, e não poderá atuar como perita(o) dessa vítima em seus processos judiciais, para evitar a prática antiética de duplo vínculo, portanto não fará laudos periciais para as usuárias do serviço de psicoterapia. A(o) psicóloga pode, no entanto, depor como testemunha indireta, apesar da proibido pelo sigilo profissional, conforme art. 207 do Código de Processo Penal (Lei nº 3.689, 1941), nos casos em que desejar fazê-lo, com a concordância da vítima. Há, também, o Código de Ética Profissional do Psicólogo (Resolução CFP nº 10, 2005), que

estabelece, em seu artigo primeiro, inciso c, como dever fundamental do profissional de Psicologia: “Prestar serviços psicológicos de qualidade, em condições de trabalho dignas e apropriadas à natureza desses serviços, utilizando princípios, conhecimentos e técnicas reconhecidamente fundamentados na ciência psicológica, na ética e na legislação profissional” (p. 8). Com isso, diversas práticas tornam-se proibitivas no atendimento à vítima de VCM, como, por exemplo, a utilização de Constelações Familiares, em razão de sua incompatibilidade com normas do exercício profissional em relação à violência de gênero (Resolução CFP nº 08, 2020), em relação à orientação sexual (Resolução nº 01 de 22 de março, 1999), em relação às pessoas transexuais e travestis (Resolução CFP nº 01, de 29 de janeiro, 2018) e em relação ao preconceito e à discriminação racial (Resolução CFP nº 18, 2002).

A especificidade do público atendido – mulheres em situação de violência – é objeto de outras normativas profissionais, como a Resolução CFP nº 08 de 07 de julho de 2009 e a Nota Técnica CRP-PR nº 004/2020 (Conselho Regional de Psicologia do Paraná, 2020), além das recomendações e referências técnicas das autarquias estadual e federal (Comissão de Orientação e Fiscalização, 2024; Conselho Federal de Psicologia, 2012). Como a violência de notificação compulsória pode ser, inclusive, violência psicológica, é importante consultar a Lei nº 14.188, de 28 de julho de 2021, em seu artigo 147-B, que a define como:

Causar dano emocional à mulher que a prejudique e perturbe seu pleno desenvolvimento ou que vise a degradar ou a controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, chantagem, ridicularização, limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que cause prejuízo à sua saúde psicológica e autodeterminação (Resolução CFP nº 08, 2009).

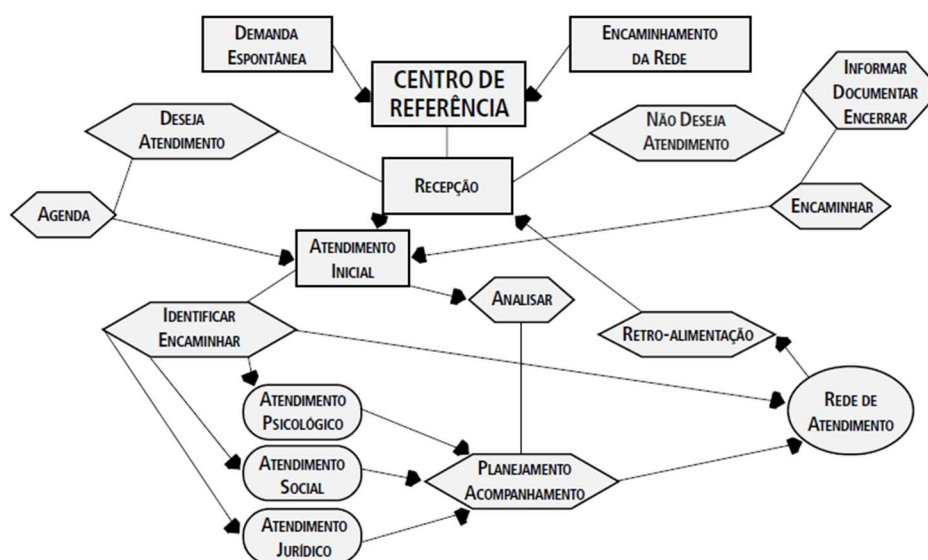
A(o) profissional de Psicologia deve observar que a violência pode ser cometida por qualquer agente, de ambos os sexos, seja agente público ou particular, e que tenha ou não tenha uma relação afetiva ou familiar com a ofendida. Quanto à especificidade do serviço prestado – psicoterapia exercida por psicóloga(o) –, há que se observar a Resolução CFP nº 13, de 15 de junho de 2022 (Resolução CFP nº 13, 2022).

À parte da fundamentação ética e legal para o atendimento psicológico à vítima de VCM, não há um protocolo cientificamente fundamentado, metodologicamente testado e consensualmente reconhecido por pares para a assistência ao problema específico desse público-alvo. Para tal, uma alternativa é partir das críticas existentes à política pública uniformizadora do atendimento multidisciplinar à mulher em situação de violência, feita por meio de norma técnica (Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2006), e sugerir

melhorias nos procedimentos já existentes. Atualmente, os Centros de Referência de Atendimento à Mulher em Situação de Violência – CRAM têm o objetivo de “cessar a situação de violência vivenciada pela mulher atendida sem ferir o seu direito à autodeterminação” (Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2006, p.16), prevenindo subsequentes atos de agressão e, assim, interrompendo o ciclo da violência, através de atendimento multidisciplinar de uma equipe formada por assistentes sociais, psicólogos (as), advogados (as), educadores (as) e arte-terapeutas, conforme o seguinte fluxograma de atendimento (Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2006, p. 39):

Figura 2 – Fluxograma de Atendimento à Mulher em Situação de Violência no Setor Público

XI. FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO



39

Fonte: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (2006, p. 39).

Os objetivos do atendimento psicológico no CRAM seriam: promover o resgate da auto-estima, promover resiliência, tratar possíveis sintomas de depressão e ansiedade, convencer a paciente de que a violência no relacionamento é inaceitável, ensinar técnicas de contracontrole, proteção e segurança pessoal. Recentemente, porém, esse modelo de atendimento foi criticado por Pontes et al. (2022), apontando falhas que inviabilizam o planejamento, implementação e avaliação dos resultados para que as ações previstas sejam efetivas na realização dos objetivos propostos.

Pontes et al. (2022) usaram a ferramenta científica de análise funcional para identificar

as relações de contingências programadas para as ações previstas e as consequências planejadas para determinadas variáveis de contexto, denominadas variáveis de permanência da mulher em relações abusivas, quais sejam: dependência econômica, dependência emocional, déficit de repertório comportamental, regras e autorregras limitantes, comportamento do parceiro, retaliações e/ou ameaças do agressor, rede de apoio. Algumas lacunas apontadas no planejamento de ações de saúde mental descrito pela norma técnica foram: omissão dos resultados esperados para encaminhamento das mulheres com demandas de saúde mental e/ou dependência química; omissão dos critérios para direcionamento à arte-terapia, ao ensino de técnicas de defesa pessoal, técnicas de contracontrole, técnicas de relaxamento, controle de estresse, resolução de conflitos e assertividade; ausência de respaldo científico que fundamente a promoção de autoestima ou resiliência para tratar depressão e ansiedade; omissão de descrição objetiva da mudança comportamental esperada para a “internalização do conceito de violência como algo inaceitável”; ausência de garantia científica para a relação causal entre as ações de arteterapia e os resultados esperados de aumento de autoestima, ampliação de autoconhecimento, desenvolvimento de recursos físicos, cognitivos e emocionais, melhora relacionada a sintomas, estresse e experiências traumáticas, dentre outros.

A fim de propor melhorias ao atendimento psicológico da norma técnica uniformizadora dos Centros de Referência e Atendimento a Mulher em Situação de violência, convém analisar a trajetória da Psicologia, como ciência, na direção de uma prática clínica baseada em evidências, conforme descrita por Jan Leonardi (2016), na sua tese, intitulada *Prática Baseada em Evidências em Psicologia e Eficácia da Análise do Comportamento*, resumida por Vigano (2022). O autor cita o pioneiro Hans Eysenck, que investigou, em 1952, se a psicoterapia era, realmente, eficaz ou se os resultados eram devidos, unicamente, à passagem do tempo. Décadas depois, em 1992, Strupp e Howard alertaram que, apesar do acúmulo de evidências de que a psicoterapia era eficaz, haveria, também, a possibilidade de iatrogenia na prática profissional, como acontece na medicina, em que a própria intervenção é a causadora de dano ao usuário.

Vigano (2022) resume a exposição de Leonardi (2016), sintetizando os caminhos científicos trilhados até a conceitualização da Prática Baseada em Evidências em Psicologia (PBEP), definida como processo de decisão que integra diversas correntes de evidência científica na intervenção clínica, engajando o paciente ativamente ao processo terapêutico, com flexibilizações que atendam às diferenças individuais (American Psychological Association, 2006). Inicialmente, as práticas psicoterápicas eram avaliadas por dois paradigmas, com fatores preditivos de eficácia. No primeiro, apenas três fatores eram avaliados: qualidade do terapeuta, relação terapêutica e características do cliente. No segundo, um maior número de fatores é

avaliado, sendo eles: queixa, etiologia, mecanismos de mudança, terapêutica e resultados. A partir do estudo desses fatores, surgem os tratamentos empiricamente sustentados (TES), com um número crescente de manuais de tratamento.

Os TES, por sua vez, sofrem críticas pela negligência do contexto em que surgem e se mantêm os problemas de comportamento levados aos consultórios psicológicos, donde vieram as sugestões de tratá-los em termos funcionais, em vez de descritivos. De modo geral, portanto, pode-se dizer que os TES são tratamentos padronizados, enquanto a PBEP é uma prática individualizada pela participação ativa dos usuários nas decisões terapêuticas. Apesar das críticas ao uso de protocolos na prática profissional em Psicologia, eles são um passo importante no desenvolvimento e avaliação de novas práticas científicas para tratamento de problemas comportamentais, de forma que a elaboração de um protocolo de atendimento para mulheres comprovadamente vítimas de violência doméstica pode ser uma boa resposta às críticas de Pontes et al. (2022).

Para além da técnica psicológica, tal programa de atendimento deve ser pautado pelo reconhecimento das diversas formas de opressão que atravessam uma vítima de violência doméstica. A interseccionalidade que deve pautar tal programa de atendimento pode ser melhor compreendida através da análise da violência e de seus fatores desencadeantes como um fenômeno biopsicossocial que já é unanimemente compreendido como uma característica da vida em sociedade, e não como um aspecto inerente à natureza humana, com raízes biológicas (Minayo, 1994). Assim, para a saúde pública, a violência é classificada em três tipos: estrutural, de resistência e de delinquência.

O conceito de violência estrutural surgiu em Galtung (1969), atualmente com 14.512 citações, como ato institucional que gera privações no atendimento das necessidades humanas fundamentais. O machismo, que motiva a VCM, é, portanto, uma violência do tipo estrutural, na medida em que aceita e tolera que um grupo social minoritário – as mulheres – tenha menor acesso às conquistas da sociedade, como oportunidades de trabalho e de renda equiparáveis às dos homens, além de maior vulnerabilidade ao sofrimento e à morte em relacionamentos íntimos (Minayo, 1994). Assim, através da tácita ou ostensiva aceitação cultural de uma superioridade masculina e dos valores machistas de dominação, o próprio lar tornou-se o lugar mais perigoso para as mulheres (Saffioti, 1997 como citado em Cassado et al., 2003), e a VCM é o crime mais frequentemente cometido contra essa minoria social, segundo divulgado pelo Worldwatch Institute em 1989 (Meichenbaum, 1994 como citado em Williams, 2001).

A dominação, característica da maioria das sociedades ocidentais contemporâneas, se opõe aos valores pacifistas da maioria das sociedades matriarcais e de algumas sociedades

orientais, como a tibetana, segundo o monge “Genshō”, um representante oficial da escola Soto Zen do Japão para a América do Sul, que falou que "vivemos a reversão do pacifismo no fim do século XX, com gasto militarista cada vez maior, e mais de dois trilhões de dólares gastos em armas”, (Genshō, 2023) concluindo que “numa sociedade pacifista, os valores femininos seriam valorizados, mas as sociedades pacifistas costumam ser destruídas pelas sociedades agressivas e militaristas, nas quais o vencedor é aquele que mata melhor, como diz Victor Davis Hanson, em seu livro intitulado *Por Que o Ocidente Venceu*”. Desta forma, a aceitação ocidental do machismo não muda seu caráter de violência.

O machismo, enquanto violência estrutural, é uma forma de opressão que atende à definição de violência da OMS, pois essa desigualdade promovida pelo privilégio masculino resulta de ações e omissões no uso do poder em suas variadas formas (familiar, político, institucional, econômico, religioso, etc.), e gera privação, desenvolvimento prejudicado, dano psicológico, sofrimento e morte por feminicídio. Convém observar que, para a definição de violência da OMS, a motivação do ofensor não importa, pois, pela definição, a violência se caracteriza pelo meio (força física ou poder) e pelo efeito no ofendido (danoso ou prejudicial) - mesmo que esse efeito seja meramente potencial. Se os pais batem em uma criança na intenção de educá-la, e seus amigos aplaudem-nos por isso, o castigo físico continua sendo violência, pois causa sofrimento na criança, além do potencial de danos à integridade física. Os pais deste exemplo são violentos pois usam de sua força física e de seu poder familiar para machucar uma criança frágil e indefesa. A aprovação social dos amigos de pais violentos não torna o castigo físico da criança menos violento, pois é o efeito sobre a saúde e sobre o bem-estar do ofendido que importa para caracterizar a violência, como preconiza a OMS, que não fala em boas ou más intenções, nem em fins pedagógicos ou educativos. Quando se fala, especificamente, em VCM, no entanto, a motivação sexista é essencial para caracterizá-la e o atendimento psicológico deve ser feito com letramento de gênero.

Há muitos dados conhecidos sobre a desigualdade social entre gêneros (Gaye et al., 2010), sendo que a desigualdade salarial no exercício das mesmas funções é um dos mais emblemáticos. Essa desigualdade não é criminalizada, mas ainda é uma forma de violência, por gerar privação, principalmente, por isso é uma violência do tipo estrutural. Um exemplo, que ganhou visibilidade na última década, de privilégio masculino no mercado de trabalho, é a marginalização de autoras femininas como revisoras ou em obras revisadas pelas revistas literárias mais influentes (Walsh, 2014). Tal dado é amplamente divulgado pela Vida Count, uma organização feminista não-governamental sem fins lucrativos, com sede nos Estados Unidos da América, que tem o propósito de dar transparência para a falta de paridade entre

gêneros no mercado literário (Vida Count, 2019).

Além da violência do tipo estrutural, Minayo (1994) descreve dois outros tipos de violência como problema social: a violência de resistência e a violência de delinquência. Ambas são fortemente reprimidas pelos detentores de poder político, econômico e/ou cultural, ao contrário do que acontece com a violência estrutural, que, geralmente, serve aos interesses desses mesmos detentores de poder. A principal característica da violência de resistência é a de responder a uma violência estrutural – uma resposta feita pelos grupos e indivíduos oprimidos. Por fim, a violência de delinquência é a violência que foi criminalizada pelos detentores de poder através dos meios legais, e é aquela que, de forma reducionista, é vista, geralmente, como a única violência que existe. A autora, então, convida à reflexão de que a violência estrutural é a mola propulsora do delito – isso se dá, inclusive, através do culto ao machismo.

Seguindo o raciocínio de Minayo (1994), portanto, a VCM só se tornou objeto de repreensão quando tornou-se violência de delinquência e foi criminalizada pelas leis Maria da Penha (Lei nº 11.340, 2006) e Qualificadora de Femicídio (Lei nº 13.104, 2015). Para efeitos comparativos, observa-se que a mesma conscientização e repreensão não acontece nos casos de assédio moral, que não tem uma legislação específica com a definição do crime e a cominação das penas. Há um Projeto de Lei, n. 4.742/01, aprovado pela Câmara dos Deputados em 2019, que visa alterar o Decreto-Lei n.2.848/40 (Código Penal), para tipificar o assédio moral como crime, mas o PL está aguardando designação de relator desde 13/09/2023 para votação no Senado Federal. Enquanto isso, as humilhações sofridas e os atos sistemáticos de constrangimento no ambiente de trabalho “sequer são vistos como uma violência anormal” (Hirigoyen, 2002 como citado em Barreto, 2005, p. 63), mas podem levar à morte por suicídio (Barreto, 2005).

Como violência de delinquência, a violência doméstica, um dos tipos de VCM, é uma forma de violação dos direitos humanos, baseada no gênero, que resulta em morte, lesão, sofrimento e dano, por meio de ação ou omissão, no âmbito da unidade doméstica, da família ou em qualquer relação íntima de afeto (Lei nº 11.340, 2006). O estudo da violência, no entanto, apresenta, de modo geral, algumas dificuldades na sua operacionalização em termos de morbidade e mortalidade. Devido à sua complexidade, a violência possui classificações imprecisas, como a denominação de “causas externas”, na Classificação Internacional das Doenças (Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID - 10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas), que torna nebulosa a identificação dos fenômenos de morbidade e mortalidade violentas, quando uma simples queda pode esconder um homicídio e um acidente de trânsito pode ser um homicídio e um suicídio simultaneamente (Minayo, 1994).

Além disso, a violência costuma ser subnotificada e os estudos a respeito são escassos.

Como violência estrutural, o machismo surgiu com o patriarcado. Este sistema de dominação social masculina surgiu com a divisão do trabalho entre homem e mulher na pré-história, há aproximadamente doze mil anos, para a prosperidade da tribo através da procriação, quando o ser humano deixou de ser nômade, pois a mulher assumiu a função de cuidado da prole e das tarefas domésticas, enquanto o homem se dedicava ao pastoreio e à caça. Posteriormente, a urbanização, com a criação dos estados arcaicos, tornou o controle sobre o feminino ainda mais forte, com a imposição da subordinação feminina pelo Estado através dos códigos legais e a justificativa religiosa da supremacia masculina na cosmogonia de um único deus homem pelo monoteísmo hebraico, no mundo ocidental, mas, sobretudo, com a institucionalização da escravidão para o progresso econômico (Lerner, 2019.)

Em oposição, portanto, à violência estrutural contra as mulheres, surge o feminismo, como movimento social para a igualdade de gênero, com raízes nos movimentos civis de busca de direitos da Revolução Francesa (1789), que servirá ao letramento de gênero na proposta interseccional do atendimento psicológico às vítimas de violência doméstica. Esse movimento reconhece que as diferenças de papéis sociais entre homens e mulheres é um produto histórico, resultado da divisão sexual do trabalho, em vez de um determinismo biológico.

A feminista nigeriana e cientista social, Oyèronké Oyèwúmi, porém, critica o conceito de divisão sexual do trabalho para a análise da opressão social das mulheres. Ela critica o feminismo, que ela discrimina como um feminismo branco, representado por Simone de Beauvoir, em oposição a um feminismo negro, que ela representa, juntamente com Lélia Gonzalez e outras, ratificando a diferenciação do feminismo, um movimento social anteriormente único e universal, em feminismos vários, como o feminismo de classe, representado pela Heleieth Saffioti, anarcofeminismo, representado por Maria Lacerda de Moura e Maria Galindo, e feminismo decolonial, representado por Maria Lugones, dentre outros.

Segundo a cientista social nigeriana (Oyèwù mí, 1997, 2000), o feminismo branco é estruturado a partir de uma lógica europeia de família nuclear que define a mulher por seu papel como esposa, mesmo que ela seja mãe. A feminista nigeriana explica que, em toda a África, por motivos linguísticos, as categorias “esposa” e “marido” definem relações de subordinação, em vez de relações de gênero, uma vez que a mesma palavra, no iorubá, se aplica a homens e mulheres - isto é, ortograficamente, a flexão de gênero inexistente para aquela palavra, tanto quanto para outras. A mulher africana prefere ser identificada como “mãe”, em vez de “esposa”, pois a maternidade representa uma posição de poder, conhecida como matripotência ou

supremacia da maternidade (Akotirene, 2019), em uma sociedade onde os arranjos familiares são feitos por consaguinidade, “em vínculos concebidos como naturais e inquebráveis” (Oyěwùmí, 2000, p. 5). A autora, no entanto, ao desviar o papel social da mulher como esposa, por razões de opressão racial, para o papel social da mulher como mãe, no modelo yorubá de linhagem consanguínea, negligencia a opressão cisheteronormativa, limitando a unidade familiar aos filhos gerados por uma relação sexual de um casal heterossexual. Neste sentido, além de toda a violência homofóbica e transfóbica que a opressão cisheteronormativa ocasiona, é importante mencionar a omissão na produção de evidências das violências que mulheres lésbicas sofrem, por causa do apagamento lésbico atribuído à lógica patriarcal heteronormativa, conforme denunciam Firmino e Matias (2024).

Leal e Zanello (2023) estudaram o fenômeno, ainda pouco reconhecido, das mulheres que escolhem não ter filhos, ou a não-maternidade. As autoras citam estimativas de até 37% de mulheres em idade fértil, no Brasil, que não desejam ser mães. Apesar do fenômeno ser ainda pouco estudado, um dos motivos apontados para essa escolha é a da mudança no papel e no entendimento do que é ser mulher. As autoras argumentam que a maternidade representa valores e ideais de gênero marcados pelo heterocentrismo, que são incitados e reforçados pelas tecnologias de gênero, como filmes, músicas e propagandas que retratam e representam o estereótipo feminino socialmente desejável para o patriarcado. O estudo das autoras traz resultados que indicam a pressão social sofrida, desde a infância, para que as meninas se adequem aos estereótipos de feminilidade, como brincar de casinha, ser magra e usar cabelo comprido, cujo objetivo é tornar-se desejável ao mercado amoroso heterossexual. A fuga dos padrões estereotipados de feminilidade gera maiores conflitos em famílias religiosas. Ainda como resultado do estudo, constatou-se que a percepção das mulheres que escolhem não ter filhos sobre os motivos que levariam uma mulher a escolher o papel social de mãe, é do *filho-pharmakón* ou filho como remédio, que funcionaria para: ter alguém que cuide da mulher quando ela envelhecer, reduzir conflitos entre o casal, centrar-se na vida e deixar de ser “louca”, evitar o incômodo de ter que ficar consigo mesma e “tapar buraco” existencial.

A historiadora Gerda Lerner (2019), inclusive, aponta o argumento de um determinismo biológico para a maternidade como um dos pretextos do patriarcado para a inferiorização das mulheres, a quem, durante muito tempo, foi negada até a escolarização, marginalizando-as do progresso intelectual e científico, devido a uma suposta inclinação natural para se preocupar com a criação dos filhos e com suas emoções. O argumento do instinto materno é a justificativa patriarcal para alijar as mulheres da História, dita universal, porém escrita por homens, sobre feitos de homens.

Ainda segundo a historiadora, tanto a função marital quanto a função reprodutiva da mulher tinham valor de propriedade, de forma que a sexualidade da mulher era, legalmente, desde remotas eras, propriedade do homem. Por essa razão, o adultério sempre foi permitido ao homem e proibido à mulher. O crime do estupro de uma mulher era um prejuízo do seu marido ou do seu pai, não dela – na verdade, a vítima do estupro podia ser considerada culpada por não impedir o crime, e condenadas à morte por isso. O casamento era uma transação comercial de compra e venda que não se limitava ao casal individual, de forma que a morte do cônjuge transferia os direitos de propriedade da viúva para outros homens da família, que dela fariam usufruto. As esposas, filhos e concubinas eram bens penhoráveis de um homem. Em diversas leis, como a hebraica e a babilônica, a penalidade para um aborto provocado por terceiros é proporcional ao status social da gestante, e era aplicada de forma semelhante contra abortos provocados em animais da pecuária, revelando sua natureza de crime patrimonial, em vez de um crime contra a vida. Tais normativas se originam do direito consuetudinário, que estabelecia como obrigação do homem usar o casamento das mulheres da família para enriquecimento e ascensão social – o que, por sua vez, possibilita o surgimento da família patriarcal. A comercialização das mulheres serviu de modelo para a escravidão, representando, portanto, a mais antiga forma de opressão na História.

A objetificação das mulheres deu, aos homens, direitos sobre as mulheres que as mulheres nunca tiveram sobre eles, e está, enfim, diretamente relacionada à reificação dos seus serviços sexuais e reprodutivos, donde se origina o estereótipo de gênero da mulher como esposa e mãe, em ideologias tais como o “culto à verdadeira mulheridade”, para que as mulheres se adaptem ao seu lugar de subordinação na sociedade. Tal estereótipo está na raiz do preconceito sexista e deve ser cuidadosamente desconstruído para a emancipação e empoderamento femininos, que são parte dos objetivos terapêuticos desse protocolo de atendimento psicológico.

Embora a pesquisa da historiadora austríaca seja de tempos remotos, com início na pré-história até o século XVIII, concentrada em povos de terras distantes, como a Mesopotâmia, um exemplo emblemático da exclusão feminina nos registros históricos oficiais pode ser encontrado na fundação do próprio município de Londrina, no estado brasileiro do Paraná. Uma rápida pesquisa em sítios eletrônicos que se propõem a relatar a história do município, como www.londrinahistorica.com.br e www.paranahistorica.com.br, revela somente homens entre os pioneiros da cidade: Afonso Nacle Haikal, Andréa Nuzzi, Anísio Figueiredo, Adolfo Barbosa Góis, Alexandre Rasgulaeff, Amadeo Mortari. A denúncia dessa injustiça histórica foi feita por Nitis Jacon de Araújo Moreira, ex-vice-reitora da Universidade Estadual de Londrina – UEL,

médica psiquiatra, atriz, criadora do Projeto Experimental de Teatro da UEL, criadora e presidente de honra do Festival Internacional de Londrina – FILO. *Bodas de Café*, de sua autoria, foi o primeiro espetáculo com dramaturgia própria do PROTEU, lançado em 1984, por ocasião do cinquentenário da cidade de Londrina-PR. A peça somente foi publicada graças ao esforço de Sônia Aparecida Vido Pascolati, belettrista, pesquisadora em dramaturgia e teatro moderno e contemporâneo, além de professora universitária na UEL (Pascolati, 2019). A obra artística da ex-vice-reitora da UEL conta a história oficiosa de Londrina, colonização inglesa do Sertão do Tibagi em 1929, alçada a município em 1934, a partir de fatos históricos: “*Bodas de Café* tem como tema a fundação da cidade de Londrina, contada a partir daqueles à margem da sociedade” (Pascolati, 2019, p. 21). Como dito por participantes do projeto na homenagem à autora, em 2024, mulheres solteiras participaram da colonização de Londrina, mas não figuram entre os pioneiros, e por serem solteiras, não eram respeitáveis e sofriam discriminações como profissionais do sexo. Representando essas mulheres marginalizadas do patriarcado, Palmira Preta, possível amante de Celso Garcia Cid, fundador da Viação Garcia, é a personagem que reclama seu lugar histórico entre os pioneiros.

A historiadora Gerda Lerner (2019) ressalta, ainda, o caráter histórico da família monogâmica, cujos valores de controle de sexualidade feminina, como a exigência da virgindade pré-nupcial, servem à instituição da propriedade privada, garantindo a legitimidade dos herdeiros, e não a uma determinação biológica na qual apenas homens são infiéis por instinto. Ela enfatiza que as diferenças sexuais são valoradas culturalmente, de forma que até as interpretações científicas estariam distorcendo seu significado. O caráter histórico do patriarcado pressupõe sua adaptabilidade, conforme a necessidade de mudança, mas a autora ressalta que mesmo a biologia não é determinista, pois a civilização está constantemente mudando a natureza.

Alinhado ao argumento da historicidade e adaptabilidade das instituições patriarcais, o historiador francês Philippe Ariès descreveu o surgimento da família moderna a partir de mudanças sociais, como o de isolamento das crianças para a escolarização (Ariès, 2015). Segundo o historiador, o afeto necessário entre cônjuges e entre pais e filhos surgiu recentemente na História, coincidentemente ao surgimento do capitalismo. A família tradicional, até a Idade Média dos sistemas feudais, tinha o objetivo de ajuda mútua, proteção, trabalho e conservação dos bens, sem necessariamente nenhuma função afetiva. A partir da Idade Moderna, com o sistema colonialista burguês, os moralistas religiosos começam a intervir na família, isolando as crianças do convívio com os adultos para a escolarização. Até então, as crianças eram educadas no serviço doméstico ou como aprendizes de um ofício, sem qualquer

estima especial. Com esse afastamento, as crianças se tornaram objeto de um amor obsessivo e a família se torna uma instituição moral em vez de um conjunto de herdeiros. Para melhor cuidar dessa criança insubstituível, a família moderna instituiu a prática do controle de natalidade, reduzindo a prole. À medida em que as exigências familiares aumentaram, a antiga sociabilidade de relações mundanas e de amizade foi reduzida, até que o isolamento familiar em pequenos grupos se tornou modelo familiar para todas as classes sociais, e o sentimento de família surgiu juntamente com a proteção da intimidade. O autor demonstra, portanto, que os papéis familiares são mutáveis e evoluem conforme a necessidade de mudança que se impõe. Ele ainda apresenta o surgimento do sentimento de família na modernidade, enfatizando a recência do caráter afetivo nas relações familiares que, até então, tinham outras funções.

Em razão da crítica que se faz a esse modelo de família, a teoria da cientista social nigeriana, Oyèronké Oyèwúmi, como defensora da supremacia da maternidade ou matripotência, reproduzindo o modelo de dominação patriarcal e heteronormativo, deve ser vista com ressalvas. Apesar disso, o conhecimento das diversas formas de opressão social, que ela reclama, para tratar de gênero – como raça, classe, orientação sexual e história colonial – é indispensável, e é conceituado como interseccionalidade (Akotirene, 2019). A organizadora da obra intitulada *Feminismos Plurais*, de autoria da assistente social e professora universitária, Carla Akotirene, rejeita o termo “cisão” para o movimento de desuniversalização do feminismo, com a criação de feminismos específicos, como o feminismo negro, porque, segundo Djamila Ribeiro, a proposta é o contrário de uma cisão ou separação das feministas por marcadores sociais de classe, raça, orientação sexual ou história colonial. A filósofa explica que nomear outras opressões estabelece, justamente, a necessidade de não as hierarquizar, portanto, uma opressão racista é igual a uma opressão machista - nem pior, nem melhor, nem mais, nem menos, segundo a filósofa.

Uma das autoras feministas da atualidade é Bell Hooks, cuja obra está devidamente embasada na interseccionalidade de raça, classe e gênero, com influência da pedagogia crítica de Paulo Freire. Dentre seus mais de trinta livros escritos, há três títulos que formam a Trilogia do Amor: *Tudo sobre o Amor* (Hooks, 2020), *Salvação: pessoas negras e o amor* (Hooks, 2024a) e *Comunhão: a busca das mulheres pelo amor* (Hooks, 2024b). Nessa obra, ela critica o feminismo de poder, como “só mais uma fraude, na qual as mulheres podem brincar de patriarcas e fingir que o poder que buscamos e conquistamos nos liberta” (Hooks, 2024b, p. 30). Ela propõe que amar é um ato político revolucionário em um mundo patriarcal marcado pela dominação.

O vínculo afetivo tornou-se importante para a família moderna, mas o amor romântico

é objeto de confusão. A autora feminista aborda o assunto na sua trilogia sobre o amor, onde afirma que homens e mulheres são igualmente capazes de aprender a amar, quando se tem uma definição clara do que é o amor. Ela adverte sobre a confusão de que amor pode coexistir com abuso, que teria origem na infância, quando as crianças sofrem abusos físicos e/ou psicológicos de adultos responsáveis por seus cuidados, na própria família. A advertência da autora condiz com investigações científicas sobre o ciclo da violência, como o clássico estudo de Cathy Spatz Widom (Widom, 1989), publicado na revista *Science*, atualmente com 3402 citações, que confirma a hipótese de que crianças sobreviventes a um histórico de abuso físico são mais predisposta a se tornarem adultos violentos, apesar das dificuldades metodológicas para o estudo do fenômeno.

Em *Tudo sobre o Amor* (Hooks, 2020), a autora feminista demonstra como sua teoria do amor se aplica aos principais problemas da sociedade, como violência e consumismo, propondo uma ética amorosa como um conjunto de valores para guiar as ações cotidianas. A partir do exemplo de maus tratos infantis, ela descreve o problema da violência como uma questão de abuso de poder, dizendo: “Em nossa cultura, o lar da família nuclear é uma esfera institucionalizada de poder que pode ser facilmente autocrática e fascista” (Hooks, 2020, p. 62). Ao constatar que as crianças escutam que são amadas, embora estejam sendo abusadas, a autora insere a justiça na definição de amor, recomendando uma ética amorosa com igual respeito aos direitos de cada indivíduo.

A ética amorosa que a autora propõe, na qual “todos têm o direito de ser livres, de viver bem e plenamente” (Hooks, 2020, p. 123), coincide com os princípios e valores da Declaração Universal dos Direitos Humanos (United Nations, 1948), que embasa leis e normas de convivência social, com o objetivo de promoção da paz entre povos e indivíduos. No entanto, as muitas guerras por recompensa econômicas sacrificaram os ideais de amor e justiça, com o assassinato de seus líderes. A partir daí, a autora observa o aumento dos divórcios, do conhecimento público sobre violência doméstica e abuso infantil, da corrupção no trabalho, da influência da ética materialista na religião e do crescimento do comércio ilegal de drogas recreativas. A ética amorosa exige tempo e trabalho, mas a violência instaurou uma ordem social de satisfação imediata dos prazeres e evitação da dor.

O imediatismo é um obstáculo para o contracontrole da violência, ao analisá-la operacionalmente, se considerarmos a proposta behaviorista radical da Psicologia como ciência do comportamento humano, também conhecida como Análise do Comportamento. Tourinho (2003, p. 34) define, assim, a abordagem analítico-comportamental da Psicologia:

Uma ciência do comportamento está interessada em leis gerais sobre o comportamento, no sentido de que ela dispensa especificações topográficas e fisicalistas em favor de descrições de relações funcionais entre o que um indivíduo faz e o que acontece no ambiente como consequência de sua ação, e está interessada em enunciados verdadeiros, no sentido de que busca descrições que capacitem o cientista para lidar de modo eficaz com fenômenos comportamentais.

Assim, Tourinho (2003) explica que o behaviorismo radical é a filosofia de uma ciência que propõe previsão e controle do comportamento humano através de leis científicas empiricamente comprovadas. A essa filosofia, correspondem tanto a ciência quanto a profissão do analista do comportamento, que atua na modificação de comportamentos por meio de intervenções clínicas, culturais, tecnológicas, dentre outras.

O behaviorismo radical foi proposto por Burrhus Frederic Skinner e é diferente do behaviorismo metodológico, que lhe antecedeu. O behaviorismo metodológico, de John Broadus Watson, concentrou-se, principalmente, no comportamento reflexo, enquanto o behaviorismo radical, de Skinner, admite que o paradigma respondente é insuficiente para explicar o comportamento complexo e propõe o paradigma operante (Skinner, 1981; Todorov, 2002), em um modelo científico baseado no operacionismo – mais especificamente, na perspectiva operacional de ciência do físico americano Percy Williams Bridgman (Dittrich et al. 2009; Skinner, 1945).

Neste novo paradigma, que não exclui o paradigma respondente, o comportamento ainda é uma relação entre o organismo e o ambiente (Lopes, 2008), mas em vez de ser uma resposta eliciada pelo estímulo ambiental antecedente, o comportamento é uma resposta selecionada e mantida por estímulos consequentes, enquanto os estímulos antecedentes funcionam como contexto, com funções discriminativas ou estabelecedoras, para a relação resposta-consequência. O selecionismo, ou seleção pelas consequências, como modelo explicativo de causalidade que se contrapõe ao modelo mecanicista do behaviorismo metodológico, reconhece que o comportamento é multideterminado, em três níveis de seleção: filogenético, ontogenético e cultural (Skinner, 1981). Por se tratar de um fenômeno multideterminado, as leis do comportamento são probabilísticas. Por exemplo, uma resposta que, em determinado contexto, tenha um estímulo reforçador como consequência terá maior probabilidade de ocorrer novamente no mesmo contexto, enquanto que essa mesma resposta, em determinado contexto, terá menor probabilidade de ocorrer novamente no mesmo contexto, quando tiver um estímulo aversivo como consequência (Catania, 1999; Millenson, 1967; Moreira & Medeiros, 2019).

O paradigma operante inaugura, portanto, um novo método de analisar o

comportamento, além de sua mera topografia, que é a forma como ele se manifesta. Skinner (1945) propõe uma análise funcional do comportamento operante, que é o comportamento aprendido na história de vida do indivíduo, correspondente ao segundo nível de seleção ou nível ontogenético. Através do estudo de programas de reforço (Ferster & Skinner, 1957), em condições experimentais para as quais a aplicação sistemática de princípios comportamentais de reforço e punição resultou em padrões de comportamento estáveis, o behaviorismo radical demonstrou a relação de contingência entre comportamento e estímulos ambientais consequentes, que tinha sido anteriormente demonstrada apenas para estímulos ambientais antecedentes e comportamento reflexo, que é um comportamento inato, resultado da história de seleção da espécie ou nível filogenético de seleção. Estímulos ambientais contingentes alteram a probabilidade de ocorrência do comportamento, ao contrário de estímulos ambientais contíguos, que ocorrem em uma relação de mera coincidência temporal (embora, em casos excepcionais, estímulos contíguos alterem o comportamento, quando se fala, então, de comportamento supersticioso). A identificação de estímulos ambientais contingentes consiste na análise funcional do comportamento, que é a ferramenta analítico-comportamental para sua modificação.

A operacionalização das variáveis envolvidas na violência e suas relações funcionais pode ser encontrada em Skinner (1971), ao discutir o conceito de liberdade, como descrito em Vigano e Souza (2024). O autor parte do paradigma respondente para conceituar liberdade como a remoção de contatos prejudiciais, que acontece, também, de forma operante. A mudança do comportamento reflexo para o comportamento operante se reflete no tipo de estímulo ambiental aversivo que fará o comportamento de removê-lo aumentar de frequência quando sua remoção for bem-sucedida: os estímulos físicos do comportamento reflexo são substituídos por estímulos sociais para o comportamento operante. Enquanto no paradigma respondente a liberdade é exemplificada com a expurgação de resíduos tóxicos pela emese, no paradigma operante a liberdade é exemplificada com a cessação de reclamações, ameaças ou castigos físicos pelo trabalho ou pelo estudo.

Skinner (1971) diferencia o controle aversivo da punição, embora ambos representem uma privação de liberdade do indivíduo para benefício do controlador. No controle aversivo, o controlador age no sentido de fazer o indivíduo comportar-se de determinada forma, enquanto na punição, ele age no sentido de fazer o indivíduo não se comportar de determinada forma. O controle aversivo, por exemplo, pode ser uma buzina alta para que alguém saia do caminho do motorista ou chantagens para que alguém pague por algo ao chantagista. A punição pode ser positiva, com a apresentação de um estímulo aversivo, ou negativa, com a remoção de um

estímulo apetitivo, como no castigo físico (punição positiva) ou com a suspensão de acesso à televisão (punição negativa) a uma criança que faz birra para que não faça novas birras.

A partir do conceito de violência da OMS (Dahlber & Krug, 2007), é possível identificar já em Skinner (1971) as bases conceituais do termo no behaviorismo radical, definindo violência como uma relação de controle que implique em prejuízo de liberdade para a vítima, que mais tarde seria estudado como coerção (Sidman, 1989, 1993). No entanto, Almeida e Zílio (2019), em estudo recente para investigação dos usos do termo “violência” na literatura analítico-comportamental, apontam para uma confusão conceitual que não diferencia agressão de violência, por exemplo, provavelmente devido às muitas variáveis envolvidas na definição de violência, uma vez que “atos de violência podem ser cometidos de várias formas (topografias), por razões variadas (funções), e devido a fatores distintos (contextos)”. (Almeida & Zílio, 2019, p. 2). Diante do problema que a falta de uma definição precisa traz ao estudo do fenômeno (Widom, 1989), os autores avaliaram os usos do termo na literatura analítico-comportamental, observando que ele assume vários significados: topografias de respostas em vez de funções, agressão, coerção, função de fuga provocada por violência, função de antecedente aversivo que evoca respostas de fuga e esquiva, ou condição macrosocial que desencadeia práticas culturais em vez de comportamento individual.

Os autores dividiram os resultados encontrados na literatura científica da área em duas categorias: topográfica e funcional. A categoria topográfica representa a maioria dos resultados, privilegiando a ocorrência de dano observável no violentado para interpretar um fenômeno como violento. Essa definição desconsidera a violência estrutural, na qual as instituições estão lastreadas em exploração individual, por exemplo, e cuja destrutividade é facilmente dedutível, porém não é diretamente observável (Galtung, 1969; Minayo, 1994).

Os autores (Almeida & Zílio, 2019) propuseram, então, uma segunda categorização, na qual o uso do termo “violência” na literatura científica da área foi dividido em violência como agressão, violência como coerção, e outros (violência como fenômeno social em vez de comportamento individual, ou qualquer resultado que não seja nenhum dos anteriores). Em muitos dos resultados, a violência foi associada a agressão, numa definição que “salienta o ato, independente da cadeia de antecedentes e consequentes associados ao comportamento” (Almeida & Zílio, 2019, p. 8), ignorando a função do ambiente na seleção e manutenção do comportamento agressivo e configurando, portanto, uma definição topográfica. Tais resultados concentram-se, unicamente, nas dimensões de topografia observável dos atos lesivos e de alta magnitude aversiva para a classificação de comportamentos violentos, contrariamente à práxis analítico-comportamental de definições funcionais do comportamento.

Ainda na categoria da violência como agressão, Almeida & Zilio (2019) advertem que definir o conceito em termos de efeito sobre o outro (causar dano) pode ser, também, uma definição topográfica, restringindo à categoria de definição funcional aqueles resultados que estudaram a violência como agressão em sua função aversiva, isto é, como comportamento de fuga ou comportamento que, necessariamente, evoca fuga ou esquiva.

Na categoria de violência como coerção, os autores identificam as mesmas características da violência como agressão, isto é, o dano ao outro, mas encontram um novo elemento: “fazer com que o violentado se comporte da maneira que queremos” (Almeida & Zilio, 2019, p. 13) como função do comportar-se violentamente. Tal definição está de acordo com o modelo de Sidman (1989) como modelo de violência. Ao assumir que a função de controle coercitivo é, necessariamente, exercida pela punição e pela ameaça de punição, no entanto, os autores contradizem Maria Helena Leite Hunziker, a principal cientista na área de Controle Aversivo do Brasil (Monori, 2022; Santos, 2012), que diz que coerção não se confunde com controle aversivo (Hunziker, 2017).

Quando Skinner (1974) adverte que o reforço positivo também é usado pelos controladores com os mesmos objetivos coercitivos – isto é, obter o comportamento desejado do indivíduo a seu favor, privando-o de liberdade – mas sem o efeito indesejável da revolta e fuga de suas vítimas, nota-se que a violência é mais abrangente do que a agressão, que está necessariamente relacionada a processos comportamentais de reforço negativo e punição. O indivíduo pode escolher permanecer na situação de coação, ainda que ela produza efeitos devastadores para si, devido à imediatividade do reforço positivo associada ao atraso nas consequências aversivas, como no caso de um jogador compulsivo em um cassino cuja programação dos jogos seja feita com um esquema de reforço que dê ao jogador a ilusão de ganhar mesmo diante de vultosos prejuízos. O imediatismo que Hooks (2000) denuncia, portanto, dificulta a identificação da violência dissimulada pelos controladores com o atraso das consequências aversivas para o comportamento desejado do indivíduo prejudicado na relação, que se estabelece a partir de uma assimetria de poder, seja ele político, econômico, familiar ou qualquer outro.

Há outras formas de usar o reforço positivo que atendem à definição de violência da OMS (Dahlber & Krug, 2007), principalmente nas relações com assimetria de poder, além do esquema de reforço intermitente dos cassinos que tem efeitos desproporcionais sobre o comportamento, como acontece, também, em trabalhos mal remunerados nos quais a mão-de-obra é explorada para maior lucro do capitalista ou contratante. Uma dessas formas é o uso de estímulos reforçadores positivos para prevenir a fuga como mecanismo de contracontrole do

indivíduo contra o controlador, como acontece quando um governo oferece atividades recreativas à população, no modelo pão-e-circo, de forma a manter os cidadãos ao alcance do controle aversivo estatal.

Vigano e Souza (2024) definem contracontrole, a partir de Sá (1986) e Skinner (1971), como “qualquer ação do controlado que faça cessar o comportamento do controlador sem reforçá-lo” (Vigano & Souza, 2024, p. 15). Essas formas anômalas de fuga e esquivas consistem tanto em escapar ao alcance do agente controlador quanto em atacá-lo para destruir seu poder. Exemplos dessas formas de contracontrole seriam do filho que se casa com a namorada para sair da casa dos pais e, assim, escapar ao alcance de suas reclamações sem reforçá-los com o comportamento que seja desejável para eles, como voltar cedo para casa quando sair à noite, ou o lutador de jiu-jitsu que reage a um assalto desarmando o criminoso e imobilizando-o, sem reforçá-lo com a entrega de valores e pertences.

O conceito de contracontrole é importante para responder a um dos principais objetivos no estudo da VCM, que é conhecer os fatores determinantes na decisão da vítima de permanecer no relacionamento com o agressor (Gomes, 2018; Long & McNamara 1989; Miller et al., 2012), sem o julgamento moral leigo de que a vítima “gosta de sofrer” ou é “masoquista”. Uma hipótese é de que o controle coercitivo exercido pelo agressor seja dissimulado pelo atraso nos aversivos com reforçadores positivos imediatos, configurando justamente o tipo de controle que costuma não gerar contracontrole, como adverte Skinner (1971, 1974). Neste caso, a análise operacional do comportamento é uma ferramenta útil para identificar a violência dissimulada pelo atraso nas consequências aversivas ou pelo uso de reforçadores positivos para fins coercitivos, com prejuízo ao indivíduo em benefício do controlador, como concluíram Vigano e Souza (2024). Inclusive, somente com a identificação funcional da violência, que topograficamente passaria despercebida, é possível construir um repertório individual de contracontrole e aplicá-lo, prevenindo o costumeiro escalonamento da violência: chantagens, mentiras, desprezo e silêncio punitivo, ciúme excessivo, ofensas e humilhações, ameaças, proibições, destruição de bens pessoais, agressões físicas, empurrões, golpes, chutes, confinamento, ameaças com armas, ameaças de morte, abuso sexual e estupro, espancamento e feminicídio.

Outras hipóteses sobre os fatores determinantes na decisão da vítima de permanecer no relacionamento com o agressor devem ser estudadas para a prevenção e controle da VCM. Uma delas, com fundamentação na Análise do Comportamento enquanto ciência e profissão, estaria em um repertório comportamental de esquivas experiencial, produzido pelo princípio de “normalidade destrutiva”, e que ampliaria o sofrimento da vítima no longo prazo, pela tentativa

de evitar o sofrimento imediato através da redução da frequência ou alteração da topografia de pensamentos e sentimentos aversivos (Ferreira et al., 2017; Luoma et al., 2022). Assim, na tentativa de evitar o sofrimento imediato de um término de relacionamento ou da decepção amorosa, a vítima escolhe manter a situação inalterada, permanecendo no relacionamento íntimo com o agressor, e arriscando-se às maiores agressões futuras, além de todas as outras formas de violência. Quando a esquivar experiencial é o problema, as técnicas de intervenção analítico-comportamental com objetivo de flexibilidade psicológica, autoconhecimento e autocontrole são uma solução baseada em princípios comportamentais científicos e dados empíricos para a promoção do enfrentamento experiencial que é necessário para agir em prol de fins importantes (Ferreira et al., 2017). Flexibilidade psicológica seria, mais precisamente, um operante de classe superior que envolveria “a habilidade de perceber e reagir aos seus pensamentos, sentimentos e outros comportamentos a fim de ter a oportunidade de agir em prol de fins importantes” (Törneke et al., 2016 como citado em Ferreira et al., 2017 p. 258).

Há, ainda, uma terceira hipótese analítico-comportamental, que é a da inflexibilidade psicológica por seguimento excessivo de regras, um problema comportamental resultante de controle excessivo por aprovação social em detrimento do controle pelas contingências naturais ou diretas (Meyer, 2005). A distinção entre comportamento modelado por contingências e comportamento governado por regras foi feita por Skinner (1974), ao definir que regras são comportamentos verbais, com função de estímulo discriminativo, que descrevem uma contingência, enquanto as contingências de reforço são parte do próprio comportamento, no próprio ambiente em que ele ocorre, com as próprias consequências que lhe sucedem. A aprendizagem por regras é útil pela sua rapidez, especialmente quando a contingência é complexa, no entanto, o seguimento excessivo de regras compromete a sensibilidade aos efeitos colaterais naturais daquele comportamento, tornando-se prejudicial. O seguimento excessivo de regras que promove inflexibilidade psicológica pode ser entendido, também, como seguimento de regras disfuncionais, embora o termo “disfuncional” seja pouco usual na Análise do Comportamento. Regras disfuncionais são, na definição de Carlos Augusto de Medeiros (2002), regras impostas pela cultura que, ao descreverem as contingências de forma imprecisa, prejudicariam o acesso do indivíduo aos seus reforçadores. No caso da VCM, a dominação simbólica (Fontana, 2019; Fontana & Laurenti, 2020a) produz regras sociais desiguais para homens e mulheres, promovendo a submissão da mulher através da aprovação social de comportamentos de conformidade aos padrões de beleza, impotência aprendida, inferiorização da feminilidade, divisão do trabalho com tarefas de menor prestígio para a mulher e retraimento no exercício da sexualidade, produzindo o estereótipo de “bela, recatada e do lar” como o ideal

feminino elogiado pela sociedade patriarcal, prejudicando o acesso das meninas e mulheres aos seus reforçadores para favorecer o grupo dominante na sociedade machista.

A comunidade científica produziu algumas outras hipóteses para a falha da vítima de VCM em fugir ou escapar da violência de seu agressor. Long e McNamara (1989) falam em efeitos paradoxais da punição em uma análise funcional do abuso para explicar como a aversividade da VCM não produz a diminuição do comportamento da vítima de se relacionar com seu agressor. Para isso, citam dados empíricos (Ayllon & Azrin, 1966; Holz & Azrin, 1961) que demonstram que a punição pode manter ou mesmo aumentar as respostas comportamentais que a produzem. Os autores argumentam que o padrão cíclico do abuso, com as três fases de tensão, abuso e reconciliação, transforma a função do estímulo aversivo em estímulo discriminativo pareado com o reforçador positivo de afeto na fase de reconciliação, que mantém o comportamento de relacionar-se com o agressor, como faria qualquer estímulo reforçador positivo em um esquema de reforço intermitente.

Além da transformação de função de estímulo punidor para estímulo discriminativo pareado com reforçador positivo, Long e McNamara (1989) oferecem outras explicações para o efeito paradoxal da punição, tais como resistência à extinção e habituação, que mantêm as vítimas de VCM em relacionamentos afetivos com seus agressores, apesar da violência. Em termos gerais, a punição pareada com a extinção costuma diminuir o número de respostas e o tempo de extinção, mas pode, também, ter o efeito oposto, promovendo um comportamento resistente à extinção. Além disso, a resistência à extinção do relacionamento da vítima com o agressor também é promovida pelo padrão de reforço positivo intermitente que o ciclo de tensão-abuso-reconciliação promove.

Long e McNamara (1989) explicam, ainda, que os estímulos discriminativos da fase de tensão pareados com o estímulo aversivo do abuso na fase seguinte do ciclo abusivo tornam-se estímulos aversivos condicionados que evocariam respostas de fuga – porém, ao tentar escapar do agressor na fase de tensão, a tentativa de fuga da vítima é punida pelo abuso. Quando estímulos aversivos são apresentados em condições que impossibilitam o comportamento de fuga, verifica-se um processo de habituação que leva esses estímulos a evocarem cada vez menos a fuga. A permanência no relacionamento por habituação é, então, reforçada negativamente quando os estímulos aversivos condicionados da fase de tensão desaparecem após o abuso. Eles sugerem, ainda, que a punição pode ter efeito de aumentar o valor reforçador do afeto para a vítima de VCM como reforçador positivo.

Miller et al. (2012), em uma continuação ao trabalho de Long e McNamara (1989), descrevem a fase de tensão do ciclo abusivo, originalmente teorizado por Walker (1979 como

citado em Miller et al., 2012), como aquela em que o agressor mostra-se irritado, crítico e verbalmente abusivo e acrescentam que, para algumas vítimas, não existe a fase de reconciliação, mas uma fase de afastamento após o abuso, que seria negativamente reforçadora ao comportamento de manter-se na relação, por representar uma trégua nas ameaças e maus tratos.

Os autores contribuem com mais contingências comportamentais e princípios do condicionamento operante que se aplicam às vítimas de VCM. Eles discutem se o abuso adquire função de estímulo discriminativo ou de reforçador positivo condicionado pelo pareamento com o afeto da reconciliação, mas concluem que a discussão é improdutivo porque, para reverter a função do abuso à de estímulo punidor, seria necessário impedir o pareamento com o reforçador positivo de afeto e, para isso, a vítima precisaria terminar o relacionamento com o agressor antes da reconciliação – mas o problema é, justamente, que as vítimas de VCM não costumam terminar o relacionamento com seus agressores (Miller et al., 2012).

Respondendo ao questionamento sobre a falha no efeito punitivo do abuso, Miller et al. (2012) esclarecem que o escalonamento da violência favorece a habituação ao abuso, levando a vítima a tolerar violências e agressões progressivamente mais graves e mais frequentes. As leis comportamentais de contingências punitivas preveem que a punição será efetiva se for intensa, imediata, consistente e de máxima intensidade desde sua primeira aplicação. A VCM contraria todos esses princípios para efetividade da punição, pois o comportamento do agressor é errático e o início da violência em relacionamentos abusivos é sutil – além disso, vítimas de VCM foram, geralmente, vítimas ou testemunhas da mesma violência na infância, portanto, se habituaram a ela desde antes de conhecer seu agressor.

Uma outra explicação analítico-comportamental de Miller et al. (2012) para a falha da vítima de VCM em fugir ou escapar dos estímulos ambientais aversivos de um relacionamento abusivo seria o alto custo de resposta de fazê-lo, uma vez que dados empíricos demonstram que uma resposta de alto custo é preterida em favor de uma resposta de baixo custo, ainda que essa seja punida e aquela seja reforçada (Pietras & Hackenberg, 2005). A resposta de terminar um relacionamento tem alto custo para vítima, seja ele financeiro ou emocional, pois envolve um plano de fuga, dependência financeira do agressor, preocupação com os filhos e as punições do agressor pelo término, com perseguições e ameaças contra os filhos do casal.

A partir das hipóteses diagnósticas da literatura científica analítico-comportamental, do reconhecimento das diversas formas de opressão com letramento de gênero pautado na interseccionalidade, e das críticas de Pontes et al. (2022) ao modelo de atendimento psicológico no CRAM, conforme norma técnica (Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2006),

e pensando, prioritariamente, em garantir a cientificidade de um programa de atendimento psicológico a vítimas de violência doméstica, inclusive por exigência ética da profissão, propõe-se que tais atendimentos sejam feitos com técnicas da Terapia Dialética Comportamental, reconhecida pela cientificidade (Leonardi, 2016), e da Terapia de Aceitação e Compromisso, ambas alinhadas aos princípios da Análise do Comportamento (Abreu & Abreu, 2016; Costa, 2012; McEnteggart, 2018), além da própria análise funcional behaviorista, conforme descrito a seguir.

O trabalho de Leonardi (2016) apresenta dois conjuntos de técnicas usuais na terapia de base analítico-comportamental: a Terapia Dialética Comportamental (DBT) e a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT). Ambos são adequados para modalidades grupais de intervenção e não prescrevem uma ordem ou exclusividade de aplicação, podendo, portanto, sofrer adaptações e adequações às necessidades de atendimento, bem como incorporar outras técnicas científicas de psicoterapia (Linehan, 2018; Luoma et al., 2022). Além disso, DBT e ACT são compatíveis com os ideais feministas por serem ambas terapias contextuais, isto é, terapias que reconhecem o papel opositor de um ambiente invalidante e de uma cultura machista para o desenvolvimento das habilidades necessárias à promoção do bem-estar individual, em vez de culpabilizar o indivíduo com causas endógenas e predisposição genética de um cerebralismo fiscalista (Santos, 2009; Soares & Lopes, 2018). Essa crítica às relações de poder nos contextos onde surgem e se mantêm os problemas comportamentais é, acima de tudo, uma obrigação ética das (os) profissionais de Psicologia.

O reconhecimento da proposta terapêutica como uma abordagem analítico-comportamental está nas próprias páginas do seu manual, onde se lê, por exemplo: “Como a ACT é baseada em princípios comportamentais, evolutivos e da RFT amplos [...]” (Luoma et al., 2022, p. 378) ou “Isso requer que o terapeuta tenha conhecimento e habilidade com métodos de mudança de comportamento baseados em evidências, guiados por uma análise funcional vinculada a princípios básicos de comportamento” ou “O ACT expande os princípios comportamentais básicos, como condicionamento operante e respondente, adicionando princípios baseados na RFT” (Luoma et al., 2022, p. 262).

Tal reconhecimento da ACT como um modelo de intervenção da Análise do Comportamento está na literatura científica, também, como em (Costa, 2012). A autora destaca que, a despeito de causar alguns incômodos nos analistas do comportamento, com o uso de termos mentalistas, práticas orientais e interpretações incomuns que separam o “eu” do próprio comportamento, a ACT é compatível, sim, com a proposta behaviorista radical de Análise do Comportamento. As razões dessa compatibilidade seriam, inclusive, razões de distanciamento

da ACT de uma abordagem cognitivo-comportamental, que trata a cognição como fenômeno causal do comportamento, enquanto a intervenção de Hayes, ao contrário, aborda a cognição como apenas um dos fenômenos comportamentais, em um modelo relacional do comportamento, que é contrário ao modelo internalista da proposta cognitivo-comportamental. Ela, inclusive, transcreve as palavras do próprio fundador da ACT, quando ele diz que a “ACT é parte da tradição analítica do comportamento e assim está ligada ao Behaviorismo Radical” (Hayes, 2004 como citado em Costa, 2012, p. 119).

De forma semelhante à ACT, a DBT se distancia da proposta cognitivo-comportamental de causas internas do comportamento, cujas terapias enfatizam a correção do pensamento para melhora clínica. Conforme constatado por Abreu & Abreu (2016), o protocolo criado por Marsha M. Linehan (Linehan, 2018) é uma intervenção analítico-comportamental na medida em que coincidem seus aspectos filosóficos e suas estratégias de intervenção e avaliação, diametralmente opostos ao cognitivismo.

Um exemplo dos autores (Abreu & Abreu, 2016) de como a classificação da DBT como terapia cognitivo-comportamental é enganosa está na sua definição de comportamento. Ainda que ela adote a classificação cognitivo-comportamental de sistemas (motor, fisiológico e cognitivo-verbal), ela rejeita a causalidade cognitivo-verbal do comportamento, que é um pressuposto cognitivo-comportamental. A DBT declara que a divisão dos comportamentos em sistemas é arbitrária pois todos são conectados por circuitos neurais e não funcionam isoladamente, por isso compreender as condições em que uma resposta ocorre é mais importante para explicar o comportamento humano do que assumir que um dos seus sistemas o governa. O estudo do comportamento através do contexto e de suas consequências, portanto, é o pressuposto analítico-comportamental que estrutura a psicoterapia dialético-comportamental de Marsha M. Linehan.

A confusão de que a DBT seria terapia cognitivo-comportamental pode ser parcialmente explicada pela decisão estratégica, herdada das terapias de terceira onda, de usar “middle-level terms”: termos técnicos que equilibram os extremos dos termos científicos (como reforçamento, punição, extinção) e dos termos da “psicologia senso-comum” (como mindfulness, aceitação, qualificação) para facilitar a comunicação multidisciplinar, característica do campo de atuação da Psicologia (Abreu & Abreu, 2016). Assumir que a DBT seja terapia cognitivo-comportamental por causa da sua comunicação eclética, ignorando os aspectos filosóficos e as estratégias de intervenção e avaliação analítico-comportamentais que estruturam o protocolo, seria como comprar o livro pela capa, ignorando todo o conteúdo analítico-comportamental.

Desta forma, vale observar que as técnicas da ACT e da DBT são comprovadamente

derivadas de modelos analítico-comportamentais, mas seu uso é livre para qualquer profissional da Psicologia e, até, para profissionais de outras áreas que atuem na psicoterapia, sem que as técnicas deixem de ser o que elas são – técnicas analítico-comportamentais.

A DBT é uma proposta dialética de psicoterapia analítico-comportamental, na qual a realidade é vista como um processo contínuo, em vez de uma estrutura estática, em que forças opostas, como teses e antíteses, se encontram para formar novos vetores de força que, por sua vez, encontrarão outras oposições, em cujo encontro formarão novas sínteses. Dessa forma, em uma disposição igualmente dialética, a(o) psicoterapeuta analítico-comportamental na DBT deve estar atenta (o) para negociar, com a(o) paciente, momento a momento, entre aceitação da realidade e necessidade de mudança. O protocolo, portanto, é composto de quatro módulos, sendo dois para a habilidade de aceitação – módulo de Mindfulness e módulo de Tolerância ao Mal-estar – e dois para a habilidade de mudança – módulo de Regulação Emocional e módulo de Efetividade Interpessoal (Linehan, 2018, p. 14, figura 1.4). Cada módulo é subdividido em seções e estas são compostas por uma série de habilidades a serem ensinadas separadamente, como habilidades de fazer pedidos e negar pedidos, que formam a classe de comportamento da assertividade, que compõe uma seção do módulo de efetividade interpessoal. Em linguagem leiga, a autora sugere explicar às(os) pacientes que, diante dos problemas dolorosos que podem surgir na vida de qualquer um, há quatro formas de enfrentá-los: solucionar o problema (mudança), modificar os sentimentos em relação ao problema (mudança), tolerar o problema que incomoda sem resolvê-lo nem modificar os sentimentos em relação a ele (aceitação), ou continuar infeliz. Para a DBT, portanto, a aceitação da realidade é um conjunto de habilidades que envolvem tolerar e encontrar o significado para o mal-estar, sem críticas e sem tentativas de mudar a si ou à situação, sem a necessidade de aprová-la, além das respostas intencionais de observação, descrição e participação na realidade no momento, sem julgamento e através de meios hábeis (Linehan, 2018).

De modo geral, a DBT trabalha com treino de habilidades de aceitação e mudança e com o desenvolvimento da capacidade da(o) paciente de analisar seu próprio comportamento através da aprendizagem da análise em cadeia, que é um outro termo para análise funcional. Segundo Matos (1999), análises funcionais consistem na identificação de relações de dependência entre unidades funcionais, divididas em variáveis comportamentais e variáveis ambientais, a fim de determinar as consequências importantes que selecionam e mantêm um determinado comportamento de interesse por sua utilidade biológica ou valor de sobrevivência. Essa ferramenta científica para estudo do comportamento está de acordo com leis científicas do comportamento, tais como o modelo causal de seleção pelas consequências skinneriano, que

equivale à lei de seleção natural darwinista, e que substitui a explicação mecanicista de causa e efeito por uma explicação matemática de funções e variáveis que interagem entre si. Para a autora, uma análise funcional deve ter uma definição precisa do comportamento analisado, identificação e descrição de efeitos do comportamento, identificação de relações ordenadas entre variáveis ambientais e o comportamento (reforço, punição, extinção, estímulo discriminativo, operação estabelecadora), previsões acerca dos efeitos na manipulação dessas variáveis e avaliação das previsões para confirmá-las ou rejeitá-las. A análise funcional pode ser chamada, também, de análise de contingências e seu uso é, segundo a autora, a principal diferença entre um analista do comportamento e outros estudiosos do comportamento humano.

Tanto a DBT quanto a ACT trabalham com foco em tornar a(o) usuária(o) mais eficiente na conquista de objetivos e metas alinhados com seus valores individuais – uma vida que vale a pena ser vivida, na DBT, ou uma vida com propósito, na ACT. No entanto, a DBT trabalha com a hipótese clínica de déficit no repertório de habilidades para interagir com o ambiente de forma efetiva, enquanto a ACT trabalha com hipóteses clínicas de fusão cognitiva e esquiva experiencial que produzem inflexibilidade psicológica, usando o responder relacional arbitrariamente aplicado (ou comportamento verbal) como operante generalizado.

Costa (2012) explica que a esquiva experiencial é a tentativa de evitar ou controlar eventos privados ou psicológicos (o comportamento encoberto) ao evitar situações que tenham relação com aquele pensamento, lembrança ou emoção. A análise funcional, nesse caso, indicaria o evento privado com uma função de estímulo aversivo condicionado. Sempre com a finalidade de devolver à(o) usuária(o) uma vida com propósito, através da mudança de padrões comportamentais, a ACT oferece diversas estratégias de aceitação de todo e qualquer evento psicológico, como uma alternativa à esquiva experiencial. Enquanto na DBT a aceitação é ensinada como uma habilidade no módulo de Mindfulness, por exemplo, na ACT ela é modelada na relação terapêutica, quando os processos surgem nas interações entre terapeuta e cliente, e através de intervenções técnicas, como a desesperança criativa e a prática de competências centrais. Para a ACT, a aceitação é uma classe de respostas comportamentais incompatíveis com a esquiva experiencial, através do engajamento consciente de eventos privados, sem tentativas de modificá-los em sua frequência ou forma (Luoma et al., 2022).

Ainda de forma similar à DBT, a ACT trabalha com processos terapêuticos de aceitação e mudança (ou comprometimento). Um segundo processo de aceitação é chamado de desfusão cognitiva e consiste em mudar a função dos pensamentos sem mudar seu conteúdo – o oposto do que fazem as terapias cognitivo-comportamentais de terceira geração, que objetivam modificar o conteúdo dos pensamentos distorcidos para alcançar a mudança comportamental

desejada. Esse é um recurso exclusivo da ACT, com várias técnicas de intervenção, tais como: tratar o pensamento como um objeto externo e observável, com propriedades físicas, ou repetir o pensamento em diferentes tons de voz até perder sua literalidade. Com a diminuição da credibilidade dos pensamentos, a(o) usuária(o) poderá comportar-se na direção dos seus valores, apesar de tais pensamentos (Luoma et al., 2022).

Uma estratégia de aceitação na DBT é a validação, que é ensinada à(o) usuária(o) como uma habilidade de efetividade interpessoal que “tem a ver com comunicar claramente aos outros que você está prestando atenção neles, que os entende, que não os critica nem os julga, que sente empatia por eles e que consegue ver os fatos ou a verdade da situação em que se encontram” (Linehan, 2018, p. 230). A efetividade interpessoal é ensinada através de habilidades de solução de problemas com assertividade, isto é, conquistar objetivos pessoais com autorrespeito e sem danos aos relacionamentos. A autora, no entanto, adverte que mesmo uma pessoa assertiva pode fracassar nos seus objetivos, pois ela não tem controle sobre o outro, que compõe seu ambiente. Fatores ambientais podem ser determinantes do sucesso ou fracasso de uma pessoa, a despeito de suas excelentes habilidades, quando os outros sentem ciúme, inveja ou medo dela ou quando a própria autoridade impede a ela o acesso aos seus direitos. Faz sentido, portanto, que uma das habilidades de efetividade interpessoal seja, também, a de terminar relacionamentos destrutivos, que podem ser de qualquer tipo: amizades, casamentos, relações de trabalho, entre irmãos, de pais e filhos, dentre outras. Apesar de ser mais difícil terminar um relacionamento do que começar outro, é importante lembrar que o ambiente invalidade ou não efetivo tem efeitos diretos e prejudiciais na saúde mental, sendo um fator importante de desregulação emocional.

O protocolo de atendimento psicológico proposto, com técnicas cientificamente validadas da DBT e da ACT, tem, por objetivo, o aumento de um repertório comportamental de enfrentamento ou *Coping*, conforme modelo de Estresse e *Coping* de Lazarus e Folkman (Dias & Pais-Ribeiro, 2019). Dias e Pais-Ribeiro (2019), em uma revisão narrativa sobre os aspectos históricos e conceituais desse modelo de enfrentamento, descrevem três gerações na teorização desse fenômeno, investigado desde os primórdios da psicologia: uma abordagem disposicional psicanalítica, uma abordagem situacional e uma nova abordagem disposicional. Todas essas abordagens, contudo, definem o enfrentamento como formas de adaptação às circunstâncias adversas surgidas ao longo da vida, cujo efeito sobre o adoecimento físico e psíquico é mais determinante do que a mera existência ou não de circunstâncias adversas. O enfrentamento, portanto, é um dos fatores psicológicos do processo de estresse, quais sejam: percepção da ameaça, avaliação, estratégias de enfrentamento e adaptação.

Conforme descrito por Dias e Pais-Ribeiro (2019), na abordagem disposicional, o enfrentamento é teorizado como uma característica da personalidade, quando se fala, então, em estilo de coping, em vez de estratégia de coping, para representar um modo de funcionamento habitual do indivíduo, ao longo da vida, diante de situações estressoras. Na abordagem inicial do enfrentamento, representada pelo referencial teórico psicanalítico, trabalha-se com a dicotomia entre mecanismos de defesa e o enfrentamento propriamente dito. Os mecanismos de defesa são caracterizados como rígidos, inadequados, orientados para o passado, e inconscientes. O enfrentamento propriamente dito é caracterizado como flexível, proposital, orientado para o futuro e consciente. Essa primeira abordagem, no entanto, não é mais predominante na literatura científica.

Dias e Pais-Ribeiro (2019), então, descrevem a abordagem situacional, da segunda geração teórica do enfrentamento, desenvolvida, principalmente, por Richard Lazarus e seus associados. Nessa abordagem, o enfrentamento é conceitualizado como processo, em vez de traço, cujo resultado pode não ser bem-sucedido sem que isso descaracterize o processo, portanto é considerada como uma teoria contextual do enfrentamento, alinhando-se, dessa forma, aos princípios basilares da Análise do Comportamento, na conceituação do fenômeno comportamental como uma interação do organismo com o ambiente. Essa conceitualização, também, é coerente com a evolução da psicologia, superando os Tratamentos Empiricamente Sustentados (TES), para uma Prática Baseada em Evidências em Psicologia (PBEP), pois recomenda prudência na avaliação do enfrentamento, cujo resultado deve ser consoante com os objetivos e preocupações individuais da (o) usuário, cujo papel ativo e participativo é indispensável nas decisões terapêuticas de uma PBEP.

A terceira geração teórica do enfrentamento surge na década de 1990, com uma nova abordagem disposicional, sem orientação psicanalítica, defendendo que fatores situacionais não explicariam a variedade de estratégias de enfrentamento tão bem quanto a influência dos traços individuais de personalidade, segundo descrito por Dias e Pais-Ribeiro (2019), enfatizando a estabilidade dos estilos de enfrentamento em vez do potencial de mudança para as estratégias de enfrentamento da abordagem disposicional. Essa abordagem do enfrentamento como traço de personalidade ainda está em evolução, mas, para os objetivos de mudança comportamental desse protocolo de atendimento psicológico orientado à prevenção da violência doméstica, o modelo situacional do enfrentamento de Lazarus e associados é mais adequado, e será mais detalhadamente descrito a seguir.

Dias e Pais-Ribeiro (2019, p. 59) citam Folkman e Lazarus (1980) e Folkman (2010) para definir estresse como “uma situação avaliada pelo indivíduo como significativa e com

demandas que excedem seus recursos para lidar com o respectivo evento”, enquanto o enfrentamento seria uma resposta de controle para dominar, reduzir ou tolerar a situação estressora. Nesse sentido, já é possível notar como as técnicas de aceitação, mindfulness, tolerância ao mal-estar e efetividade interpessoal da DBT 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 ACT, na medida em que a ACT trabalha com técnicas de aceitação e mudança, tanto quanto a DBT.

A ACT, no entanto, trabalha de forma única com a hipótese clínica de inflexibilidade psicológica por esquiva ou evitação experiencial, além de mais outros cinco processos, como etiologia do adoecimento psíquico em estreita correspondência com as respostas de enfrentamento na forma acomodativa, conforme Larazus e Folkman (1984), citados por Dias e Pais-Ribeiro (2019), que a definem como comportamentos passivos que impedem a superação da situação estressora, tais como reavaliação da situação estressora, uso de drogas, de medicamentos, relaxamento, dentre outros, unicamente para alívio do mal-estar. O enfrentamento na forma acomodativa é oposto ao enfrentamento na forma manipulativa, que age diretamente sobre a situação estressora, ainda que seja para afastar-se dela ou informar-se a seu respeito de modo a prevê-la e controlá-la. Disso resulta um modelo de enfrentamento com duas categorias funcionais: enfrentamento focado no problema e enfrentamento focado na emoção. A ACT, portanto, ao propor a esquiva experiencial um dos seis processos de inflexibilidade psicológica para a etiologia do adoecimento psíquico e intervenções como aceitação e desfusão cognitiva, inova na abordagem do enfrentamento focado na emoção, que resulta de processos defensivos contra as emoções desencadeadas pela situação estressora, impedindo o indivíduo de confrontá-la e controlá-la.

Luoma et al. (2022, p. 32) apresentam a definição de esquiva ou evitação experiencial de Hayes et al. (1996) como a “tentativa de controlar ou alterar a forma, a frequência ou a sensibilidade em relação às experiências internas situacionais das experiências internas (isto é, pensamentos, sentimentos, sensações ou memórias) em uma determinada situação, mesmo quando esse comportamento pode causar danos”. Esse enfrentamento focado na emoção que distancia o indivíduo do controle da situação estressora é, inclusive, culturalmente incentivado para maximização dos lucros, segundo os autores, quando os agentes econômicos especificam ações de consumo como solução para evitar sentimentos negativos, produzindo regras de positividade tóxica e felicidade compulsória em campanhas publicitárias de amplo alcance,

como comerciais de televisão. Como todo controle com atraso nas consequências aversivas, o incentivo ao consumismo irracional é perigoso por dificultar o contracontrole, pois o alívio imediato e momentâneo da esquiva experiencial obscurece a consequente restrição de repertório comportamental no longo prazo, que leva a uma vida cada vez mais empobrecida, ou aquilo que a ACT chama de inflexibilidade psicológica. A fim de promover um enfrentamento manipulativo da situação estressora com a possibilidade de, enfim, superá-la, a ACT propõe diversas técnicas de aceitação dos eventos privados – pensamentos, sentimentos, sensações – sem tentativas de modificá-los, mesmo que sejam desconfortáveis. De forma similar, a DBT propõe diversas outras técnicas para aceitação dos eventos privados incômodos, pois propõe que a mudança requer, necessariamente, uma aceitação prévia da realidade, embora a etiologia do adoecimento psíquico, na DBT, enfatize disposições orgânicas ou biológicas que tornariam as reações emocionais de indivíduos biologicamente vulneráveis tanto mais intensas quanto mais duradouras.

A fusão cognitiva é um segundo processo comportamental que compõe a inflexibilidade psicológica como etiologia do adoecimento psíquico. Nesses casos, a mediação da linguagem para interação com o ambiente é super estendida – isto é, retirada do contexto específico onde tem utilidade, e tomada, literalmente, como fato universal, reduzindo a variação comportamental saudável e, conseqüentemente, reduzindo a capacidade de adaptação ao ambiente, segundo Luoma et al. (2022). As explicações verbais sobre os eventos, como “não fazer algo porque tem medo” tornam-se a causa literal do comportamento, limitando o enfrentamento manipulativo, isto é, afastando o sujeito do contato com a situação estressora que gostaria de resolver. Dessa forma, se alguém diz que sente medo de desmoronar diante do excesso de tarefas no trabalho e experiencia a fusão cognitiva a essa ideia, irá concentrar-se em resolver a possibilidade de desmoronar em vez de concentrar-se na situação estressora de sobrecarga e possível assédio moral.

Por fim, um terceiro processo comportamental da inflexibilidade psicológica, segundo o modelo da ACT, foi usado para propor as intervenções do presente protocolo de atendimento psicológico a vítimas de violência doméstica: a falta de contato ou falta de clareza em relação aos valores. Luoma et al. (2022, p. 37) definem valores como “qualidades escolhidas do ser e do fazer que são representadas por padrões contínuos de comportamento”. Os valores, segundo os autores, são individuais, resultado da livre escolha de cada ser humano, e são eles que determinam se uma conduta é boa ou ruim para aquele indivíduo. No entanto, quando há equívoco na formulação dos valores e eles se distanciam do que, realmente, é importante para o indivíduo, pode haver interferência de processos psicológicos de inflexibilidade, como a

esquiva ou evitação experiencial e a fusão cognitiva, determinando o padrão contínuo de comportamento. Alguns exemplos de equívoco na formulação de valores por fusão cognitiva seriam: “uma boa esposa entende e aceita que todo homem trai por instinto”, “uma mulher respeitável não veste roupas curtas”, “uma mulher sem filhos é egoísta”. Alguns exemplos de equívocos por esquiva ou evitação experiencial são: “eu me sentiria culpada se saísse sozinha com minhas amigas”, “eu tenho medo de começar um mestrado e não conseguir terminar”.

Esses três processos comportamentais, de evitação ou esquiva experiencial, de fusão cognitiva e de falta de clareza em relação aos valores compõem, juntamente com três outros processos, o hexágono da inflexibilidade psicológica, que direciona as técnicas de intervenção psicológica da ACT, conforme figura a seguir:

Figura 3 – Hexágono dos Processos Comportamentais de Inflexibilidade Psicológica

32 Os seis processos centrais da ACT e seus respectivos aspectos

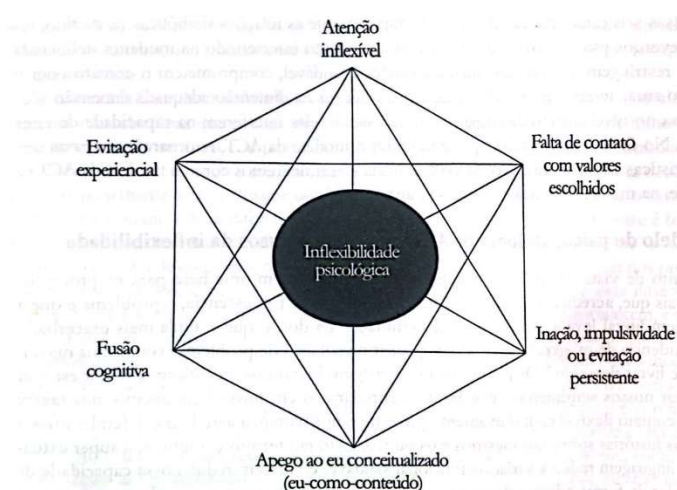


FIGURA 1.1 O modelo do hexágono da inflexibilidade psicológica.

Fonte: Luoma et al. (2022, p. 32).

A DBT oferece técnicas de regulação emocional que constituem um enfrentamento manipulativo, na medida em que agem sobre a situação estressora, mas ainda promovem o alívio do enfrentamento focado na emoção, ou seja, ensinam habilidades mais eficientes para a solução de problemas relacionados às emoções dolorosas do que as estratégias de esquiva, como alimentação em excesso, comportamentos aditivos, supressão das emoções ou excesso de controle. O ensino de habilidades de regulação emocional começa com a compreensão da função de comunicação das emoções, de forma que tanto o próprio indivíduo quanto os outros sejam influenciados a agir rapidamente em relação a eventos importantes. Para a regulação

emocional, é necessário reconhecer a emoção como aliada, em vez de inimiga, e compreender a mensagem que ela transmite. Dessa forma, a técnica pressupõe ensinar a identificar e nomear as emoções, como inveja, raiva, amor, ciúme, desprezo e medo. Cada emoção tem seus respectivos eventos desencadeantes, efeitos posteriores, ações e expressões, mudanças biológicas e interpretações, pensamentos ou suposições. Com esse conhecimento, é possível escolher agir sobre a situação, tanto de acordo com o impulso da emoção, quanto contrariamente a ele, como, por exemplo, ao reconhecer que o sentimento de amor em determinada relação é destrutivo, não é justificado pelos fatos ou não é efetivo para os objetivos de vida ou daquela relação, de forma que a decisão de terminar um relacionamento torna-se viável, mesmo sentindo amor naquela relação. Como a DBT enfatiza a vulnerabilidade biológica na etiologia do adoecimento psicológico, a regulação emocional ensina, também, a buscar atividades prazerosas diariamente e acumular emoções positivas no momento presente e no curto prazo, de forma a prevenir a desregulação emocional e a promover, inclusive, uma ativação comportamental pelo seu efeito reforçador sobre o comportamento. Nesse sentido, a DBT promove, como uma estratégia de regulação emocional, a ativação comportamental com metas e objetivos de longo prazo, que, na ACT, é feita através da técnica de clarificação de valores como o objetivo primordial da terapia. Clarificação de valores, por sua vez, é uma intervenção de engajamento para flexibilidade psicológica, com fortalecimento de processos verbais que promovam um padrão de ações eficazes, comprometidas com valores individuais, enquanto qualidades representadas por uma combinação de verbos e adjetivos ou advérbios, em vários domínios da vida.

Uma das emoções ensinadas pela técnica de regulação emocional da DBT é o amor, cuja compreensão é importante para o problema da violência doméstica, que é diferente de outras formas de violência, normalmente cometida por desconhecidos, com quem não há qualquer vínculo afetivo. Esse vínculo que existe entre a vítima e o agressor, geralmente, é percebido como um sentimento de amor da vítima pelo agressor, ou até mesmo do agressor pela vítima, quando se confunde ciúme com amor. Essa confusão na identificação e nomeação dos sentimentos pode ser desfeita à medida em que se aprende a diferenciar, através de treino discriminativo, um do outro, isto é, reforçar um comportamento afetuoso na presença de estímulos discriminativos de amor e extingui-lo na presença de estímulos discriminativos de abuso, protegendo as vítimas e ensinando os agressores a discriminar as vítimas como estímulo delta para abuso, isto é, como alguém que não oferecerá afeto conseqüentemente ao comportamento abusivo. Um treino discriminativo para “amor” e “violência”, portanto, ensina a reforçar um comportamento na presença de um estímulo discriminativo (SD) e extingui-lo na

presença de um estímulo delta (Δ), ou seja, reforçar ou manter o relacionamento afetivo quando reconhecer os estímulos discriminativos de “amor” descritos a seguir e extinguir ou terminar o relacionamento afetivo quando reconhecer estímulos delta de “violência”, igualmente descritos adiante.

Dessa forma, a DBT fornece os elementos para a análise funcional do amor, como emoção, tais como eventos desencadeadores, pensamentos e interpretações, mudanças biológicas, expressões e ações, além de efeitos posteriores (Linehan, 2018). Diante de mudanças biológicas no contato com uma pessoa ou com a lembrança dela, tais como batimentos cardíacos acelerados, autoconfiança, calma, alegria, e desejo de proximidade, é possível que a emoção seja amor. Diante de eventos desencadeadores como se divertir com alguém, ser presenteado por alguém, ou passar muito tempo com alguém, é possível que a emoção desencadeada seja de amor. Diante de comportamentos como sorrisos, declarações de amor, atividade sexual e contato visual, é possível que os gestos sejam de amor. Diante de pensamentos como de achar alguém fisicamente atraente, ou achar alguém agradável, ou achar que pode contar com alguém, é possível que a emoção seja de amor. Por fim, diante de efeitos como só ver aspectos positivos de uma pessoa, devaneios e lembranças de pessoas queridas, é possível que a emoção seja de amor.

Por outro lado, a DBT fornece elementos de outras emoções, que as diferenciam do amor, tais como: culpar e criticar a si próprio, atacar ou culpar os outros, mal-estar, desconfiança, hipervigilância, comparações entre si e outros, isolamento e embotamento. Diante de perda de poder, status ou respeito, contato sexual indesejado, alguém que tem algo que você não pode ter, silêncio, flashbacks, indiferença, rejeição, traição, danos, estragos e transgressões, não há como se falar em amor. Diante de nervosismo, dor de estômago, letargia, tontura, falta de ar, tensão muscular, ranger de dentes, frio na barriga, impulsos de vingança, desmaios e vontade de machucar alguém, não há como se falar em amor. Diante de xingamentos, ironia, choro, desrespeito, sorrisos forçados, humilhações, gritos, súplicas, excessivas demonstrações de amor, violência, desânimo, desamparo, desculpas repetidas e sacrifícios, não há como se falar em amor. Por fim, diante de pensamentos como de achar que é culpada por algo, achar que é um fracasso, achar-se inútil, achar que será abandonada, achar que pode ser ferida, achar que merece o que é dos outros, achar que a vida é injusta, achar que seu corpo é feio e de achar que as coisas deveriam ser diferentes, não há como se falar em amor (Linehan, 2018).

A feminista Bell Hooks, no entanto, enfatiza a importância de definir amor como ação, e isso não contradiz a análise do comportamento, onde a emoção abrange eventos privados e

públicos, como pensamentos e expressões, não se limitando às mudanças biológicas percebidas como sensações. A partir de outras referências, tanto de auto-ajuda quanto de filosofia, ela desenvolve sua teoria do amor como uma ética, que estaria presente, por exemplo, nos discursos dos movimentos por justiça social (Hooks, 2020). A autora associa, então, o amor a outros comportamentos, além do próprio sentimento de afeição, como carinho, reconhecimento, respeito, compromisso, confiança, honestidade e comunicação aberta.

Ao longo da sua obra sobre amor (Hooks, 2020), ela esclarece o aspecto mais importante do amor, que seria o de promover o próprio desenvolvimento e o desenvolvimento do ser amado, a fim de diferenciar amor de abuso, que teria, justamente, o efeito contrário ou destrutivo. Como dito anteriormente, ela argumenta que o abuso que as crianças sofrem dos adultos em suas famílias nucleares, ao mesmo tempo em que esses adultos abusivos lhes dizem que são amadas, está relacionado a uma maior prevalência de comportamento violento na vida adulta, e isso é cientificamente respaldado, como no estudo de Widom (1989). Dentre as referências citadas pela autora, há um livro sobre a experiência de Jarvis Jay Masters, autor negro norte-americano que passou mais de três décadas na prisão, condenado à pena de morte. A autora destaca que os colegas de prisão do escritor tinham os corpos cobertos por cicatrizes, que eram cicatrizes dos maus tratos e surras infligidos por seus próprios pais, na infância, mas, mesmo assim, eles não se viam como vítimas de abuso.

Para a DBT, esse amor que coexiste com abuso seria objeto de regulação emocional, como uma emoção que não é justificada pelos fatos, pois não aumenta a qualidade de vida para si nem para aqueles que lhe sejam importantes, ou não aumenta suas chances de alcançar suas metas pessoais (Linehan, 2018). A decisão é da usuária do serviço de psicoterapia, mas a sugestão é de que, nesses casos, ela pratique ações opostas para a emoção que não condiz com os fatos, fazendo, exatamente, o contrário do que os impulsos daquela emoção promoveriam. No caso do amor em uma relação abusiva, portanto, a recomendação é de que se evite aquele que se ama, se distraia dos pensamentos a seu respeito, se lembre dos motivos que tornam aquele sentimento injustificado, pare de expressar amor por aquela pessoa em qualquer circunstância, e ajuste sua postura e expressões para evitar aproximações.

Bell Hooks (2024b) enfatiza a necessidade de discutir o amor, inclusive, dentro do próprio feminismo, reconhecendo que o movimento social trouxe avanços em direitos civis e reprodutivos para as mulheres, mas criticando o papel de patriarcas que elas passaram a desempenhar, colocando metas e carreiras acima de tudo, em nome de ganhos de poder, enquanto desdenham de qualquer anseio por amor, como se isso fosse uma fraqueza. Ainda que compreenda a necessidade de superar o modo patriarcal de pensar o amor, e de se ajustar ao

mercado de trabalho com regras patriarcais, ela aponta para a falta que persiste e deve ser preenchida com uma perspectiva mais promissora para aquelas que buscam o companheirismo.

A autora aponta a falha do feminismo de poder em mudar a cultura de dominação do patriarcado, ao ponto de algumas mulheres terem, se sentido traídas pelo feminismo, pois a ilusão de independência do trabalho remunerado se revelou favorável aos homens – eles ainda ganhavam mais e se beneficiavam da segunda jornada de trabalho da mulher, que continuou responsável pelas tarefas domésticas. Os divórcios, embora aceitáveis, lançavam as divorciadas em situações financeiras tão desvantajosas que elas declaravam apoio ao patriarcado. As disputas de poder nos relacionamentos, por sua vez, surgem nas queixas das mulheres que reivindicaram igualdade de gênero. A feminista denuncia, então, que o retraimento emocional e/ou sexual dos homens é uma estratégia de dominação, com a finalidade de tornar as mulheres carentes e emocionalmente vulneráveis, portanto, uma arma de terrorismo psicológico e não uma característica inata (Hooks, 2024b).

As mulheres, por sua vez, ainda que sejam ensinadas a cuidar e desempenhar papéis de mártires sacrificiais provedoras de cuidados duradouros na maternidade, reproduzem o comportamento dominador coercivo patriarcal, que a feminista chamou de sadismo materno. Tais reflexos da cultura patriarcal no comportamento feminino desmentem o estereótipo de que mulheres sejam amorosas por natureza. Reconhecer que tanto mulheres quanto homens podem e precisam aprender a amar é a sugestão da autora para superar o paradigma sexista nas relações. Ela exemplifica o prejuízo que as mulheres sofrem na sua capacidade de amar com a rivalidade entre mãe e filha, por incentivo da cultura patriarcal etarista, na qual a mulher que envelhece perde todo seu valor, a despeito de seu poder e sucesso ao longo da vida, de forma que o ódio da filha pela mãe seria uma reação natural e justificável ao sadismo materno. Hooks (2024b) explica que as mulheres têm mais facilidade de odiar outras mulheres porque, no sistema patriarcal, a represália dos homens é mais provável. Assim, a rivalidade entre as mulheres tem início já na infância, quando táticas de exclusão são usadas para matar simbolicamente suas rivais.

A reflexão da autora explica o fundamento legal que não restringe a VCM a ofensores do sexo masculino – ao contrário, reconhece o potencial de agressão de qualquer agente, público ou particular, homem ou mulher. Um exemplo que ilustra o potencial da mulher para cometer VCM é o assassinato da atriz Daniella Perez Gazolla, em 28 de dezembro de 1992. No dia da sua morte, Daniella foi surpreendida pelo ator Guilherme de Pádua e sua esposa Paula Nogueira Thomaz, em uma emboscada ao seu carro, quando parou para abastecê-lo. Os colegas discutiram e a atriz foi golpeada por Guilherme. Paula conduziu o carro, onde levava a atriz

desmaiada, enquanto seu marido conduzia o carro da atriz até um matagal na Barra da Tijuca, bairro da capital carioca. Ao chegarem ao destino, a atriz foi assassinada dentro do carro, com um golpe de arma branca pelas mãos de Paula Nogueira Thomaz, que sentia ciúme da atriz, com quem seu marido, Guilherme de Pádua, tinha dito ter tido um caso extraconjugal, na intenção de influenciar a mãe da atriz, Glória Perez, a aumentar sua participação na novela “De corpo e alma” (Amorim, 2022). Mais golpes perfuraram o corpo da vítima e o crime de dupla autoria foi julgado e condenado, resultando, inclusive, em uma lei de iniciativa popular, que incluiu o homicídio qualificado no rol de crimes hediondos (Lei nº 8.930, 1994), trinta anos antes da Lei do Feminicídio (Lei nº 14.994, 2024).

Concluindo seu raciocínio de que o movimento feminista não é contra os homens, mas contra o modelo de dominação patriarcal, Hooks (2024b) critica a inversão de papéis no casamento, na qual mulheres assumem a função patriarcal de dominação, subordinando seus parceiros, como “deusas megeras”, sem se dedicar ao trabalho de amor genuíno, que exige tempo e compromisso. A autora assinala que essa estratégia, em vez de representar o sucesso do movimento feminista, é “uma marca do fracasso do pensamento feminista em mudar a muito difundida ideia patriarcal de que em todo relacionamento existe uma parte dominante e uma submissa” (Hooks, 2024b, p. 261). Ela sugere que as mulheres construam uma comunidade amorosa, em vez de amar unicamente um cônjuge ou parceiro, cultivando o amor-próprio e libertando-se, assim, para uma vida feliz como mulheres solteiras ou pessoas celibatárias, como uma alternativa melhor aos relacionamentos abusivos.

Retomando a discussão sobre os objetivos terapêuticos do presente protocolo de atendimento psicológico a vítimas de um tipo de VCM, que foram definidos, inicialmente, como aumento do repertório comportamental de enfrentamento para proteção das vítimas em situação de violência e prevenção de novas ocorrências, através de intervenções analítico-comportamentais, Ferreira et al. (2017) contribuem com a proposta de objetivos globais, ou princípios norteadores para a definição de estratégias terapêuticas, a partir da crítica à validação dos modelos psicoterápicos como formulada pela PBEP. Afinal, é a partir dos objetivos que se medem os resultados, positivos ou negativos, da intervenção.

Ferreira et al. (2017) questionam a posição do autoconhecimento como objetivo último da psicoterapia, embora concordem com sua importância instrumental para a mudança comportamental que representa o sucesso terapêutico. A modelagem do autoconhecimento permite a elaboração de autodescrições mais precisas, a partir da auto-observação, que permitiriam ao indivíduo adaptar-se melhor e mais rapidamente a mudanças nas contingências, pela discriminação das variáveis de controle do próprio comportamento, sem depender de

aconselhamento psicológico, promovendo sua autonomia. Auto-observação é parte da habilidade de observar ou controlar a atenção, que consiste em direcioná-la a atividades, objetos ou eventos públicos específicos ou a eventos privados, como pensamentos, emoções e sensações, como descreve Linehan (2018), para o ensino de habilidades de aceitação da realidade. No entanto, os autores ressaltam que há objeções, na literatura científica, ao autoconhecimento como princípio norteador das estratégias terapêuticas, pois autoconhecimento não implica em autocontrole, uma vez que cada um está sob controle de variáveis distintas – isto é, o indivíduo pode saber descrever as contingências e seu comportamento, mas, ainda assim, não saber qual é a mudança necessária para lidar com os problemas que motivam sua busca por ajuda.

Marchezini-Cunha e Tourinho (2010) definem autocontrole como uma classe de respostas em que as consequências exibem dois tipos de conflitos: imediatividade e atraso, interesse individual e interesse do grupo social. Ao longo do texto, eles citam autores que classificam o autocontrole como um comportamento de esquiva, no qual a consequência aversiva é, via de regra, imposta pelo grupo social em situações nas quais as consequências imediatas seriam naturalmente reforçadoras para o indivíduo. Skinner, por sua vez, relaciona autocontrole ao conflito de consequências, segundo análise conceitual de Nico (2001), citada pelos autores, pois há situações em que o conflito é unicamente entre as consequências diretas do comportamento individual, sem interveniência de sanções éticas.

Segundo Skinner (1965), essa esquiva pode estar, também, sob controle de eventos privados associados à emissão da resposta impulsiva, como vergonha, culpa e ansiedade. Possivelmente, esses respondentes seriam eliciados devido a pareamentos anteriores com punidores em situações de transgressão nas quais o grupo social impôs consequências aversivas ao indivíduo para preservar os reforçadores do grupo. As sanções éticas, no entanto, podem ter, também, o objetivo de “proteger” o indivíduo das consequências aversivas do seu próprio comportamento impulsivo.

Além dos aspectos de temporalidade e sanções éticas, os autores descrevem o comportamento de autocontrole em função, também, da magnitude das consequências, citando Rachlin (1991 como citado em Marchezini-Cunha & Tourinho, 2010), para quem o comportamento impulsivo produziria consequências imediatas de menor valor reforçador. A magnitude das consequências se aplica tanto aos reforçadores do indivíduo quanto aos do grupo.

Os autores conceituam a assertividade como um tipo especial de autocontrole, no qual tanto a produção de reforçadores quanto de aprovação social é de magnitude média, enquanto a produção de reforçadores é de magnitude alta no comportamento agressivo e a aprovação

social é de magnitude alta no comportamento passivo. Ainda que a DBT fale em habilidade interpessoal, a assertividade pode ser definida, também, como a expressão adequada dos sentimentos, com a finalidade de protegê-los e defender os próprios direitos, e um comportamento concorrente à agressividade e à passividade. No entanto, os autores advertem para a valoração cultural da assertividade, isto é, não há um comportamento universalmente assertivo, pois nem todas as culturas valorizam a defesa dos direitos, de forma que um comportamento assertivo para uns será considerado agressivo por outros e vice-versa. Em culturas árabes, por exemplo, a violência contra a mulher é legitimada pelos próprios juristas e o espancamento de mulheres é oficialmente permitido (AbuKhalil, 1993), enquanto os direitos políticos lhe são sonogados, assim como direitos familiares, pois um homem pode pedir divórcio, enquanto isso é impossível para a mulher (Ottaway, 2004). As novas políticas de tolerância ao machismo, ao racismo e ao capacitismo, anunciadas por Mark Zuckerberg, em 07 de janeiro de 2025 (Braun, 2025), para o Instagram, uma rede social com mais de dois bilhões de usuários ativos, é um outro exemplo de uma cultura de desvalorização na defesa dos direitos humanos universais.

Sabendo, portanto, que autoconhecimento não significa autocontrole, necessariamente, e que a própria definição de autocontrole é culturalmente relativa, como acontece na assertividade como um tipo específico de autocontrole, a recomendação é de que os objetivos terapêuticos sejam condizentes com a prática científica em Análise do Comportamento, na medida em que adotem a flexibilidade psicológica e os valores da usuária do serviço como princípios norteadores, além usar descrições conceituais com termos que possibilitem a pesquisa básica e aplicada, transcendendo a utilização de termos de nível médio que inviabilizam a investigação empírica com a devida replicabilidade (Ferreira et al., 2017).

A assertividade, como um tipo de autocontrole, também faz parte do objetivo terapêutico de empoderamento, que é entendido como a habilidade de conquistar mudanças pessoais ou ambientais, com conseqüente aumento no repertório comportamental de enfrentamento ao estresse e ao trauma, resultando em maior resiliência à adversidade (Johnson et al., 2005). Como modelo de empoderamento feminino, para os fins deste protocolo, foram usados os quatro princípios de Johnson et al. (2005): interdependência das identidades pessoal e social, politização do pessoal, igualdade relacional e valorização da perspectiva feminina. De acordo com esse modelo de empoderamento feminino, os resultados esperados para intervenções psicológicas que promovam-no são: auto-estima e autoconceito positivos, uma razão favorável entre conforto e sofrimento, consciência dos papéis de gênero e de identidade cultural, senso de controle pessoal ou auto-eficácia, autocuidado, habilidade de resolução de

problemas, assertividade, acesso a múltiplos recursos econômicos, sociais ou comunitários, flexibilidade cultural e de gênero, ativismo social.

Por fim, a psicoeducação é uma técnica psicoterapêutica para prevenção e conscientização em saúde, através de informações esclarecedoras sobre um diagnóstico e um tratamento (Lemes & Ondere, 2017). Como a intervenção clínica pressupõe a redução da susceptibilidade ou exposição a problemas de saúde ou, ainda, a detecção e tratamento de doenças, é necessário promover uma comunicação clara acerca dos problemas de saúde identificados pela profissional, para uma decisão compartilhada sobre os objetivos terapêuticos.

Considerando, enfim, todos os aspectos levantados sobre o fenômeno da VCM, seus custos, prejuízos e riscos para as vítimas, propõe-se a aplicação dos princípios e técnicas da Psicologia e, particularmente, da Análise do Comportamento, conforme descritos anteriormente e eticamente alinhados à promoção dos Direitos Humanos Universais, para desenvolver um protocolo de atendimento psicológico em clínica forense, pautado pela interseccionalidade, com intervenções clínicas analítico-comportamentais que promovam aumento do repertório de empoderamento feminino, enfrentamento e proteção contra a violência em vítimas de violência doméstica, como um tipo de VCM.

2 OBJETIVO

Desenvolver um protocolo de atendimento psicológico em clínica forense, pautado pela interseccionalidade, com intervenções analítico-comportamentais para vítimas de VCM, para ensinar comportamentos de enfrentamento, empoderamento feminino e proteção 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, conforme definidos anteriormente, a saber:

Intervenção clínica é aquela que reduz a susceptibilidade ou a exposição a problemas de saúde ou detecta e trata doenças em estágios iniciais.

Interseccionalidade é o conhecimento das diversas formas de opressão social - como gênero, raça, classe, orientação sexual e história colonial - sem hierarquizá-las.

Enfrentamento, ou *coping*, são formas de adaptação a circunstâncias adversas ao longo da vida. através de respostas de controle para dominar, reduzir ou tolerar a situação estressora.

Empoderamento feminino é a habilidade de conquistar mudanças pessoais ou ambientais, com conseqüente aumento no repertório comportamental de enfrentamento ao estresse e ao trauma, resultando em maior resiliência à adversidade, através de interdependência das identidades pessoal e social, politização do pessoal, igualdade relacional e valorização da perspectiva feminina.

Treino discriminativo para “amor” e “violência” é ensinar a reforçar um comportamento na presença de um estímulo discriminativo (SD) e extingui-lo na presença de um estímulo delta (SΔ), ou seja, reforçar ou manter o relacionamento afetivo quando reconhecer estímulos discriminativos de “amor” e extinguir ou terminar o relacionamento afetivo quando reconhecer estímulos delta de “violência”.

Amor é uma resposta emocional, caracterizada por determinados eventos desencadeadores, pensamentos e interpretações, mudanças biológicas, expressões e ações, além de efeitos posteriores, tais como calma, alegria, desejo de proximidade, sorrisos e declarações de amor, e que promove o próprio desenvolvimento e o desenvolvimento do ser amado, conforme Linehan (2018), além de um comportamento ético associado a outros comportamentos, como carinho, reconhecimento, respeito, compromisso, confiança, honestidade e comunicação aberta, segundo Hooks (2020).

Violência é o “uso da força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento,

morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação” (Dahlberg & Krug, 2007, p. 1165).

Análise funcional é a ferramenta científica para o estudo do comportamento, que consiste em uma definição precisa do comportamento analisado, identificação e descrição de efeitos do comportamento, identificação de relações ordenadas entre variáveis ambientais e o comportamento (reforço, punição, extinção, estímulo discriminativo, operação estabelecadora), predições acerca dos efeitos na manipulação dessas variáveis e avaliação das predições para confirmá-las ou rejeitá-las.

Assertividade é um tipo específico de autocontrole e uma habilidade de efetividade interpessoal, cujo propósito é conquistar objetivos pessoais com autorrespeito e sem danos aos relacionamentos.

Aceitação é um conjunto de habilidades que envolvem tolerar e encontrar o significado para o mal-estar, sem críticas, sem tentativas de mudar a si ou à situação, e sem a necessidade de aprová-la, além das respostas intencionais de observação, descrição e participação na realidade no momento, sem julgamento e através de meios hábeis. Mais especificamente, aceitação é uma classe de respostas comportamentais incompatíveis com a esquiva experiencial, através do engajamento consciente de eventos privados, sem tentativas de modificá-los em sua frequência ou forma.

Auto-observação é parte da habilidade de controlar a atenção, que consiste em direcioná-la a atividades, objetos ou eventos públicos específicos ou a eventos privados, como pensamentos, emoções e sensações.

Autoconhecimento é a habilidade de elaboração de autodescrições precisas, a partir da auto-observação, que permitem ao indivíduo adaptar-se melhor e mais rapidamente a mudanças nas contingências, pela discriminação das variáveis de controle do próprio comportamento, com autonomia.

Regulação emocional é a habilidade de identificar e nomear as emoções e escolher agir sobre a situação, tanto de acordo com o impulso da emoção, quanto contrariamente a ele.

Autocontrole é um comportamento de esquiva, no qual a consequência aversiva é imposta pelo grupo social em situações nas quais as consequências imediatas seriam naturalmente reforçadoras para o indivíduo, embora essa esquiva possa estar, também, sob controle de eventos privados associados à emissão da resposta impulsiva, como vergonha, culpa e ansiedade. O comportamento autocontrolado, em oposição ao comportamento impulsivo, produz reforçadores imediatos de menor magnitude.

Flexibilidade psicológica é um operante de classe superior que envolveria “a habilidade

de perceber e reagir aos seus pensamentos, sentimentos e outros comportamentos a fim de ter a oportunidade de agir em prol de fins importantes” (Törneke et al., 2016 como citado em Ferreira et al., 2017).

Desfusão cognitiva é um processo terapêutico de aceitação da realidade, exclusivo da ACT, que consiste em mudar a função dos pensamentos sem mudar seu conteúdo, com várias técnicas de intervenção, tais como: tratar o pensamento como um objeto externo e observável, com propriedades físicas, ou repetir o pensamento em diferentes tons de voz até perder sua literalidade.

Clarificação de valores é uma intervenção de engajamento para flexibilidade psicológica, com fortalecimento de processos verbais que promovam um padrão de ações eficazes, comprometidas com valores individuais, enquanto qualidades representadas por uma combinação de verbos e adjetivos ou advérbios, em vários domínios da vida.

Psicoeducação é uma técnica psicoterapêutica para prevenção e conscientização em saúde, através de informações esclarecedoras sobre um diagnóstico e um tratamento.

3 MÉTODO

3.1 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 pacientes, 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. O estudo atual, contudo, 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, em razão do curto tempo para levantamento de verba para custeio do transporte das pacientes.

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.

A aplicação da entrevista inicial, da intervenção e dos testes, deve ser feita por um(a) profissional de Psicologia, com registro profissional ativo no Conselho Regional de Psicologia de sua comarca de atuação, preferencialmente com mais de 360 horas de uma pós-graduação Lato Sensu em clínica e com o devido treinamento oferecido pelo Tribunal de Justiça para suas equipes multidisciplinares, por se tratar de um atendimento especializado em psicologia clínica forense.

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 et al., 2011).

Sugere-se que as sessões de atendimento sejam feitas em grupos de 6 a 30 pacientes. O atendimento em grupo para vítimas de violência doméstica é previsto no treinamento oferecido pelo Tribunal de Justiça do Paraná, “Unindo esforços contra a violência doméstica e familiar”, no qual os grupos de atendimento para as vítimas são chamados de grupos operativos.

3.2 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 uma 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. A fim de evitar discriminações, o local deve ser acessível às usuárias de transporte público e de transporte não-motorizado, como bicicletas, que são reconhecidas como meio de transporte no Código de Trânsito Brasileiro (CTB) e têm previsão legal de reserva de vagas de estacionamento nas Leis de Ordenamento do Uso e Ocupação do Solo (LOUOS). Recomenda-se a contratação de um (a) engenheiro (a), com a devida qualificação de responsabilidade técnica, para a avaliação do imóvel quanto a esses critérios edilícios, alheios à ciência psicológica. Em termos gerais, no entanto, 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 em termos de memória e processamento e quadro negro ou lousa de giz.

3.3 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 uma 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).

3.4 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-IV. 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 validada 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 as seguintes dimensões de enfrentamento (Marôco et al., 2014, p. 304):

1. “Coping ativo (CA): ação destinada a limitar ou remover os elementos estressores;
2. Planejar (PL): pensar na forma de limitar ou remover o estressor, planejar as ações de coping ativo;
3. Suporte instrumental (SI): Procurar ajuda ou apoio às decisões a tomar;
4. Suporte emocional (SE): conseguir suporte emocional ou simpatia;
5. Religião (RE): participação em atividades de caráter religioso;
6. Reinterpretação positiva (RP): Tirar partido dos acontecimentos encarando-os de modo favorável ou positivo;
7. Auto-culpabilização (AC): culpabilizar-se e auto-responsabilizar-se pelos acontecimentos;
8. Aceitação (AT): aceitar o elemento estressor como real;
9. Expressão de sentimentos (ES): consciência do estresse emocional e expressão desse estresse sobre outros;
10. Negação (NG): Rejeição da realidade e da existência do elemento estressor;
11. Auto-distração (AD): Desinvestimento mental nos elementos com os quais o estressor está a interferir, através de sonhar acordado, dormir ou auto-distração.
12. Desinvestimento comportamental (DC): Deixar de se esforçar ou desistir dos elementos ou objetivos condicionados pelo estressor;
13. Abuso de substâncias (medicamentos ou álcool) (AS): usar álcool, drogas ou medicamentos para atenuar os efeitos dos estressores;
14. Humor (HU): encarar o estressor de forma leve e com 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 et al., 2005).

3.5 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. Como os atendimentos são pensados para uma rotina permanente de oferta de serviço, a ordem de atendimentos não é tão importante para a entrada de novas pacientes, que precisam, apenas, completar o ciclo de dez encontros. Assim sendo, presume-se que as pacientes podem entrar em qualquer uma das dez sessões, sem nenhum prejuízo, embora o programa seja de sessões sequenciais. O protocolo foi pensado a partir do modelo de atendimento do CRAM, portanto busca atender, também, aos princípios da Administração Pública de Eficiência e Economicidade, desta forma, evitando listas de espera e várias contratações de várias (os) facilitadoras (os) para começar novos grupos, pois um mesmo grupo atenderia, imediatamente, às novas demandas, ao longo das dez sessões.

As pacientes devem ser submetidas a uma rápida triagem, com seis perguntas, conforme tabela a seguir, para excluir do atendimento aquelas que sofreram, recentemente, episódios desencadeadores de reações traumáticas, devido ao risco de agravamento com a facilitação de reações emocionais nesses casos (Zohar et al., 2011). A triagem tem mais dois objetivos: 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.

Quadro 1 – Perguntas para triagem

TRIAGEM
1. Qual o tipo de violência que você sofreu? Há quanto tempo?
2. Qual sua relação com seu agressor ou agressora?

3. Você está em tratamento psiquiátrico? Qual diagnóstico? Quais medicações?
4. Além das medicações citadas anteriormente, você é usuária de outras substâncias psicotrópicas, lícitas ou ilícitas, com fins recreativos? Com que frequência?
5. Quais são suas expectativas para o programa de atendimento psicológico a vítimas de violência doméstica?
6. Você tem alguma dúvida sobre o projeto que deseje esclarecer com a pesquisadora?

Fonte: A autora.

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, além de conhecimentos teóricos do feminismo (especificamente aqueles na Trilogia do Amor da feminista Bell Hooks) 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. 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, a saber: o que o amor faz; não existe amor sem justiça; a verdade é o coração da justiça; amar a si para amar ao outro; vulnerabilidade e perdas; dominação, medo e poder; sororidade – uma comunhão amorosa; amar dá trabalho; gaslighting; violência contra a mulher. 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”, “a esposa deve obediência ao marido”, “violência doméstica é só uma briga normal de casal”, “stalking é amor”.

4 RESULTADOS

O planejamento das dez intervenções está organizado no quadro a seguir:

Quadro 2 – Plano de tratamento

INTERVENÇÕES		
TEMA	OBJETIVO	ATIVIDADE
I - O que o amor faz?	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.	<ol style="list-style-type: none"> 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: onde há amor? Em quais palavras? Em quais gestos? Em quais sons? Que cor tem o amor? Onde mais podemos encontrar amor? O amor machuca? O que o amor faz? O que você faz quando ama? Quem são as pessoas que você ama? Se esse amor que você sente fosse um objeto, o que seria? De que tamanho seria? Que peso ele teria? Que temperatura ele teria? De qual textura ele seria? Onde você colocaria esse objeto agora? Tarefa para casa: “estou tendo o pensamento de que o amor é ...”, “estou tendo a lembrança de que o amor é...”
II - Não existe amor sem justiça	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.	<ol style="list-style-type: none"> 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

		<p>ofendida, admitindo o erro e redimindo-se.</p> <p>6. Discussão de casos pessoais das pacientes: elas desculparam? O que aconteceu depois? Elas desculpariam novamente? Como elas se sentiram? Como gostariam de se sentir? Houve amor naqueles pedidos de desculpas? Onde? Em quais palavras? Em quais gestos? Elas se sentiram amadas? Elas se sentiram amando? Como é o amor que vale a pena?</p>
<p>III - A verdade é o coração da justiça</p>	<p>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.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Autorrevelação: como se sente, como foi a semana. 2. Opinião sobre a intervenção anterior. 3. Dinâmica: equilíbrio a dois. Os pacientes são divididos em duplas e as duplas ficam de frente, tocando os pés e segurando as mãos. Um membro da dupla, ao sinal da pesquisadora, será vendado e irá jogar-se para trás, algumas vezes, mas suas parceiras irão protegê-las para não deixá-las cair. 4. Dinâmica: o vento e a árvore. Uma voluntária será vendada e posicionada no centro do círculo de pacientes, que irão empurrá-la e movê-la de uma participante para a outra. 5. Reflexão: como você se sentiu nas dinâmicas? Numa escala de zero a dez, qual foi seu nível de confiança nas colegas de grupo? Esse nível de confiança mudou? Como ele poderia mudar para mais? Como poderia mudar para menos? 6. Análise de contingências e clarificação de valores: Qual é a importância da confiança no relacionamento amoroso? E nas amizades? E no trabalho? É possível se sentir amado por alguém que não conhece você verdadeiramente? Você já foi enganada por alguém? O que você fez quando descobriu? O que você pensou quando descobriu? O que você sentiu quando descobriu? O que aconteceu depois? Houve amor? Em quais palavras? Em quais

		gestos? Você se se sentiu amada? Você se sentiu amando? O que você faria de diferente? Se todos seus problemas desaparecessem magicamente e sua vida fosse do jeito que você gostaria, como seria sua vida? O que você gostaria de fazer na sua vida que não está fazendo agora?
IV - Amar a si para amar ao outro	<p>Aceitação – disposição para experiências e sentimentos prazerosos.</p> <p>Ações comprometidas com valores – combinação de verbos e adjetivos.</p> <p>Definir objetivos pragmáticos e efetivos.</p> <p>Modelagem de intimidade através de autorrevelação.</p> <p>Modelagem de assertividade, através de opiniões.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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: Como você se sente ao falar dos seus talentos? O que você pensa ao ver sua colega falar dos talentos dela? Com que frequência você fala sobre seus talentos? Para quem você fala dos seus talentos? O que essas pessoas dizem ou fazem quando você fala de seus talentos para elas? Como você se sente quando elas dizem ou fazem isso? Como você gostaria de se sentir ao falar dos seus talentos com outras pessoas? Como é o amor que uma mulher talentosa se dá? Como é o amor que uma mulher talentosa quer receber? 7. Bullseye framework para clarificação de valores com definição de metas e objetivos.
V - Vulnerabilidade e perdas	<p>Aceitação – disposição para experiências e sentimentos dolorosos.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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

	<p>Análise de contingências. Modelagem de intimidade através de autorrevelação. Modelagem de assertividade, através de opiniões.</p>	<p>coloridas para representar lembranças dolorosas, lembranças neutras e lembranças prazerosas.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Apresentação para o grupo da linha do tempo. 5. Análise de contingências e aceitação: o que você fez na ocasião desses acontecimentos dolorosos? O que você pensou? Como você se sentiu? O que aconteceu depois? Você faz algo para não viver novas experiências dolorosas? Ao fazer isso, que outras experiências você deixa de viver? Ao fazer isso, você consegue impedir novas experiências dolorosas? De que outras formas você pode lidar com essas experiências dolorosas? Há algo que você deseje realizar mesmo que se arrisque a novas experiências dolorosas?
<p>VI - Dominação, medo e poder</p>	<p>Treino de assertividade – 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.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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. Quais são as consequências? Quais são os efeitos no bem-estar físico, emocional e econômico? Tempo e esforço despendidos são razoáveis ou desproporcionais? Quais são os efeitos no bem-estar de outras pessoas? Há conflito entre os efeitos nos seus objetivos e na sua reputação? 4. Reflexão em grupo sobre consequências negativas atrasadas para consequências positivas imediatas e sobre consequências negativas imediatas para consequências positivas atrasadas: como você quer que o outro se sinta a seu respeito? Com medo? Amado? Como você quer se sentir a respeito do outro? Com medo? Amada? Como você quer se sentir a seu

		<p>próprio respeito? Orgulhosa? Envergonhada?</p> <p>5. Treino para assertividade: DEAR MAN (foco no objetivo), GIVE (foco no relacionamento), FAST (foco no autorrespeito).</p>
VII - Sororidade: uma comunhão amorosa	<p>Reflexão sobre construção cultural de gênero para construção de uma rede de apoio. Treino de auto-observação, 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.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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: oferecer uma qualidade própria a outra integrante, para quem arremessará o novelo de lã, depois observar a teia formada e refletir sobre a importância de cada membro do grupo e sobre como cada um se sente em pertencer àquele grupo de mulheres. 7. O que é sororidade, afinal?
VIII - Amar dá trabalho	<p>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</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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: descrever, em tiras de papel, ocasiões em que sentiu amor, raiva, alegria, tristeza, ciúme, medo e vergonha, pendurando as descrições sob os rótulos correspondentes. 5. Voluntários relatam para o grupo o que pensaram, sentiram e fizeram na ocasião descrita, e o que aconteceu depois. 6. Caso as consequências tenham sido insatisfatórias, levantar outras respostas possíveis para aquela situação.

	autoconhecimento para autocontrole.	
IX – Gaslighting	<p>Psicoeducação na saúde mental de mulheres.</p> <p>Discriminação das variáveis que controlam seu próprio comportamento para manejo de contingências.</p> <p>Treino de auto-observação.</p> <p>Mindfulness das emoções para aceitação radical de experiências dolorosas.</p> <p>Modelagem de intimidade através de autorrevelação.</p> <p>Modelagem de assertividade, através de opiniões.</p> <p>Autoconhecimento para autocontrole.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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.
X - Violência contra a Mulher	<p>Discriminação das variáveis que controlam seu próprio comportamento para manejo de contingências.</p> <p>Modelagem de intimidade através de autorrevelação.</p> <p>Modelagem de assertividade, através de opiniões.</p> <p>Resolução de problemas para regulação emocional.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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, Lei Maria da Penha, Lei do Feminicídio, Lei do Estupro e Lei da Violência Institucional. 6. Resolução de problemas para regulação emocional das emoções indesejáveis condizentes com os fatos. 7. Feedback.

Fonte: A autora.

A seguir, cada sessão do plano de tratamento está estruturada e descrita, minuto-a-minuto, como forma de manualização do programa de atendimento, que garante a integridade da intervenção em relação aos resultados esperados.

Planejamento da Sessão 1 – “O que o amor faz?”

00:00:00 a 00:05:00 Em silêncio, enquanto aguarda os cinco minutos de tolerância de atraso para as pacientes, a psicóloga coleta as assinaturas na lista de presença e entrega o vale-transporte correspondente àquela sessão.

00:05:01 a 00:10:00 A psicóloga inicia a sessão, dando as boas-vindas às pacientes, e se apresentando com seu nome completo, número de CRP ativo na comarca local, qualificação para condução do programa de atendimento psicológico em clínica forense, com espaço para respostas às perguntas das pacientes sobre a psicóloga e o programa.

00:10:01 a 00:15:00 A psicóloga explica detalhes sobre aquele programa de atendimento psicológico em clínica forense, tais como número de sessões, local, duração e frequência das sessões, dias, horários e tolerância de atrasos, temas de cada sessão, objetivos gerais e resultados esperados, breve explicação sobre a linha teórica da Psicologia e a autora feminista que inspirou os temas das sessões, com espaço para respostas às perguntas das pacientes sobre o programa.

00:15:01 a 00:20:00 A psicóloga solicita uma voluntária para escrever as regras do grupo em um cartaz e pede que, em cinco minutos, o grupo faça um brainstorming e descreva para a voluntária quais são as regras para respeito, sigilo e pontualidade, cujos descumprimentos serão resolvidos pela psicóloga.

00:20:01 a 00:23:00 A psicóloga explica que iniciará aquela primeira sessão, com o tema O Que O Amor Faz, inspirado em um capítulo do livro Tudo Sobre o Amor, da autora feminista Bell Hooks, pedindo às pacientes que reflitam e escrevam, em uma folha de papel, o nome delas e uma resposta para a pergunta que é tema daquela sessão: o que o amor faz?

00:23:01 a 00:28:00 A psicóloga recolhe as respostas e explica que exibirá um vídeo musical legendado, de três minutos e quarenta segundos, do grupo musical Playing For Chance, com a música What a Wonderful World, e faz a exibição do vídeo.

00:28:01 a 00:30:00 Com o objetivo de reduzir a qualidade literal dos pensamentos sobre “amor” que possam resultar em inflexibilidade psicológica, a psicóloga fará perguntas que incentivam a tratar o “amor” como um objeto observado externamente, e a tratar a experiência dos pensamentos sobre amor como uma lembrança, em vez de tratá-los como regras universais.

00:28:01 a 00:29:00 A psicóloga, portanto, explica que, a partir do vídeo que acaba de ser visto, ela fará algumas perguntas sobre o “amor”, mas que não há resposta certa ou errada, nem ninguém será obrigada a responder, e consequencia as respostas das pacientes com gestos de concordância, conforme Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica (Zamignani, 2007), para proporcionar audiência não-punitiva.

00:29:01 a 00:30:00 A psicóloga checa se as pacientes entenderam a atividade, perguntando: Sobre o que serão as perguntas da nossa atividade? Há resposta certa ou errada na nossa atividade? Responder às perguntas é obrigatório? Pode responder a todas as perguntas? Pode não responder a nenhuma pergunta? Posso começar a atividade?

00:30:01 a 00:31:00 Lembrando do que vimos no vídeo musical, onde há amor?

00:31:01 a 00:32:00 Lembrando do que vimos no vídeo musical, em quais palavras havia amor?

00:32:01 a 00:33:00 Lembrando do que vimos no vídeo musical, em quais gestos havia amor?

00:33:01 a 00:34:00 Lembrando do que vimos no vídeo musical, em quais gestos havia amor?

00:33:01 a 00:34:00 Lembrando do que vimos no vídeo musical, em quais sons havia amor?

00:34:01 a 00:35:00 Lembrando do que vimos no vídeo musical, que cor tem o amor?

00:35:01 a 00:36:00 Lembrando do que vimos no vídeo musical, onde mais podemos encontrar amor?

00:36:01 a 00:37:00 Lembrando do que vimos no vídeo musical, o amor é algo que machuca?

00:38:01 a 00:39:00 Lembrando do que vimos no vídeo musical, o que o amor faz?

00:39:01 a 00:40:00 Lembrando do que vimos no vídeo musical, o que você faz quando ama?

00:40:01 a 00:41:00 Lembrando do que vimos no vídeo musical, quem são as pessoas que você ama?

00:41:01 a 00:42:00 Se esse amor que você sente fosse um objeto, o que seria?

00:42:01 a 00:43:00 Se esse amor que você sente fosse um objeto, de que tamanho seria?

00:43:01 a 00:44:00 Se esse amor que você sente fosse um objeto, que peso ele teria?

00:44:01 a 00:45:00 Se esse amor que você sente fosse um objeto, que temperatura ele teria?

00:45:01 a 00:46:00 Se esse amor que você sente fosse um objeto, de qual textura ele seria?

00:46:01 a 00:47:00 Se esse amor que você sente fosse um objeto, onde você colocaria esse objeto agora?

00:47:01 a 00:48:00 A psicóloga pede que as pacientes continuem essa atividade sobre amor em casa, escrevendo em um papel: “Estou tendo o pensamento de que o amor é...” ou “Estou tendo a lembrança de que o amor é...”.

00:48:01 a 00:50:00 A psicóloga explica que há muitas ideias sobre o amor por aí, e as pacientes podem pensar sobre isso ao longo da semana, mas a psicóloga quer que elas observem seus

pensamentos ou suas lembranças sobre amor como nuvens que passam no céu naquele momento, em que elas estiverem tendo aquele pensamento, e que lhe tragam, na próxima sessão, os pensamentos que registraram no papel. Ela orienta que o exercício deve ser feito de forma relaxada e prazerosa, sem autocobrança.

00:50:01 a 00:52:00 A psicóloga checa se as pacientes compreenderam a atividade, perguntando: Vocês têm uma tarefa para a próxima sessão? O que vocês farão como tarefa de casa? Como vocês escreverão seus pensamentos no papel? A quem vocês entregarão o papel com o registro dos seus pensamentos sobre o amor?

00:52:01 a 00:54:00 A psicóloga diz que a primeira sessão está encerrada, mas que ela quer saber das pacientes o que elas farão de bom até a próxima sessão.

00:54:01 a 00:55:00 Após ouvir as pacientes falarem sobre seus planos para a semana, a psicóloga compartilha algo de bom que ela fará até a próxima sessão, fazendo uma autorrevelação com finalidade de estabelecer igualdade na relação terapêutica, e se despede.

00:55:01 a 01:00:00 A psicóloga faz uma pausa para respirar, beber água e organizar a sala.

01:00:01 a 01:30:00 A psicóloga faz registros nos prontuários individuais das pacientes, assim como registra algum relato de violência ou indícios que tenha surgido na sessão, para encaminhamento às autoridades competentes.

Planejamento da sessão 2 – “Não existe amor sem justiça”

00:00:00 a 00:05:00 Em silêncio, enquanto aguarda os cinco minutos de tolerância de atraso para as pacientes, a psicóloga coleta as assinaturas na lista de presença e entrega o vale-transporte correspondente àquela sessão.

00:05:01 a 00:10:00 A psicóloga começa a sessão com uma breve apresentação de si e do programa, para aquelas que estiveram ausentes na sessão anterior, dizendo nome completo, número de registro profissional ativo na comarca de atuação, objetivos gerais e resultados esperados do programa de atendimento psicológico em clínica forense, breve explicação sobre a linha teórica da Psicologia e a autora feminista que inspirou os temas das sessões, com espaço para respostas às perguntas das pacientes sobre a psicóloga e sobre o programa.

00:10:01 a 00:15:00 A psicóloga pede às pacientes que se apresentem, dizendo seu primeiro nome, como se sente naquele momento, como passou a semana, opinando sobre a sessão anterior e fazendo a entrega da atividade de casa.

00:15:01 a 00:16:00 A psicóloga inicia a segunda sessão, dizendo que aquela é a segunda sessão do programa de dez sessões para atendimento psicológico em clínica forense a vítimas de

violência doméstica, e que o tema daquela sessão é Não Existe Amor Sem Justiça, inspirado em um capítulo do livro Tudo Sobre o Amor, da escritora feminista Bell Hooks, que é uma das mulheres mais influentes do século. Ela conta que a autora afirma que amor não pode conviver com abuso de poder ou negligência emocional, portanto, o amor promove, necessariamente, o respeito e a garantia de direitos.

00:16:01 a 00:17:00 A psicóloga explica que irá exibir um vídeo curto sobre pedidos de desculpas para que as pacientes reflitam sobre conflitos conjugais, mas antes irá falar um pouco sobre emoções e invalidações.

00:17:01 a 00:19:00 A psicóloga explica que, conforme a Terapia Comportamental Dialética de Marsha M. Linehan, as emoções são respostas complexas, imediatas e involuntárias a estímulos internos ou externos, que envolvem sensações fisiológicas, pensamentos e ações. As emoções têm a função de comunicar, a si e ao outro, sobre algo importante. Por exemplo, a tristeza comunica aos outros que precisamos de ajuda. O medo comunica-nos a urgência em escapar de um perigo. A vergonha comunica a necessidade de amenizar uma situação desonrosa.

00:19:01 a 00:20:00 A psicóloga pede às pacientes que forneçam exemplos de situações desencadeadoras de medo, tristeza e vergonha, respondendo aos relatos com Facilitação e Empatia, conforme Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica (Zamignani, 2007), para proporcionar audiência não-punitiva.

00:20:01 a 00:21:00 A psicóloga introduz o conceito de ambiente invalidante como fator de risco para desregulação emocional, dizendo que como a função da emoção é de comunicar, os interlocutores podem invalidar essas emoções com suas tentativas de interromper aquela comunicação. A invalidação acontece quando, por exemplo, seu interlocutor diz que você não tem motivo para sentir raiva, quando lhe rotula como uma pessoa impulsiva ou quando lhe diz que chorar é uma fraqueza. Ser ignorado, mal-interpretado ou tratado de forma desigual são, também, formas de invalidação.

00:21:01 a 00:22:00 A invalidação emocional é uma característica de culturas individualistas e competitivas, que dividem as pessoas em algumas poucas vencedoras sobre uma multidão de perdedores. Minorias sociais, como mulheres, homossexuais e pessoas de baixa renda sofrem constante invalidação, unicamente por motivo de preconceito. Ao tratamento desigual entre pessoas por motivo de gênero se dá o nome de machismo ou sexismo. Por exemplo, em uma sociedade machista, a mulher que expresse raiva é rotulada como emocionalmente desequilibrada, enquanto o homem que expresse raiva é admirado e aplaudido. Como consequência natural da interação com um ambiente invalidante, qualquer emoção invalidada,

como a raiva da mulher oprimida, aumenta de intensidade, para cumprir sua função de comunicação.

00:22:01 a 00:23:00 A psicóloga conclui dizendo que uma estratégia de regulação emocional está em reconhecer ambientes invalidantes e tentar modificá-los ou se autovalidar, pois a invalidação repetitiva ou extrema pode ser traumática, principalmente se vier de um grupo, pessoa, autoridade ou instituição importante para o indivíduo.

00:23:01 a 00:24:00 A psicóloga introduz a atividade, dizendo que exibirá um vídeo cômico, de um minuto e meio, com pedidos de desculpas de um homem a uma mulher em uma relação afetiva, para que as pacientes identifiquem as invalidações.

00:24:01 a 00:26:00 Exibição do vídeo Bad Apology Remote (controle remoto da “desculpa esfarrapada”), de Jimmy Knowles, com legendas em português.

00:26:01 a 00:27:00 A psicóloga pede que as pacientes digam, rapidamente, alguma invalidação que tenham visto no vídeo.

00:27:01 a 00:30:00 A psicóloga distribui papéis com as desculpas invalidantes do vídeo, pedindo que as pacientes façam o role-playing em duplas e discutam o que pode ter acontecido ou como aquela desculpa pode ser invalidante para a mulher que está magoada.

00:30:01 a 00:32:00 A psicóloga diz que relacionamentos saudáveis promovem validação e que saber o quê e como validar é um longo aprendizado, mas algumas dicas são: comentar sem criticar, ser sensível ao que não é dito, validar os fatos e demonstrar igualdade em vez de condescendência. Validar é diferente de ser meramente simpático. Por exemplo, alguém que veja um afogamento ou um incêndio e demonstre compreender o desespero da vítima, mas não faça nada para ajudá-la, está sendo invalidante. Desta forma, um pedido de desculpas costuma incluir, também, uma ação para reparar o mal causado ou se redimir pelo erro.

00:32:01 a 00:34:00 A psicóloga distribui papéis para role-playing de um pedido de desculpas com validação e pede que as duplas discutam, após o role-playing, onde há validação naquele pedido de desculpas.

00:34:01 a 00:39:00 A psicóloga pede que voluntárias relatem casos pessoais em que foram ofendidas e invalidadas, seja com um pedido de desculpas passivo-agressivo, seja com nenhum pedido de desculpa, e responde aos relatos com Facilitação e Empatia, respondendo aos relatos com Facilitação e Empatia, conforme categorização de Zamignani (2007), para proporcionar audiência não-punitiva.

00:39:01 a 00:45:00 A psicóloga faz perguntas às pacientes, sobre os relatos, respondendo com gestos de concordância, conforme categorização de Zamignani (2007), para proporcionar audiência não-punitiva, e desenhando as contingências no quadro, para melhor visualização:

Como elas se sentiram? Elas se sentiram amadas? Elas se sentiram amando? Em quais daquelas palavras, gestos ou imagens percebem invalidação? Em quais daquelas palavras, gestos ou imagens percebem amor? O que elas fizeram? O que elas pensaram? O que aconteceu depois? Elas desculpavam novamente? Como gostariam de se sentir se isso acontecesse novamente?

00:45:01 a 00:46:00 A psicóloga explica que as situações de invalidação podem levá-las a desviar de seus propósitos de vida por se ocuparem dos problemas emocionais que resultam da intensificação das emoções que não cumpriram sua função de comunicação e pergunta a elas o que elas gostariam de estar fazendo naquele dia e naquele horário, se não estivessem ali, respondendo com gestos de concordância, conforme categorização de Zamignani (2007), para proporcionar audiência não-punitiva.

00:46:01 a 00:48:00 A psicóloga explica que as constantes invalidações de uma relação abusiva podem fazê-las acreditar que suas vidas desmoronaram e que é impossível amar e ser amada ou construir uma família feliz, então pede que conversem com uma dupla sobre o que era importante para ela na vida que ela vivia antes do relacionamento abusivo.

00:48:01 a 00:49:00 A psicóloga pede a voluntárias que compartilhem com o grupo do que elas desistiram na tentativa de lidar com o sofrimento de uma relação abusiva.

00:49:01 a 00:51:00 A psicóloga pede às pacientes que conversem, em duplas, como seria a vida delas se todos os problemas desaparecessem magicamente.

00:51:01 a 00:52:00 A psicóloga pede às pacientes que continuem a atividade sobre propósito de vida em casa, escrevendo em um papel o nome de uma pessoa que elas admirem, descrevendo o que ela faz que elas gostariam de fazer igual e como elas gostariam de fazer, para entregar para a psicóloga na próxima sessão. Ela orienta que o exercício deve ser feito de forma relaxada e prazerosa, sem autocobrança.

00:52:01 a 00:53:00 A psicóloga checa se as pacientes compreenderam a atividade, perguntando: Vocês têm uma tarefa para a próxima sessão? O que vocês farão como tarefa de casa? A quem vocês entregarão o papel com a descrição de uma qualidade da pessoa que você admira?

00:53:01 a 00:54:00 A psicóloga diz que a segunda sessão está encerrada, mas que ela quer saber das pacientes o que elas farão de bom até a próxima sessão.

00:54:01 a 00:55:00 Após ouvir as pacientes falarem sobre seus planos para a semana, a psicóloga compartilha algo de bom que ela fará até a próxima sessão, fazendo uma autorrevelação com finalidade de estabelecer igualdade na relação terapêutica, e se despede.

00:55:01 a 01:00:00 A psicóloga faz uma pausa para respirar, beber água e organizar a sala.

01:00:01 a 01:30:00 A psicóloga faz registros nos prontuários individuais das pacientes, assim

como registra algum relato de violência ou indícios que tenha surgido na sessão, para encaminhamento às autoridades competentes.

Planejamento da sessão 3 – “A verdade é o coração da justiça”

00:00:00 a 00:05:00 Em silêncio, enquanto aguarda os cinco minutos de tolerância de atraso para as pacientes, a psicóloga coleta as assinaturas na lista de presença e entrega o vale-transporte correspondente àquela sessão.

00:05:01 a 00:10:00 A psicóloga começa a sessão com uma breve apresentação de si e do programa, para aquelas que estiveram ausentes na sessão anterior, dizendo nome completo, número de registro profissional ativo na comarca de atuação, objetivos gerais e resultados esperados do programa de atendimento psicológico em clínica forense, breve explicação sobre a linha teórica da Psicologia e autora feminista que inspirou os temas das sessões, com espaço para respostas às perguntas das pacientes sobre a psicóloga e sobre o programa.

00:10:01 a 00:15:00 A psicóloga pede às pacientes que se apresentem, dizendo seu primeiro nome, como se sente naquele momento, como passou a semana, opinando sobre a sessão anterior e fazendo a entrega da atividade de casa.

00:15:01 a 00:16:00 A psicóloga inicia a terceira sessão, dizendo: “Essa é a terceira sessão do programa de dez sessões para atendimento psicológico em clínica forense a vítimas de violência doméstica, e o tema dessa sessão é A Verdade é o Coração da Justiça, inspirado em um capítulo do livro Tudo Sobre o Amor, da escritora feminista Bell Hooks, que é uma das mulheres mais influentes do século. A autora propõe que, mais do que um sentimento, o amor é uma ética, e que essa ética amorosa pressupõe uma vida cotidiana com confiança, responsabilidade e respeito. Na sessão de hoje, refletiremos sobre confiança.”

00:16:01 a 00:17:00 A psicóloga explica que a sessão começará com duas dinâmicas, sendo que a primeira se chama “equilíbrio a dois”. Ela pede às pacientes que se dividam em duplas e que as duplas fiquem de frente, tocando os pés e segurando as mãos. Uma participante de cada dupla, ao sinal da pesquisadora, será vendada e irá jogar-se para trás, algumas vezes, mas suas parceiras irão protegê-las para não deixá-las cair. A psicóloga pede para que estejam atentas a como se sentem e ao que pensam durante a atividade.

00:17:01 a 00:18:00 Após todas estarem em suas posições, a psicóloga dá um minuto para a atividade das pacientes que estiverem vendadas.

00:18:01 a 00:19:00 A psicóloga pede para que troquem as vendas na dupla e repitam a atividade, com atenção a como se sentem e ao que pensam durante a dinâmica.

00:19:01 a 00:21:00 A psicóloga encerra a atividade e pede a voluntárias que compartilhem suas impressões durante a atividade com o grupo, respondendo aos relatos com Facilitação e Empatia, conforme categorização de Zamignani (2007), para proporcionar audiência não-punitiva.

00:21:01 a 00:24:00 A psicóloga explica que, agora, farão a segunda dinâmica da sessão, chamada de “dinâmica do vento e da árvore”. Ela pede às pacientes que formem um círculo e pede a uma voluntária, que será vendada, para ficar no centro do círculo de pacientes, que irão empurrá-la de um lado para o outro, como o vento balançando uma árvore. A intervalos regulares, a psicóloga faz a troca da “árvore”, sempre lembrando às pacientes de estarem atentas a como se sentem e ao que pensam durante a dinâmica.

00:24:01 a 00:27:00 Ao final da segunda dinâmica, a psicóloga propõe uma reflexão, pedindo respostas a quem se sentir confortável em compartilhá-las com o grupo e respondendo aos relatos com Facilitação e Empatia, conforme categorização de Zamignani (2007), para proporcionar audiência não-punitiva, com as seguintes perguntas: como você se sentiu nas dinâmicas? Numa escala de zero a dez, qual foi seu nível de confiança nas colegas de grupo? Esse nível de confiança mudou em algum momento ou ao longo da atividade? Como ele poderia mudar para mais? Como poderia mudar para menos?

00:27:01 a 00:32:00 Sempre respondendo aos relatos com Facilitação e Empatia, conforme categorização de Zamignani (2007), para proporcionar audiência não-punitiva, a psicóloga conduz nova reflexão, para generalização das dinâmicas aos relacionamentos cotidianos e respectiva análise de contingências desenhada no quadro, com as seguintes perguntas: Qual é a importância da confiança no relacionamento amoroso? E nas amizades? E no trabalho? É possível se sentir amado por alguém que não conhece você verdadeiramente? Quais são as pessoas em que você confia? Você já foi enganada por alguém? Como você descobriu? O que você fez quando descobriu? O que você pensou quando descobriu? O que você sentiu quando descobriu? O que aconteceu depois? Houve amor? Em quais palavras? Em quais gestos? Você se se sentiu amada? Você se sentiu amando? O que você faria de diferente?

00:32:01 a 00:34:00 A psicóloga diz que, agora, farão uma atividade de role-playing em duplas, contextualizando a atividade com a seguinte explicação: “Estávamos falando sobre confiança, mentiras e traições. Para algumas pessoas, um relacionamento amoroso onde houve traição deve terminar. Há diversas circunstâncias em que um relacionamento pode ser terminado, mesmo que não sejam relacionamentos amorosos. Os relacionamentos são importantes na medida em que aumentam ou reduzem a qualidade de nossas vidas e terminar um relacionamento pode ser mais difícil do que começar novas relações”.

00:34:01 a 00:36:00 Para checar compreensão e promover engajamento na atividade, a psicóloga faz as seguintes perguntas, explicando que não há resposta certa ou errada, e consequencia as respostas das pacientes com gestos de concordância, conforme categorização de Zamignani (2007), para proporcionar audiência não-punitiva: Em que circunstâncias vocês terminariam um relacionamento amoroso? E um relacionamento de trabalho? Quando vocês acham que um relacionamento psicoterápico deve terminar? E um relacionamento de amizade? Vocês já romperam relações com algum familiar? O que aconteceu que levou a esse rompimento?

00:36:01 a 00:38:00 A psicóloga valida as respostas, dizendo que faz sentido terminar um relacionamento que interfira na sua qualidade de vida, que prejudique sua relação consigo mesma, que ofereça risco a sua segurança ou que lhe deixe infeliz. Ela explica que a próxima atividade é um ensaio para quando for preciso terminar relacionamentos importantes, com os seguintes passos: 1. Decidir se vai terminar o relacionamento por escrito, por telefone ou pessoalmente; 2. Escrever um roteiro do que vai dizer; 3. Praticar o que vai dizer com uma dupla e pedir opinião dela; 4. Antecipar problemas e soluções que possam ser apresentados pela pessoa com quem você terminará o relacionamento; e 5. Terminar o relacionamento.

00:38:01 a 00:39:00 A psicóloga distribui papel e caneta, e pede às pacientes para que decidam se o término será por escrito, por telefone ou pessoalmente.

00:39:01 a 00:42:00 A psicóloga informa que as pacientes terão dois minutos para escrever o roteiro do término e que é importante que esse roteiro descreva os problemas que a levaram a querer terminar o relacionamento, expresse como ela se sente com relação a isso e afirme sua decisão de terminar o relacionamento, pedindo uma confirmação de que a pessoa entendeu que o relacionamento acabou e reforçando que terminar bem é importante para ambos (conforme habilidade DEAR MAN da Terapia Dialética Comportamental (Linehan, 2018)).

00:42:01 a 00:44:00 A psicóloga pede às pacientes para que formem duplas e para que uma pessoa da dupla ensaie o término e a outra pessoa opine sobre o roteiro.

00:44:01 a 00:46:00 A psicóloga pede às pacientes para que, agora, invertam os papéis.

00:46:01 a 00:48:00 A psicóloga valida a atividade, dizendo que as pacientes sabem como terminar um relacionamento mas que isso pode ser mais difícil do que começar novos relacionamentos e um dos motivos para isso pode ser que ainda haja um sentimento de atração ou de ternura pela outra pessoa, apesar dos problemas no relacionamento que tendem a se repetir, se agravar e colocar a própria vida dela em risco. Ela explica que há algumas estratégias de regulação emocional para essas situações, em que o amor é destrutivo (conforme habilidade de ação oposta para regulação emocional da Terapia Dialética Comportamental (Linehan,

2018), como: evitar totalmente a pessoa que você ama, distrair-se dos pensamentos naquela pessoa, evitar contato com tudo que lembre aquela pessoa e se lembrar dos motivos para não amar aquela pessoa.

00:48:01 a 00:50:00 A psicóloga pede às pacientes que conversem, em duplas, sobre situações em que elas usaram essas estratégias para não ceder aos impulsos de voltar para um relacionamento destrutivo.

00:50:01 a 00:51:00 A psicóloga diz às pacientes que, hoje, elas conversaram sobre problemas de relacionamento, mas a vida delas é mais do que aqueles problemas, por mais que eles sejam importantes, por isso ela pedirá uma atividade sobre propósito de vida para ser escrita e entregue na próxima sessão.

00:51:01 a 00:52:00 A psicóloga pede às pacientes para que, durante a semana, escrevam, em um papel, sobre seus sonhos, esperanças e aspirações, respondendo às perguntas: Se todos seus problemas desaparecessem magicamente e sua vida fosse do jeito que você gostaria, como seria sua vida? O que você gostaria de fazer na sua vida que não está fazendo agora? Ela orienta que o exercício deve ser feito de forma relaxada e prazerosa, sem autocobrança.

00:52:01 a 00:53:00 A psicóloga checa se as pacientes compreenderam a atividade, perguntando: Vocês têm uma tarefa para a próxima sessão? O que vocês farão como tarefa de casa? A quem vocês entregarão o papel com a descrição dos seus sonhos, esperanças e aspirações?

00:53:01 a 00:54:00 A psicóloga acrescenta que, além da atividade, as pacientes devem trazer um objeto que represente o talento delas na próxima sessão, e diz que a terceira sessão está encerrada, mas que ela quer saber das pacientes o que elas farão de bom até a próxima sessão.

00:54:01 a 00:55:00 Após ouvir as pacientes falarem sobre seus planos para a semana, a psicóloga compartilha algo de bom que ela fará até a próxima sessão, fazendo uma autorrevelação com finalidade de estabelecer igualdade na relação terapêutica, e se despede.

00:55:01 a 01:00:00 A psicóloga faz uma pausa para respirar, beber água e organizar a sala.

01:00:01 a 01:30:00 A psicóloga faz registros nos prontuários individuais das pacientes, assim como registra algum relato de violência ou indícios que tenha surgido na sessão, para encaminhamento às autoridades competentes.

Planejamento da sessão 4 – “Amar a si para amar ao outro”

00:00:00 a 00:05:00 Em silêncio, enquanto aguarda os cinco minutos de tolerância de atraso para as pacientes, a psicóloga coleta as assinaturas na lista de presença e entrega o vale-transporte correspondente àquela sessão.

00:05:01 a 00:10:00 A psicóloga começa a sessão com uma breve apresentação de si e do programa, para conhecimento daquelas que entraram depois e revisão das pacientes assíduas, dizendo nome completo, número de registro profissional ativo na comarca de atuação, objetivos gerais e resultados esperados do programa de atendimento psicológico em clínica forense, breve explicação sobre a linha teórica da Psicologia e a autora feminista que inspirou os temas das sessões, com espaço para respostas às perguntas das pacientes sobre a psicóloga e sobre o programa.

00:10:01 a 00:15:00 A psicóloga pede às pacientes que se apresentem, dizendo seu primeiro nome, como se sente naquele momento, como passou a semana, opinando sobre a sessão anterior e fazendo a entrega da atividade de casa.

00:15:01 a 00:16:00 A psicóloga inicia a quarta sessão, dizendo: “Essa é a quarta sessão do programa de dez sessões para atendimento psicológico em clínica forense a vítimas de violência doméstica, e o tema dessa sessão é Amar A Si Para Amar Ao Outro, inspirado em um capítulo do livro Tudo Sobre o Amor, da escritora feminista Bell Hooks, que é uma das mulheres mais influentes do século. A autora propõe usar uma definição prática de amor para alcançar o amor-próprio, através de ações que favoreçam o próprio desenvolvimento. Na sessão de hoje, refletiremos sobre autoestima.”

00:16:01 a 00:17:00 A psicóloga explica que a sessão terá três atividades e, para aquela primeira atividade, pede às pacientes que apresentem os objetos que representam o talento de cada uma, enquanto quem esqueceu de trazê-lo irá fazer um desenho que represente seu talento.

00:17:01 a 00:18:00 A psicóloga pede às pacientes que formem duplas e que uma pessoa da dupla fale sobre seu talento, apresentando o objeto ou desenho que escolheu para representá-lo.

00:18:01 a 00:19:00 A psicóloga pede às pacientes que invertam papéis nas duplas, para que a outra pessoa, também, fale sobre seu talento, apresentando o objeto ou desenho que escolheu para representá-lo.

00:19:01 a 00:20:00 A psicóloga pede que, agora, uma pessoa da dupla fale sobre como seria a vida sem aquele talento.

00:20:01 a 00:21:00 A psicóloga pede às pacientes que invertam papéis nas duplas, para que a outra pessoa, também, fale sobre como seria a vida sem aquele talento.

00:21:01 a 00:22:00 A psicóloga pede que, agora, uma pessoa da dupla fale se há outros talentos que ela não quer perder e o que ela fará para praticar ou aumentar seus talentos na próxima semana, no próximo mês e no próximo ano.

00:22:01 a 00:23:00 A psicóloga pede às pacientes que invertam papéis nas duplas, para que a outra pessoa, também, fale se há outros talentos que ela não quer perder e o que ela fará para

praticar ou aumentar seus talentos na próxima semana, no próximo mês e no próximo ano.

00:23:01 a 00:24:00 A psicóloga pede que voluntárias compartilhem, com o grupo, seus objetivos para a próxima semana, o próximo mês e o próximo ano.

00:24:01 a 00:34:00 Sempre respondendo aos relatos com Facilitação e Empatia, conforme categorização de Zamignani (2007), para proporcionar audiência não-punitiva, a psicóloga conduz, então, a segunda atividade daquela sessão, com uma reflexão sobre autoestima e a respectiva análise de contingências desenhada no quadro, para uma vida com propósito e autoaceitação, com as seguintes perguntas:

00:24:01 a 00:25:00 Como você se sente ao falar dos seus talentos?

00:25:01 a 00:26:00 O que você pensa ao ver sua colega falar dos talentos dela?

00:26:01 a 00:27:00 Com que frequência você fala sobre seus talentos?

00:27:01 a 00:28:00 Para quem você fala dos seus talentos?

00:28:01 a 00:29:00 O que essas pessoas dizem ou fazem quando você fala de seus talentos para elas?

00:29:01 a 00:30:00 Como você se sente quando elas dizem ou fazem isso?

00:30:01 a 00:31:00 Como você gostaria de se sentir ao falar dos seus talentos com outras pessoas?

00:31:01 a 00:32:00 O que é amor-próprio para você?

00:32:01 a 00:33:00 Como é o amor que uma mulher talentosa se dá?

00:33:01 a 00:34:00 Como é o amor que uma mulher talentosa quer receber?

00:34:01 a 00:36:00 A psicóloga diz que nosso bem-estar é determinado mais pela sintonia de nossas ações com nossos propósitos de vida do que pela capacidade de modificar emoções desconfortáveis. Ela distribui quatro folhas de papel com desenho de um alvo de dardos e explica que, para a próxima atividade, cada participante deve escolher quatro áreas da vida que elas valorizem mas estejam, atualmente, enfraquecidas. Cada participante deve escrever, em cada alvo, uma das dez áreas seguintes: trabalho, relacionamentos, família, maternidade, educação, lazer, saúde, amizade, espiritualidade ou trabalho comunitário (conforme descrito em Lundgren et al., 2012).

00:36:01 a 00:38:00 A psicóloga esclarece dúvidas que possam surgir nas escolhas e pede que as pacientes compartilhem com o grupo as quatro áreas nas quais queiram se desenvolver para ter uma melhor qualidade de vida.

00:38:01 a 00:40:00 A psicóloga pede, então, para que as pacientes escolham um primeiro alvo e reflitam no direcionamento de vida que desejam ter para aquela área. Ela sugere que, durante essa reflexão, as pacientes pensem um pouco nas duas últimas atividades de casa, em que

escreveram sobre a vida que gostariam de ter e sobre uma pessoa que elas admiram. O que aquela pessoa que elas admiram desejaria para elas? Depois de refletir, elas devem escrever seu direcionamento de vida como uma frase para uma lápide, se ela tivesse vivido a vida do jeito que gostaria de viver e não do jeito que os outros acham que ela deve viver.

00:40:01 a 00:42:00 A psicóloga checa se todas conseguiram escrever seu direcionamento no primeiro alvo e esclarece que o objetivo da atividade é descobrir os valores das pacientes para planejar seus objetivos de vida. Ela explica que objetivos são conquistas que terminam depois que são alcançadas, enquanto valores são um padrão contínuo de comportamento. Pensando em um padrão contínuo, como elas querem ser na área escolhida para o segundo alvo? Depois de refletir, elas devem escrever seu direcionamento de vida como uma frase para uma lápide, se ela tivesse vivido a vida do jeito que gostaria de viver e não do jeito que os outros acham que ela deve viver.

00:42:01 a 00:44:00 A psicóloga checa se todas conseguiram escrever seu direcionamento no primeiro alvo e pede para que façam o mesmo para o terceiro e quarto alvos.

00:44:01 a 00:45:00 A psicóloga checa se todas conseguiram fazer a atividade para os quatro alvos e pede para que voluntárias compartilhem seus valores com o grupo.

00:45:01 a 00:47:00 A psicóloga agradece às voluntárias por compartilharem seus valores com o grupo e pede para que, agora, as pacientes marquem no alvo quão distantes estão suas vidas daquele ideal que elas escolheram como seus valores – quanto mais próximas do ideal, mais central deve ser a marca, e quanto mais distantes do ideal, mais periférica deve ser a marca.

00:47:01 a 00:49:00 A psicóloga checa se as pacientes concluíram a atividade e pede a elas para escreverem, em cada alvo, uma ação concreta e específica, que possa ser realizada na próxima semana, no próximo mês ou no próximo ano, para centralizar a marca no alvo, aproximando suas vidas de seus ideais de vida.

00:49:01 a 00:51:00 A psicóloga checa se as pacientes concluíram as atividades e pede para que elas conversem, em duplas, sobre as ações que aproximariam suas vidas de seus ideais de vida.

00:51:01 a 00:52:00 A psicóloga pede às pacientes que continuem a atividade sobre propósito de vida em casa, escrevendo em um papel quaisquer ações que elas tenham feito, durante a semana, para aproximar suas vidas de seus ideais de vida, e entreguem para a psicóloga na próxima sessão. Ela orienta que o exercício deve ser feito de forma relaxada e prazerosa, sem autocobrança.

00:52:01 a 00:53:00 A psicóloga checa se as pacientes compreenderam a atividade, perguntando: Vocês têm uma tarefa para a próxima sessão? O que vocês farão como tarefa de

casa? A quem vocês entregarão o papel com suas conquistas?

00:53:01 a 00:54:00 A psicóloga diz que a quarta sessão está encerrada, mas que ela quer saber das pacientes o que elas farão de bom até a próxima sessão.

00:54:01 a 00:55:00 Após ouvir as pacientes falarem sobre seus planos para a semana, a psicóloga compartilha algo de bom que ela fará até a próxima sessão, fazendo uma autorrevelação com finalidade de estabelecer igualdade na relação terapêutica, e se despede.

00:55:01 a 01:00:00 A psicóloga faz uma pausa para respirar, beber água e organizar a sala.

01:00:01 a 01:30:00 A psicóloga faz registros nos prontuários individuais das pacientes, assim como registra algum relato de violência ou indícios que tenha surgido na sessão, para encaminhamento às autoridades competentes.

Planejamento da sessão 5 – “Vulnerabilidade e perdas”

00:00:00 a 00:05:00 Em silêncio, enquanto aguarda os cinco minutos de tolerância de atraso para as pacientes, a psicóloga coleta as assinaturas na lista de presença e entrega o vale-transporte correspondente àquela sessão.

00:05:01 a 00:10:00 A psicóloga começa a sessão com uma breve apresentação de si e do programa, para conhecimento daquelas que entraram depois e revisão das pacientes assíduas, dizendo nome completo, número de registro profissional ativo na comarca de atuação, objetivos gerais e resultados esperados do programa de atendimento psicológico em clínica forense, breve explicação sobre a linha teórica da Psicologia e a autora feminista que inspirou os temas das sessões, com espaço para respostas às perguntas das pacientes sobre a psicóloga e sobre o programa.

00:10:01 a 00:15:00 A psicóloga pede às pacientes que se apresentem, dizendo seu primeiro nome, como se sente naquele momento, como passou a semana, opinando sobre a sessão anterior e fazendo a entrega da atividade de casa.

00:15:01 a 00:16:00 A psicóloga inicia a quinta sessão, dizendo: “Essa é a quinta sessão do programa de dez sessões para atendimento psicológico em clínica forense a vítimas de violência doméstica, e o tema dessa sessão é Vulnerabilidade e Perdas, inspirado em um capítulo do livro Tudo Sobre o Amor, da escritora feminista Bell Hooks, que é uma das mulheres mais influentes do século. A autora constata a dificuldade de falar sobre lutos e perdas em uma cultura que oferece remédio rápido para qualquer dor e propõe usar o luto para intensificar nosso amor pelos que estão morrendo, pelos nossos mortos e pelos que ainda estão vivos, pois a dor da perda pode nos direcionar a viver mais conscientemente. Na sessão de hoje, refletiremos sobre

vulnerabilidade.”

00:16:01 a 00:17:00 A psicóloga mostra fitas de cetim de cores variadas e explica que as pacientes usarão aquelas fitas para construir uma linha do tempo da vida delas. Para isso, elas devem escolher três cores, que representarão lembranças dolorosas, lembranças neutras e lembranças prazerosas e pede a elas que peguem, para si, três pedaços grandes de cada cor.

00:17:01 a 00:19:00 A psicóloga pede que as pacientes elejam, em silêncio, pelo menos três lembranças prazerosas e cortem as fitas escolhidas no tamanho desejado para cada lembrança. Antes de cortá-las, a psicóloga avisa que, depois, as fitas serão amarradas umas nas outras para formar uma linha do tempo, que será guardada em uma caixa.

00:19:01 a 00:21:00 A psicóloga pede que as pacientes elejam, em silêncio, pelo menos três lembranças neutras e cortem as fitas escolhidas no tamanho desejado para cada lembrança. Antes de cortá-las, a psicóloga repete que, depois, as fitas serão amarradas umas nas outras para formar uma linha do tempo, que será guardada em uma caixa.

00:21:01 a 00:23:00 A psicóloga pede que as pacientes elejam, em silêncio, pelo menos três lembranças dolorosas e cortem as fitas escolhidas no tamanho desejado para cada lembrança.

00:23:01 a 00:25:00 A psicóloga distribui uma caixa para cada participante e pede que elas formem uma linha do tempo da vida delas, amarrando, cuidadosamente, as fitas de cada lembrança em ordem cronológica e guardando-a na caixa, ao final.

00:25:01 a 00:35:00 A psicóloga pede a voluntárias para que apresentem suas linhas-do-tempo ao grupo, respondendo aos relatos com Facilitação e Empatia, conforme categorização de Zamignani (2007), para proporcionar audiência não-punitiva.

00:35:01 a 00:53:00 Sempre respondendo aos relatos com Facilitação e Empatia, conforme categorização de Zamignani (2007), a psicóloga conduz, então, a segunda atividade daquela sessão, com uma reflexão sobre vulnerabilidade e a respectiva análise de contingências desenhada no quadro, para aceitação de eventos dolorosos, com as seguintes perguntas:

00:35:01 a 00:37:00 O que você fez na ocasião desses acontecimentos dolorosos?

00:37:01 a 00:39:00 O que você pensou?

00:39:01 a 00:41:00 Como você se sentiu?

00:41:01 a 00:43:00 O que aconteceu depois?

00:43:01 a 00:45:00 Você faz algo para não viver novas experiências dolorosas?

00:45:01 a 00:47:00 Ao fazer isso, que outras experiências você deixa de viver?

00:47:01 a 00:49:00 Ao fazer isso, você consegue impedir novas experiências dolorosas?

00:49:01 a 00:51:00 De que outras formas você pode lidar com essas experiências dolorosas?

00:51:01 a 00:53:00 Há algo que você deseje realizar mesmo que se arrisque a novas

experiências dolorosas?

00:53:01 a 00:54:00 A psicóloga diz que a quinta sessão está encerrada e que não haverá atividade para casa, mas que ela quer saber das pacientes o que elas farão de bom até a próxima sessão.

00:54:01 a 00:55:00 Após ouvir as pacientes falarem sobre seus planos para a semana, a psicóloga compartilha algo de bom que ela fará até a próxima sessão, fazendo uma autorrevelação com finalidade de estabelecer igualdade na relação terapêutica, e se despede.

00:55:01 a 01:00:00 A psicóloga faz uma pausa para respirar, beber água e organizar a sala.

01:00:01 a 01:30:00 A psicóloga faz registros nos prontuários individuais das pacientes, assim como registra algum relato de violência ou indícios que tenha surgido na sessão, para encaminhamento às autoridades competentes.

Planejamento da sessão 6 – “Dominação, medo e poder”

00:00:00 a 00:05:00 Em silêncio, enquanto aguarda os cinco minutos de tolerância de atraso para as pacientes, a psicóloga coleta as assinaturas na lista de presença e entrega o vale-transporte correspondente àquela sessão.

00:05:01 a 00:10:00 A psicóloga começa a sessão com uma breve apresentação de si e do programa, para conhecimento daquelas que entraram depois e revisão das pacientes assíduas, dizendo nome completo, número de registro profissional ativo na comarca de atuação, objetivos gerais e resultados esperados do programa de atendimento psicológico em clínica forense, breve explicação sobre a linha teórica da Psicologia e a autora feminista que inspirou os temas das sessões, com espaço para respostas às perguntas das pacientes sobre a psicóloga e sobre o programa.

00:10:01 a 00:15:00 A psicóloga pede às pacientes que se apresentem, dizendo seu primeiro nome, como se sente naquele momento, como passou a semana, opinando sobre a sessão anterior, inclusive sobre não teratividade de casa.

00:15:01 a 00:16:00 A psicóloga inicia a sexta sessão, dizendo: “Essa é a sexta sessão do programa de dez sessões para atendimento psicológico em clínica forense a vítimas de violência doméstica e o tema dessa sessão é Dominação, Medo e Poder, inspirado em um capítulo do livro Tudo Sobre o Amor, da escritora feminista Bell Hooks, que é uma das mulheres mais influentes do século. A autora critica a cultura de dominação, que nos separa uns dos outros por medo das nossas diferenças. Para a feminista, quando o amor está presente, não existe desejo de exercer poder, e um exemplo disso são os movimentos sociais pela liberdade. Na sessão de

hoje, refletiremos sobre assertividade.”

00:15:01 a 00:16:00 A psicóloga distribui cartas de baralho com descrições fictícias de situações de conflito, pedindo às pacientes para encenar, em duplas, uma das três formas possíveis de resolver a situação da carta escolhida: a forma mais rápida possível, a forma diplomática e a forma de esperar que a situação se resolva sozinha.

00:16:01 a 00:17:00 A psicóloga pede para que as duplas invertam papéis e encenem uma outra forma de resolver aquela situação.

00:17:01 a 00:18:00 A psicóloga pede às pacientes para que escolham outra carta do baralho com descrições de situações de conflito e encenem, nas suas duplas, uma das três formas possíveis de resolver cada situação: a forma mais rápida possível, a forma diplomática e a forma de esperar que a situação se resolva sozinha.

00:18:01 a 00:19:00 A psicóloga pede para que as duplas invertam papéis e encenem uma outra forma de resolver aquela situação.

00:19:01 a 00:20:00 A psicóloga pede às pacientes para que escolham outra carta do baralho com descrições de situações de conflito e encenem, nas suas duplas, uma das três formas possíveis de resolver cada situação: a forma mais rápida possível, a forma diplomática e a forma de esperar que a situação se resolva sozinha.

00:20:01 a 00:21:00 A psicóloga pede para que as duplas invertam papéis e encenem uma outra forma de resolver aquela situação.

00:21:01 a 00:34:00 Sempre respondendo aos relatos com Facilitação e Empatia, conforme categorização de Zamignani (2007), a fim de estabelecer uma audiência não-punitiva, a psicóloga conduz, então, a segunda atividade daquela sessão, com uma reflexão sobre assertividade e a respectiva análise de contingências desenhada no quadro, para modelagem de autoconhecimento que promova autocontrole:

00:21:01 a 00:22:00 A psicóloga pede a uma voluntária para relatar uma das situações escolhidas para o grupo e como a situação foi resolvida.

00:22:01 a 00:23:00 A psicóloga pede, ao grupo, para opinar sobre consequências positivas imediatas daquela solução, enquanto desenha a análise de contingências no quadro.

00:23:01 a 00:24:00 A psicóloga pede, ao grupo, para opinar sobre consequências negativas atrasadas daquela solução, enquanto desenha a análise de contingências no quadro.

00:24:01 a 00:25:00 A psicóloga pede a outra voluntária para relatar uma das situações escolhidas para o grupo e como a situação foi resolvida.

00:25:01 a 00:26:00 A psicóloga pede, ao grupo, para opinar sobre consequências positivas imediatas daquela solução, considerando os efeitos no bem-estar físico, emocional e

econômico, tempo e esforço despendidos, efeitos no bem-estar de outras pessoa e conflito entre os efeitos nos objetivos pessoais e na reputação, enquanto desenha a análise de contingências no quadro.

00:26:01 a 00:27:00 A psicóloga pede, ao grupo, para opinar sobre consequências negativas atrasadas daquela solução, considerando os efeitos no bem-estar físico, emocional e econômico, tempo e esforço despendidos, efeitos no bem-estar de outras pessoa e conflito entre os efeitos nos objetivos pessoais e na reputação, enquanto desenha a análise de contingências no quadro.

00:27:01 a 00:28:00 A psicóloga pede a outra voluntária para relatar uma das situações escolhidas para o grupo e como a situação foi resolvida.

00:28:01 a 00:29:00 A psicóloga pede, ao grupo, para opinar sobre consequências positivas imediatas daquela solução, considerando os efeitos no bem-estar físico, emocional e econômico, tempo e esforço despendidos, efeitos no bem-estar de outras pessoa e conflito entre os efeitos nos objetivos pessoais e na reputação, enquanto desenha a análise de contingências no quadro.

00:29:01 a 00:30:00 A psicóloga pede, ao grupo, para opinar sobre consequências negativas atrasadas daquela solução, considerando os efeitos no bem-estar físico, emocional e econômico, tempo e esforço despendidos, efeitos no bem-estar de outras pessoa e conflito entre os efeitos nos objetivos pessoais e na reputação, enquanto desenha a análise de contingências no quadro.

00:30:01 a 00:31:00 A psicóloga pede, agora, que uma voluntária relate uma situação pessoal de conflito que tenha vivido e como ela foi resolvida.

00:31:01 a 00:32:00 A psicóloga pergunta à voluntária quais foram as consequências positivas imediatas e as consequências negativas atrasadas daquela solução, enquanto desenha a análise de contingências no quadro.

00:32:01 a 00:33:00 A psicóloga pergunta à voluntária como ela quer que o outro se sinta a respeito dela naquela situação e se isso é importante para ela, além de como ela quer se sentir a respeito do outro naquela situação e se isso é importante para ela, enfatizando que não há resposta certa ou errada, para evitar julgamentos morais e evocar respostas autênticas.

00:33:01 a 00:34:00 A psicóloga pergunta à voluntária como ela quer se sentir a seu próprio respeito? Orgulhosa? Envergonhada? Feliz? Triste? Com raiva?

00:34:01 a 00:36:00 A psicóloga explica que a terceira atividade daquela sessão é um treino de habilidades para efetividade interpessoal, que são variações nas competências de assertividade. A psicóloga define a assertividade como uma qualidade de ação que permite resolver conflitos sem alienar a outra pessoa nem perder o autorrespeito, isto é, uma atitude assertiva é aquela que

não é agressiva, nem passiva, nem passivo-agressiva. A psicóloga adverte que, apesar disso, a assertividade não garante resultados, porque fatores ambientais, inclusive de falta de habilidade da outra pessoa, podem fazer com que indivíduos habilidosos não consigam conquistar o que querem, não consigam manter amizades ou não se comportem com atitudes que eles mesmos respeitem. A psicóloga acrescenta que, na sétima sessão, que acontece na semana seguinte àquela sessão, as pacientes conhecerão um pouco sobre a longa história de opressão das mulheres pela sociedade, de forma que elas não se sintam culpadas se não atingirem bons resultados mesmo usando as habilidades ensinadas. A psicóloga esclarece que não há mudança sem aceitação da realidade, por isso saber aceitar que a força da sociedade machista ainda é maior já é um sinal de progresso terapêutico. A psicóloga conclui a explicação dizendo que, em último caso, elas podem recorrer à habilidade para terminar um relacionamento destrutivo, depois da reflexão sobre confiança e treino de habilidade da terceira sessão.

00:36:01 a 00:37:00 A psicóloga checa se as pacientes compreenderam a longa explicação, perguntando às pacientes qual será a terceira atividade daquela sessão, o que é assertividade e o que pode interferir na assertividade com prejuízo para seus resultados.

00:36:01 a 00:38:00 A psicóloga pede às pacientes que escolham uma situação pessoal de conflito ou uma carta do baralho de situações de conflito e, em duplas, descrevam, cada uma, a situação escolhida para a outra participante.

00:38:01 a 00:39:00 A psicóloga diz que, para resolver aquele conflito assertivamente, a participante deverá, primeiro, definir sua prioridade, e pede a elas que comuniquem à dupla se a prioridade delas é conseguir o que quer, manter o relacionamento ou manter o autorrespeito.

00:39:01 a 00:40:00 A psicóloga explica que, para cada uma das três prioridades, existe uma técnica de efetividade interpessoal (Linehan, 2018), e que cada uma dessas técnicas é conhecida por um mnemônico, que é uma sigla para facilitar a memorização dos passos, de forma que a técnica para conseguir o que quer é DEAR MAN, a técnica para manter o relacionamento é GIVE e a técnica para manter o autorrespeito é FAST. A psicóloga pede, então, que cada participante diga qual técnica irá usar para resolver a situação de conflito escolhida, respondendo com gestos de aprovação, conforme categorização de Zamignani (2007).

00:40:01 a 00:41:00 A psicóloga explica, enquanto escreve no quadro, a técnica DEAR MAN, dizendo que a participante que priorizar conseguir o que quer na situação de conflito deve descrever a situação objetivamente, expressar seus sentimentos a respeito da situação, ser assertiva através de um pedido, reforçar o interlocutor com a identificação de algo gratificante que aconteceria se ele atendesse ao seu pedido, manter-se em mindfulness ignorando ataques e desvios para focar no seu pedido, aparentar confiança e negociar com redução do pedido e

soluções alternativas.

00:41:01 a 00:42:00 A psicóloga explica, enquanto escreve no quadro, a técnica GIVE, dizendo que a participante que priorizar manter o relacionamento na situação de conflito deve ser gentil, demonstrar estar interessada com atitudes, validar o interlocutor com palavras e ações e adotar um estilo tranquilo.

00:42:01 a 00:43:00 A psicóloga explica, enquanto escreve no quadro, a técnica FAST, dizendo que a participante que priorizar manter o autorrespeito na situação de conflito deve ser justa (fair, em inglês) consigo e com o outro, não se desculpar demais (apologies, em inglês), sustentar seus valores com a expressão de suas convicções, ser transparente, evitando mentiras e exageros.

00:43:01 a 00:44:00 A psicóloga diz que as pacientes devem, agora, resolver as situações de conflito em duplas, usando as técnicas aprendidas, sem muita preocupação, pois será a prática repetida da técnica em situações diferentes que trará maestria, mas que ela está disponível para ajudá-las ao longo da atividade, no caso de dúvidas.

00:44:01 a 00:46:00 A psicóloga pede que resolvam o primeiro conflito da dupla, usando as técnicas de assertividade.

00:46:01 a 00:48:00 A psicóloga pede que resolvam o segundo conflito da dupla, usando as técnicas de assertividade.

00:48:01 a 00:50:00 A psicóloga pede que resolvam o primeiro conflito da dupla, usando as técnicas de assertividade.

00:50:01 a 00:51:00 A psicóloga pergunta às pacientes qual foi a maior dificuldade que elas experimentaram na atividade de solução de conflitos com técnicas de assertividade, respondendo aos relatos com facilitação, empatia e gestos de concordância, conforme categorização de Zamignani (2007), para estabelecer uma audiência não-punitiva.

00:51:01 a 00:52:00 A psicóloga pede às pacientes que continuem a atividade sobre assertividade em casa, escrevendo, em um papel, o que eles diriam e fariam para solucionar o conflito da situação escolhida com um foco diferente daquele que elas escolheram em sessão, para entregar para a psicóloga na próxima sessão.

00:52:01 a 00:53:00 A psicóloga checa se as pacientes compreenderam a atividade, perguntando: Vocês têm uma tarefa para a próxima sessão? O que vocês farão como tarefa de casa? A quem vocês entregarão o papel com a descrição de uma solução de conflitos assertiva?

00:53:01 a 00:54:00 A psicóloga diz que a segunda sessão está encerrada, mas que ela quer saber das pacientes o que elas farão de bom até a próxima sessão.

00:54:01 a 00:55:00 Após ouvir as pacientes falarem sobre seus planos para a semana, a

psicóloga compartilha algo de bom que ela fará até a próxima sessão, fazendo uma autorrevelação com finalidade de estabelecer igualdade na relação terapêutica, e se despede.

00:55:01 a 01:00:00 A psicóloga faz uma pausa para respirar, beber água e organizar a sala.

01:00:01 a 01:30:00 A psicóloga faz registros nos prontuários individuais das pacientes, assim como registra algum relato de violência ou indícios que tenha surgido na sessão, para encaminhamento às autoridades competentes.

Planejamento da sessão 7 – “Sororidade: uma comunhão amorosa”

00:00:00 a 00:05:00 Em silêncio, enquanto aguarda os cinco minutos de tolerância de atraso para as pacientes, a psicóloga coleta as assinaturas na lista de presença e entrega o vale-transporte correspondente àquela sessão.

00:05:01 a 00:10:00 A psicóloga começa a sessão com uma breve apresentação de si e do programa, para conhecimento daquelas que entraram depois e revisão das pacientes assíduas, dizendo nome completo, número de registro profissional ativo na comarca de atuação, objetivos gerais e resultados esperados do programa de atendimento psicológico em clínica forense, breve explicação sobre a linha teórica da Psicologia e a autora feminista que inspirou os temas das sessões, com espaço para respostas às perguntas das pacientes sobre a psicóloga e sobre o programa.

00:10:01 a 00:15:00 A psicóloga pede às pacientes que se apresentem, dizendo seu primeiro nome, como se sente naquele momento, como passou a semana, opinando sobre a sessão anterior e fazendo a entrega da atividade de casa.

00:15:01 a 00:16:00 A psicóloga inicia a sétima sessão, dizendo: “Essa é a sétima sessão do programa de dez sessões para atendimento psicológico em clínica forense a vítimas de violência doméstica e o tema dessa sessão é Sororidade: Uma Comunhão Amorosa, inspirado em um capítulo do livro Tudo Sobre o Amor, da escritora feminista Bell Hooks, que é uma das mulheres mais influentes do século. A autora discorda de que o relacionamento romântico seja especial e deva ser reverenciado acima de todos os outros. Para a feminista, o amor que dedicamos àqueles que escolhemos amar é o mesmo, sejam eles familiares, amigos, cônjuges ou nós mesmos. Na sessão de hoje, refletiremos sobre sororidade e a História da Mulher.”

00:16:01 a 00:21:00 A psicóloga faz uma apresentação expositiva sobre história da mulher, a partir do livro A criação do patriarcado: história da opressão das mulheres pelos homens, de autoria de Gerda Lerner.

00:21:01 a 00:22:00 A psicóloga esclarece dúvidas que possam ter surgido sobre a

apresentação.

00:22:01 a 00:24:00 A psicóloga pede às pacientes que conversem, em duplas, sobre a apresentação e como a História das Mulheres se relaciona com suas próprias histórias. Por exemplo, elas sentem que seus méritos são devidamente reconhecidos na sociedade ou já passaram por situações de ingratidão e falta de reconhecimento? Você já refletiu sobre seus sucessos e fracassos por uma perspectiva de gênero, desigualdade de oportunidades e papéis sociais pré-definidos da mulher, como esposa e mãe?

00:24:01 a 00:25:00 A psicóloga diz que fará uma segunda apresentação, sobre feminismo, e pergunta às pacientes o que elas sabem sobre feminismo.

00:26:01 a 00:31:00 A psicóloga faz uma apresentação expositiva sobre o feminismo (Evans & Chamberlain, 2014; Hooks, 2024b).

00:31:01 a 00:32:00 A psicóloga esclarece dúvidas que possam ter surgido sobre a apresentação.

00:32:01 a 00:33:00 A psicóloga pede a voluntárias que opinem sobre o feminismo e agradece pelas opiniões.

00:33:01 a 00:36:00 A psicóloga explica que as pacientes têm três atividades a seguir – uma colagem, um desenho e uma dinâmica – e pede para que, em duplas, façam uma colagem colaborativa com imagens femininas.

00:36:01 a 00:38:00 A psicóloga pede para que cada dupla apresente sua colagem e fale um pouco sobre aquelas mulheres – quem elas são, como elas são e o que elas fazem.

00:38:01 a 00:40:00 A psicóloga pede para que as pacientes, individualmente, desenhem seu autorretrato.

00:40:01 a 00:42:00 A psicóloga pede para que as pacientes apresentem seus autorretratos para o grupo, falando um pouco sobre si – quem elas são, como elas são e o que elas fazem.

00:42:01 a 00:45:00 A psicóloga propõe que as pacientes façam a dinâmica do novelo de lã: ofereçam uma qualidade própria a outra integrante, para quem arremessará o novelo de lã, depois observem a teia formada e reflitam sobre a importância de cada membro do grupo e sobre como cada um se sente em pertencer àquele grupo de mulheres.

00:45:01 a 00:46:00 A psicóloga pede que uma participante solte a lã e as demais pacientes falem sobre a falta que aquela participante faz ao grupo.

00:46:01 a 00:47:00 A psicóloga pede que mais uma participante solte a lã e as demais pacientes falem sobre a falta que aquela participante faz ao grupo.

00:47:01 a 00:48:00 A psicóloga pede que mais uma participante solte a lã e as demais pacientes falem sobre a falta que aquela participante faz ao grupo.

00:48:01 a 00:49:00 A psicóloga pede que mais uma participante solte a lã e as demais pacientes falem sobre a falta que aquela participante faz ao grupo.

00:49:01 a 00:50:00 A psicóloga pede que uma participante solte a lã e as demais pacientes falem sobre a falta que aquela participante faz ao grupo.

00:50:01 a 00:51:00 A psicóloga conclui a atividade explicando o significado de sororidade, como uma relação de união e amizade entre mulheres.

00:51:01 a 00:52:00 A psicóloga pede às pacientes que continuem a atividade sobre sororidade em casa, escrevendo em um papel o nome de uma mulher em quem elas confiam, descrevendo quem ela é, como ela é e o que ela faz para entregar para a psicóloga na próxima sessão.

00:52:01 a 00:53:00 A psicóloga checa se as pacientes compreenderam a atividade, perguntando: Vocês têm uma tarefa para a próxima sessão? O que vocês farão como tarefa de casa? A quem vocês entregarão o papel com a descrição de uma mulher em quem vocês confiam?

00:53:01 a 00:54:00 A psicóloga diz que a sétima sessão está encerrada, mas que ela quer saber das pacientes o que elas farão de bom até a próxima sessão.

00:54:01 a 00:55:00 Após ouvir as pacientes falarem sobre seus planos para a semana, a psicóloga compartilha algo de bom que ela fará até a próxima sessão, fazendo uma autorrevelação com finalidade de estabelecer igualdade na relação terapêutica, e se despede.

00:55:01 a 01:00:00 A psicóloga faz uma pausa para respirar, beber água e organizar a sala.

01:00:01 a 01:30:00 A psicóloga faz registros nos prontuários individuais das pacientes, assim como registra algum relato de violência ou indícios que tenha surgido na sessão, para encaminhamento às autoridades competentes.

Planejamento da sessão 8 – “Amar dá trabalho”

00:00:00 a 00:05:00 Em silêncio, enquanto aguarda os cinco minutos de tolerância de atraso para as pacientes, a psicóloga coleta as assinaturas na lista de presença e entrega o vale-transporte correspondente àquela sessão.

00:05:01 a 00:10:00 A psicóloga começa a sessão com uma breve apresentação de si e do programa, para conhecimento daquelas que entraram depois e revisão das pacientes assíduas, dizendo nome completo, número de registro profissional ativo na comarca de atuação, objetivos gerais e resultados esperados do programa de atendimento psicológico em clínica forense, breve explicação sobre a linha teórica da Psicologia e a autora feminista que inspirou os temas das sessões, com espaço para respostas às perguntas das pacientes sobre a psicóloga e sobre o

programa.

00:10:01 a 00:15:00 A psicóloga pede às pacientes que se apresentem, dizendo seu primeiro nome, como se sente naquele momento, como passou a semana, opinando sobre a sessão anterior e fazendo a entrega da atividade de casa.

00:15:01 a 00:16:00 A psicóloga inicia a oitava sessão, dizendo: “Essa é a oitava sessão do programa de dez sessões para atendimento psicológico em clínica forense a vítimas de violência doméstica e o tema dessa sessão é Amar Dá Trabalho, inspirado em um capítulo do livro Tudo Sobre o Amor, da escritora feminista Bell Hooks, que é uma das mulheres mais influentes do século. A autora adverte que a extenuante escala de trabalho deixa pouco tempo para investir no amor. Ela explica, ainda, que o modo como os homens são favorecidos na sociedade patriarcal mantém as necessidades emocionais das mulheres em constante privação, de modo que a decisão de não se comprometer com o amor é mais uma forma de dominação masculina, pois a sociedade aplaude o comportamento de sexualidade serial no homem enquanto pune rigorosamente o mesmo comportamento nas mulheres, que devem se manter “belas, recatadas e do lar”, fiéis nas traições e celibatárias nas rejeições. Na sessão de hoje, refletiremos sobre regulação emocional.”

00:16:01 a 00:20:00 A psicóloga pede para que as pacientes, em duplas, descrevam as ações e situações escritas em tiras de papel para que a outra adivinhe a emoção correspondente (Linehan, 2018).

00:20:01 a 00:24:00 A psicóloga pede para que voluntárias compartilhem com o grupo situações pessoais que sejam semelhantes às situações descritas nas tiras de papel e como elas se sentiram naquelas situações, escolhendo uma das emoções do Varal de Emoções.

00:24:01 a 00:28:00 A psicóloga pede para que as pacientes descrevam, em tiras de papel, pelo menos três ocasiões em que sentiram amor, raiva, alegria, tristeza, ciúme, medo ou vergonha, pendurando as descrições sob os rótulos correspondentes no Varal de Emoções.

00:28:01 a 00:32:00 A psicóloga pede a voluntárias que relatem para o grupo o que pensaram, sentiram e fizeram na ocasião descrita, e o que aconteceu depois, desenhando a contingência no quadro, para promoção de autonomia das pacientes na discriminação de variáveis que controlam o próprio comportamento para manejo de contingências.

00:32:01 a 00:36:00 A psicóloga pergunta às voluntárias se as consequências foram satisfatórias ou insatisfatórias, e pede outras respostas possíveis para aquela situação.

00:36:01 a 00:37:00 A psicóloga diz que a regulação emocional envolve, portanto, modificação das situações desencadeadoras daquelas emoções e que essas situações, frequentemente, são situações de conflitos nos relacionamentos. Para gerenciar efetivamente a si mesma, o

gerenciamento dos relacionamentos é imprescindível e pode ser facilitado com habilidades de modificação comportamental, que serão ensinadas, de modo rápido e superficial, a seguir.

00:38:01 a 00:39:00 A psicóloga diz que pedirá a uma voluntária que saia da sala e combinará com as pacientes um roteiro de comportamentos desejados para ela, como andar até o quadro, voltar para a cadeira e se sentar, devendo sinalizar a aproximação do comportamento desejado com aplausos e o distanciamento dele com silêncio.

00:39:01 a 00:41:00 A psicóloga pede a uma voluntária para sair a sala, combina o roteiro com o grupo e pede à voluntária para voltar.

00:41:01 a 00:43:00 O grupo ensina o comportamento desejável à voluntária, reforçando com aplausos.

00:43:01 a 00:44:00 A psicóloga explica que o aplauso é uma forma de reforçar comportamentos, pois o reforço é uma estratégia de modificação comportamental onde comportamentos desejados aumentam de probabilidade quando seguidos por uma recompensa ou um alívio e pede para que conversem, em duplas, sobre recompensas e alívios que tornariam seus comportamentos mais frequentes, como brindes para compras caras ou ar condicionado para alívio do calor.

00:44:01 a 00:45:00 As duplas conversam sobre suas próprias recompensas e alívios.

00:45:01 a 00:46:00 A psicóloga explica que, agora, elas sabem o que funciona para ensinar comportamentos desejáveis a elas, mas não saber seus reforçadores não faz com que eles deixem de funcionar, por isso elas precisam estar atentas aos reforçadores das pessoas com quem se relacionam, mesmo que elas não lhes digam quais são, porque premiar ou dar alívio a comportamentos indesejáveis fará com que eles se repitam nas suas relações.

00:46:01 a 00:48:00 A psicóloga pede para que as pacientes conversem, em duplas, sobre comportamentos indesejáveis nas suas relações e o que elas fazem para reforçar ou não reforçar aquele comportamento.

00:48:01 a 00:50:00 A psicóloga explica que reforçar um comportamento indesejável de forma intermitente, isto é, promover recompensa ou alívio ao comportamento indesejável apenas algumas vezes mesmo que isso não seja feito na maior parte das vezes, tornará o comportamento ainda mais persistente, por isso ela pede para que as pacientes conversem, em duplas, sobre as situações em que cederam a um comportamento indesejável nas relações, como uma mãe que cede a uma birra do filho.

00:50:01 a 00:51:00 A psicóloga diz às pacientes que elas devem observar suas emoções ao longo da semana, para descrevê-las na atividade de casa, de forma que elas experimentarão aquelas emoções com atenção a todas as sensações físicas e a sua duração.

00:51:01 a 00:52:00 A psicóloga pede às pacientes que continuem a atividade sobre regulação emocional em casa, escrevendo em um papel qual foi a emoção mais forte da semana e qual foi a função daquela emoção, isto é, o que aquela emoção estava lhe fazendo resolver, superar ou evitar, para entregar para a psicóloga na próxima sessão.

00:52:01 a 00:53:00 A psicóloga checa se as pacientes compreenderam a atividade, perguntando: Vocês têm uma tarefa para a próxima sessão? O que vocês farão como tarefa de casa? A quem vocês entregarão o papel com a descrição da emoção mais forte de vocês?

00:53:01 a 00:54:00 A psicóloga diz que a oitava sessão está encerrada, mas que ela quer saber das pacientes o que elas farão de bom até a próxima sessão.

00:54:01 a 00:55:00 Após ouvir as pacientes falarem sobre seus planos para a semana, a psicóloga compartilha algo de bom que ela fará até a próxima sessão, fazendo uma autorrevelação com finalidade de estabelecer igualdade na relação terapêutica, e se despede.

00:55:01 a 01:00:00 A psicóloga faz uma pausa para respirar, beber água e organizar a sala.

01:00:01 a 01:30:00 A psicóloga faz registros nos prontuários individuais das pacientes, assim como registra algum relato de violência ou indícios que tenha surgido na sessão, para encaminhamento às autoridades competentes.

Planejamento da sessão 9 – “Gaslighting”

00:00:00 a 00:05:00 Em silêncio, enquanto aguarda os cinco minutos de tolerância de atraso para as pacientes, a psicóloga coleta as assinaturas na lista de presença e entrega o vale-transporte correspondente àquela sessão.

00:05:01 a 00:10:00 A psicóloga começa a sessão com uma breve apresentação de si e do programa, para conhecimento daquelas que entraram depois e revisão das pacientes assíduas, dizendo nome completo, número de registro profissional ativo na comarca de atuação, objetivos gerais e resultados esperados do programa de atendimento psicológico em clínica forense, breve explicação sobre a linha teórica da Psicologia e a autora feminista que inspirou os temas das sessões, com espaço para respostas às perguntas das pacientes sobre a psicóloga e sobre o programa.

00:10:01 a 00:15:00 A psicóloga pede às pacientes que se apresentem, dizendo seu primeiro nome, como se sente naquele momento, como passou a semana, opinando sobre a sessão anterior e fazendo a entrega da atividade de casa.

00:15:01 a 00:17:00 A psicóloga inicia a nona sessão, dizendo: “Essa é a nona sessão do programa de dez sessões para atendimento psicológico em clínica forense a vítimas de violência

doméstica e o tema dessa sessão é Gaslighting. Na sessão de hoje, refletiremos sobre a Saúde Mental da Mulher.” Ela pergunta às pacientes se elas sabem algo sobre gaslighting ou sobre violência psicológica e se desejam compartilhar o que souberem com o grupo, respondendo com Facilitação, Empatia e Gestos de Concordância, conforme categorização de Zamignani (2007), para estabelecer uma audiência não-punitiva.

00:17:01 a 00:20:00 A psicóloga pede às pacientes que vejam uma cena de um filme clássico de 1944, que se chama Gaslight, traduzido para À Meia-Luz, e observem, na cena Gaslight “You're Being Driven Insane Scene”, traduzido como “Você está ficando louca”, o que o marido diz para a esposa que pode ser considerado uma violência psicológica.

00:20:01 a 00:23:00 A psicóloga conduz um treino de auto-observação ou mindfulness das emoções, pedindo para voluntárias permanecerem como estão e se dedicarem, por um momento, a perceber as emoções que aquela cena pode ter desencadeado nelas, enquanto lhes faz algumas perguntas e comentários de Linehan (2018): “Observe onde, no seu corpo, você percebe sensações emocionais. Como está seu maxilar? Como está sua respiração? Sente alguma contração na musculatura das costas? Sente algum calafrio? Tem arrepios em alguma parte do corpo? Percebe seus dentes rangerem? Alguma dor que tenha aparecido ou piorado neste momento? Permita-se sentir suas emoções. Sempre ter que impedir ou reprimir as emoções é uma forma de ser controlada por elas. Imagine que sua emoção é como uma onda, indo para o oceano, vindo para a praia e quebrando na areia. Abra-se para esse fluxo, mas não tente manter a emoção presente. Aceite suas emoções como parte da sua condição humana”.

00:23:01 a 00:25:00 A psicóloga pede a voluntárias para que expressem como se sentiram nos últimos minutos, após a exibição da cena do filme norte-americano de 1944, em que a atriz Ingrid Bergman interpreta a personagem Paula, vítima de abusos psicológicos do seu marido George, que tenta fazê-la questionar sua sanidade, sua memória e sua percepção das coisas.

00:25:01 a 00:28:00 A psicóloga pede às pacientes que vejam mais uma cena de um filme Gaslight, traduzido para À Meia-Luz, e observem, na cena Gaslight “You Think I'm Insane Scene”, traduzido como “Você me acha louca”, o que o marido diz para a esposa que pode ser considerado uma violência psicológica.

00:28:01 a 00:30:00 A psicóloga pede a voluntárias para descreverem aquela cena com o máximo de detalhes possível.

00:30:01 a 00:35:00 A psicóloga explica que a violência psicológica pode acontecer em qualquer lugar, com qualquer pessoa, a qualquer momento, e faz uma breve apresentação expositiva sobre Violência Psicológica em diversos contextos: gaslighting, bullying e assédio moral (Barreto, 2005; Kienen & Botomé, 2007; Lei nº 14.188, 2021; Medeiros et al., 2015;

Sarkis, 2019).

00:35:01 a 00:36:00 A psicóloga esclarece dúvidas que possam ter surgido sobre a apresentação.

00:36:01 a 00:39:00 A psicóloga pede às pacientes para conversarem sobre casos pessoais de violência psicológica, que tenham sofrido ou testemunhado, com o máximo de detalhes possível.

00:39:01 a 00:40:00 A psicóloga pede a voluntárias que compartilhem os sentimentos que foram mobilizados pela discussão dos casos pessoais.

00:40:01 a 00:41:00 A psicóloga pede a voluntárias que compartilhem qual a função daquele sentimento em relação àquelas situações.

00:41:01 a 00:42:00 A psicóloga agradece pela contribuição das voluntárias e explica que as emoções têm a função de comunicar algo a si, comunicar algo ao outro e motivar a agir em situações urgentes, nas quais a análise racional seria perigosamente demorada. Ela exemplifica com as emoções da raiva, da tristeza e da repulsa, dizendo que a raiva nos motiva a agir com maestria em resposta aos bloqueios de objetivos importantes, a tristeza nos motiva a buscar ajuda quando perdemos algo ou alguém importante, e a repulsa nos motiva a rejeitar situações ofensivas.

00:42:01 a 00:43:00 A psicóloga pede a voluntárias que digam o que sentem vontade de fazer quando estão entristecidas, respondendo aos relatos com Facilitação, Empatia e Gestos de Concordância, conforme categorização de Zamignani (2007) para estabelecer uma audiência não-punitiva.

00:43:01 a 00:44:00 A psicóloga pede a voluntárias que digam o que sentem vontade de fazer quando estão enraivecidas, respondendo aos relatos com Facilitação, Empatia e Gestos de Concordância, conforme categorização de Zamignani (2007) para estabelecer uma audiência não-punitiva.

00:44:01 a 00:45:00 A psicóloga pede a voluntárias que digam o que sentem vontade de fazer quando estão enojadas, respondendo aos relatos com Facilitação, Empatia e Gestos de Concordância, conforme categorização de Zamignani (2007) para estabelecer uma audiência não-punitiva.

00:45:01 a 00:46:00 A psicóloga explica que, assim como os comportamentos desejáveis ou indesejáveis podem ser ensinados pelo reforço, as respostas emocionais podem aumentar de frequência quando são reforçadas – por exemplo, se uma pessoa só recebe o que precisa quando está triste, as respostas de tristeza aumentarão de frequência e a regulação emocional da tristeza será, praticamente, impossível. Desta forma, a psicóloga conclui que as pacientes devem estar

atentas aos fatores desencadeantes de suas emoções, mas, também, às consequências reforçadoras que as mantêm.

00:46:01 a 00:51:00 A psicóloga explica que a Saúde Mental da Mulher deve ser cuidada a partir do posicionamento crítico às relações de poder institucionais e de práticas culturais porque, apesar da Declaração Universal dos Direitos Humanos, a desigualdade de gênero é uma realidade, tanto no acesso ao mercado de trabalho, quanto na satisfação de necessidades emocionais, e até mesmo na representatividade política, portanto a medicalização e a negligência, do cerebralismo fiscalista na Saúde Mental, quanto à maior vulnerabilidade feminina à Violência, pode ser mais uma forma de violência sofrida pelas mulheres (Medeiros & Zanello, 2018; Santos, 2009; Zanello & Silva, 2012). Para melhor compreensão da Saúde Mental da Mulher, a psicóloga faz uma breve apresentação expositiva, inclusive sobre Transtorno do Estresse Pós-Traumático, ao qual as mulheres têm o dobro de risco de acometimento, em relação aos homens (Sbardelloto et al., 2011).

00:51:01 a 00:52:00 A psicóloga pede às pacientes que continuem a atividade sobre Saúde Mental da Mulher, escrevendo em um papel quais acontecimentos do passado recente ou do passado distante são fatores de vulnerabilidade que lhe tornam mais sensível aos fatores desencadeantes de reações emocionais, para entregar para a psicóloga na próxima sessão.

00:52:01 a 00:53:00 A psicóloga checa se as pacientes compreenderam a atividade, perguntando: Vocês têm uma tarefa para a próxima sessão? O que vocês farão como tarefa de casa? A quem vocês entregarão o papel com a descrição de suas vulnerabilidades?

00:53:01 a 00:54:00 A psicóloga diz que a nona sessão está encerrada, mas que ela quer saber das pacientes o que elas farão de bom até a próxima sessão.

00:54:01 a 00:55:00 Após ouvir as pacientes falarem sobre seus planos para a semana, a psicóloga compartilha algo de bom que ela fará até a próxima sessão, fazendo uma autorrevelação com finalidade de estabelecer igualdade na relação terapêutica, e se despede.

00:55:01 a 01:00:00 A psicóloga faz uma pausa para respirar, beber água e organizar a sala.

01:00:01 a 01:30:00 A psicóloga faz registros nos prontuários individuais das pacientes, assim como registra algum relato de violência ou indícios que tenha surgido na sessão, para encaminhamento às autoridades competentes.

Planejamento da sessão 10 – “Violência contra Mulheres”

00:00:00 a 00:05:00 Em silêncio, enquanto aguarda os cinco minutos de tolerância de atraso para as pacientes, a psicóloga coleta as assinaturas na lista de presença e entrega o vale-transporte correspondente àquela sessão.

00:05:01 a 00:10:00 A psicóloga começa a sessão com uma breve apresentação de si e do programa, para conhecimento daquelas que entraram depois e revisão das pacientes assíduas, dizendo nome completo, número de registro profissional ativo na comarca de atuação, objetivos gerais e resultados esperados do programa de atendimento psicológico em clínica forense, breve explicação sobre a linha teórica da Psicologia e a autora feminista que inspirou os temas das sessões, com espaço para respostas às perguntas das pacientes sobre a psicóloga e sobre o programa.

00:10:01 a 00:15:00 A psicóloga pede às pacientes que se apresentem, dizendo seu primeiro nome, como se sente naquele momento, como passou a semana, opinando sobre a sessão anterior e fazendo a entrega da atividade de casa.

00:15:01 a 00:16:00 A psicóloga inicia a décima sessão, dizendo: “Essa é a décima sessão do programa de dez sessões para atendimento psicológico em clínica forense a vítimas de violência doméstica e o tema dessa sessão é Violência Contra Mulheres”. Ela pergunta às pacientes se elas sabem algo sobre Violência Doméstica, Femicídio e Violência de Gênero ou Violência contra Mulheres, e se desejam compartilhar o que souberem com o grupo.

00:16:01 a 00:17:00 A psicóloga agradece pelas contribuições e explica que a desigualdade de gênero, ou a inferiorização feminina da cultura ocidental moderna, é um fator de vulnerabilidade que está presente na história de vida da Mulher, tornando suas reações emocionais mais frequentes diante de determinados fatores desencadeantes. A inferiorização feminina, além de torná-la mais suscetível a reações emocionais, invalidará essas reações emocionais quando elas ocorrerem, intensificando-as. O mito da mulher histérica serve apenas para justificar uma supremacia masculina, ignorando, intencionalmente, todo o arranjo de contingências sociais opressoras que protegem o homem contra a suscetibilização e intensificação de suas reações emocionais. A supremacia masculina, no entanto, assim como a supremacia ariana dos nazistas, é contrária à igualdade de direitos, que é reconhecida mundialmente, desde a Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 10 de dezembro de 1948.

00:17:01 a 00:18:00 A psicóloga pede a voluntárias que compartilhem com o grupo situações em que um homem recebe elogios por fazer algo em que uma mulher seria criticada, respondendo, sempre, com Facilitação, Empatia e Gestos de Concordância, conforme categorização de Zamignani (2007), para estabelecer uma audiência não-punitiva.

00:18:01 a 00:23:00 A psicóloga faz uma breve apresentação expositiva sobre Violência Simbólica contra Mulheres (Fontana & Laurenti, 2020a).

00:23:01 a 00:24:00 A psicóloga esclarece quaisquer dúvidas das pacientes sobre a

apresentação.

00:24:01 a 00:26:00 A psicóloga pede às pacientes que discutam em duplas sobre a violência simbólica da divisão de atividades entre homens e mulheres usando exemplos de mulheres que escolheram a não-maternidade, contrariando o estereótipo de gênero mais forte para mulheres, que é o da maternidade – o que teria motivado a escolha delas? Como elas são acolhidas nos grupos sociais? Quais são os rótulos que elas recebem? Imaturas? Irresponsáveis? Mulheres ruins? Por quê? (Leal & Zanello, 2023)

00:26:01 a 00:28:00 A psicóloga pede às pacientes que discutam em duplas sobre a violência simbólica da adequação a um padrão estético usando exemplos de mulheres gordas, contrariando as expectativas sociais para fruição masculina, que é o do ideal estético da “branca, loura, jovem e magra” – Como elas são acolhidas nos grupos sociais? Quais são os rótulos que elas recebem? Preguiçosas? Desleixadas? Feias? Por quê? (Wooley et al., 1979).

00:28:01 a 00:30:00 A psicóloga pede às pacientes que discutam em duplas sobre a violência simbólica nas práticas sexuais, usando exemplos de mulheres liberais, contrariando as expectativas sociais para chancela da virilidade masculina, que é o do ideal puritano da “bela, recatada e do lar” – Como elas são acolhidas nos grupos sociais? Quais são os rótulos que elas recebem? Vadias? Loucas? Ninfomaníacas? Por quê? (Fontana, 2019).

00:30:01 a 00:32:00 A psicóloga pede a voluntárias que expressem como se sentiram nas discussões, refletindo sobre a função daquelas emoções e o potencial dos seus impulsos – se prejudiciais ou interessantes aos seus objetivos –, respondendo, sempre, com Facilitação, Empatia e Gestos de Concordância, conforme categorização de Zamignani (2007), para estabelecer uma audiência não-punitiva.

00:32:01 a 00:37:00 A psicóloga faz uma breve apresentação expositiva sobre Violência Estrutural, de Resistência e de Delinquência (Minayo, 1994), Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340, 2006), Lei do Feminicídio (Lei nº 13.104, 2015), e Lei do Estupro (Lei nº 12.015, 2009).

00:37:01 a 00:38:00 A psicóloga esclarece quaisquer dúvidas que as pacientes tenham sobre a apresentação.

00:38:01 a 00:39:00 A psicóloga diz que, apesar das relevantes conquistas na criminalização da violência contra mulheres, nossos direitos nem sempre são devidamente assegurados pelo poder público, levando muitas mulheres à desistência das denúncias por sofrerem novas violências de quem deveria protegê-las – um crime conhecido como Violência Institucional, no qual a vítima de infrações penais ou testemunha de crimes violentos é intimidada por agente público ou por terceiro com a conivência do agente público, ou, ainda, obrigada a reviver a situação de violência (Andrade, 2005; Jong et al., 2008; Lei nº 14.321, 2022).

00:39:01 a 00:42:00 A psicóloga pede às pacientes para que discutam, em duplas, suas experiências como usuárias do sistema de segurança, de saúde, de assistência social e de justiça.

00:42:01 a 00:44:00 A psicóloga pede a uma voluntária que, a partir do que acabaram de discutir, expresse qualquer insatisfação no atendimento por funcionários públicos, sob a forma de um pedido, usando alguma das técnicas aprendidas: DEAR MAN, GIVE ou FAST.

00:44:01 a 00:45:00 A psicóloga agradece pela contribuição e conclui que, quando uma emoção indesejada é justificada pelos fatos, como quando sofremos uma violência, o problema está nos fatos desencadeantes da emoção e não na própria emoção, pois se há uma goteira no telhado me irritando, fingir que não há nenhuma goteira no telhado não irá consertá-lo – por isso, uma das formas de modificar a situação aflitiva é através de pedidos assertivos.

00:45:01 a 00:46:00 A psicóloga diz que, agora, as pacientes aprofundarão a compreensão das suas experiências como usuárias do sistema público, através da prática, em duplas, de sete passos para solução de problemas, que são uma boa estratégia de regulação emocional para situações problemáticas, e pede para que descrevam a situação que irão resolver, relatando os fatos, quais os problemas daquela situação para elas naquela ocasião, e quais são os obstáculos que dificultam a solução daqueles problemas.

00:46:01 a 00:47:00 A psicóloga diz que, agora que as duplas descreveram os problemas da situação, elas devem conversar para verificar se aqueles problemas precisam de solução ou se mudar a interpretação dos fatos é suficiente.

00:47:01 a 00:48:00 A psicóloga diz que, caso tenham decidido resolver o problema, discutam, em suas duplas, qual é o objetivo na solução do problema, isto é, o que precisa acontecer para elas se sentirem melhor na situação.

00:48:01 a 00:49:00 A psicóloga pede para as duplas fazerem um brainstorm de todas as ações possíveis que levem ao objetivo.

00:49:01 a 00:50:00 A psicóloga pede para as duplas avaliarem os prós e contras das soluções imaginadas no brainstorm e escolherem a melhor solução.

00:50:01 a 00:51:00 A psicóloga diz que o penúltimo passo da solução de problemas é colocar a solução em prática, mas para aquele exercício, as duplas devem, apenas, conversar sobre quais seriam as dificuldades para implementar aquela solução escolhida.

00:51:01 a 00:52:00 A psicóloga diz que o último passo da solução de problemas seria a avaliação de resultados e pede que as duplas discutam quais seriam os resultados positivos esperados e resultados negativos inesperados que poderiam surgir com a implementação da solução.

00:52:01 a 00:55:00 A psicóloga encerra a sessão pedindo às pacientes que compartilhem suas

opiniões sobre o Programa de Atendimento Psicológico a Vítimas de Violência Doméstica, em quaisquer de seus aspectos, seja para elogiar, criticar ou sugerir mudanças, respondendo com Facilitação, Empatia e Gestos de Concordância, conforme categorização de Zamignani (2007), agradecendo pelas contribuições e se despedindo cordialmente.

00:55:01 a 01:00:00 A psicóloga faz uma pausa para respirar, beber água e organizar a sala.

01:00:01 a 01:30:00 A psicóloga faz registros nos prontuários individuais das pacientes, assim como registra algum relato de violência ou indícios que tenha surgido na sessão, para encaminhamento às autoridades competentes.

5 DISCUSSÃO

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.

Como citado anteriormente, Pontes et al (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), 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 et al, 2007; Kessler et al, 1995; Sbardelloto et al, 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. A avaliação por pares do produto desta pesquisa, embora não seja uma avaliação com cegamento como as que são feitas em artigos científicos, é mais um fator indicativo de consenso para a proposta, oferecendo maior segurança às partes interessadas.

6 CONCLUSÃO

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), que atendem ao compromisso nacional com tratados e convenções internacionais de proteção à mulher e promoção da igualdade de gênero.

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).

Esse trabalho teve o reconhecimento da Associação Brasileira das Mulheres de Carreira Jurídica - ABMCJ, pela relevante contribuição da iniciativa no 1º Concurso de Boas Práticas em Prol das Mulheres Brasileiras. A ABMCJ é uma ONG de juristas, de âmbito nacional, fundada em 1985, com o objetivo de contribuir com ações direcionadas para o empoderamento de Mulheres de Carreira Jurídica e demais temáticas relevantes ao desenvolvimento da mulher como ser humano.

REFERÊNCIAS

- Abreu, P. R.; Abreu, J. H. S. S. (2016). Terapia comportamental dialética: um protocolo comportamental ou cognitivo? *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 8(1), 45-48. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v18i1.831>
- AbuKhalil, A. (1993). Toward the study of women and politics in the Arab world: The debate and the reality. *Feminist Issues*, 13, 3–22. <https://doi.org/10.1007/BF02685645>
- Akotirene, K. (2019). *Interseccionalidade*. Polém.
- Almeida, R. R., & Zilio, D. (2020). O que é violência? Uma análise sobre os usos do termo na literatura analítico-comportamental. *Revista Brasileira De Terapia Comportamental E Cognitiva*, 22(1), 1-22. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v22i1.1419>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5* (5th ed.). Artmed.
- American Psychological Association. (2006). Evidence-based practice in psychology: APA presidential task force on evidence-based practice. *American Psychologist*, 61, 271 -285. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>
- Amorim, D. (2022). “Matava mil vezes”, teria dito Paula Thomaz na prisão após morte de Daniella Perez. *Na telinha*. <https://natelinha.uol.com.br/series/2022/07/28/matava-mil-vezes-teria-dito-paula-thomaz-na-prisao-apos-morte-de-daniella-perez-185192.php>
- Andrade, V. R. P. (2005). A soberania patriarcal: O sistema de justiça criminal no tratamento da violência sexual contra a mulher. *Revista Sequência: Estudos Jurídicos e Políticos*, 51, 71-102. doi: 10.5007/1982-2559.v51n1.p71-102
- Ariès, P. (2015). *História social da criança e da família* (2a ed). LTC.
- Ayllon, T., & Azrin, N. H. (1966). Punishment as a discriminative stimulus and conditioned reinforcer with humans. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 9, 411-419. <https://doi.org/10.1901/jeab.1966.9-411>
- Barreto, M. M. S. (2005). *Assédio moral: a violência sutil. Análise epidemiológica e psicossocial no trabalho no Brasil* [Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo]. Biblioteca Digital. <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/17370>
- Braun, J. (2025). *O que pode estar por trás de decisão da Meta de abandonar checagem independente de fatos*. BBC News. <https://www.bbc.com/portuguese/articles/c5y4ymrpp43o>
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6
- Cassado, D. C., Gallo, A. E., & Albuquerque, L. C. (2003). Transtorno de estresse pós-traumático em mulheres vítimas de violência doméstica: um estudo piloto. *Perfil & Vertentes*, 15(1), 100-110.

- Catania, A. C. (1999). *Aprendizagem: comportamento, linguagem e cognição* (D. Souza et al., Trad.). Artes Médicas Sul.
- Ceccato, V., Kahn, T., & Vazquez, L. (2021). Lethal violence in Brazil: A systematic review of Portuguese-language literature from 2000 to 2020. *Criminal Justice Review*, 46(4), 404-434. <https://doi.org/10.1177/07340168211038273>
- Comissão de Orientação e Fiscalização. (2024). *Atendimento à mulher em situação de violência*. <https://crppr.org.br/guia-de-orientacao-atendimento-a-mulher-em-situacao-de-violencia/>
- Conselho de Segurança das Nações Unidas. (2000). *Resolution 1325 - S/RES/1325*. [http://daccess-ods.un.org/access.nsf/Get?Open&DS=S/RES/1325\(2000\)&Lang=E](http://daccess-ods.un.org/access.nsf/Get?Open&DS=S/RES/1325(2000)&Lang=E)
- Conselho Federal de Psicologia. (2012). *Referências técnicas para atuação de psicólogas (os) em Programas de Atenção à Mulher em situação de Violência*. <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/05/referencias-tecnicas-para-atuacao-de-psicologas.pdf>
- Conselho Nacional de Justiça. (2019). *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)*. CNJ. <http://bibliotecadigital.cnj.jus.br/xmlui/handle/123456789/405>
- Conselho Regional de Psicologia do Paraná. (2020). *Nota Técnica CRP-PR nº 004/2020*. Orienta as (os) Psicólogas (os) sobre o atendimento a mulheres em situação de violência. <https://transparencia.cfp.org.br/wp-content/uploads/sites/9/2020/11/Nota-Tecnica-CRP-PR-004-2020-Violencia-contra-a-Mulher.pdf>
- Cortez, M. B. (2012). *“Sem açúcar, com afeto”*: estudo crítico de denúncias de violência contra as mulheres e dos paradoxos da judicialização [Tese de Doutorado, Universidade Federal do Espírito Santo]. Biblioteca Digital. https://sappg.ufes.br/tese_drupal/tese_3608_.pdf
- Costa, N. (2012). Terapia de Aceitação e Compromisso: é uma proposta de intervenção cognitivista? *Revista Perspectivas*, 3(2), 117-25. <https://doi.org/10.18761/perspectivas.v3i2.233>
- Cruz, R. M., Maciel, S. K., Reis, A. V., Guiland, R., & Francisco, D. R. M. (2022). Perícia de danos psicológicos no processo judicial. *Conjecturas*, 22(1), 1489-1504. <https://doi.org/10.53660/CONJ-603-303>
- Dahlberg, L. L., & Krug, E. G. (2007). Violência: um problema global de saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, 1, 1163-1178. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000500007>
- 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. (1997). Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine*, 27, 153-160. <https://doi.org/10.1017/S0033291796004229>
- Decreto nº 1973 de 01 de Agosto de 1996. (1996). Promulga a Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, concluída em Belém do Pará,

em 09 de junho de 1994.

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1996/d1973.htm#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%201.973%2C%20DE%201%C2%BA,9%20de%20junho%20de%201994

Dias, E. N., & Pais-Ribeiro, J. L. (2019). O modelo de coping de Folkman e Lazarus: aspectos históricos e conceituais. *Revista Psicologia e Saúde, 11*(2), 55-66.

<https://doi.org/10.20435/pssa.v11i2.642>

Dittrich, A., Strapasson, B. A., Silveira, J. M., & Abreu, P. R. (2009). Sobre a Observação enquanto Procedimento Metodológico na Análise do Comportamento: Positivismo Lógico, Operacionismo e Behaviorismo Radical. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 25*(2), 179- 187. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722009000200005>

Eilers, H. J. (2019). The Utility of a Function-Based Approach to Intimate Partner Violence and Gender Bias in Family Courts. *Behavior Analysis in Practice, 12*(4), 869-878.

<https://doi.org/10.1007/s40617-019-00383-0>

Evans, E., & Chamberlain, P. (2014). Critical Waves: Exploring Feminist Identity, Discourse and Praxis in Western Feminism. *Social Movement Studies, 14*(4), 396–409.

<https://doi.org/10.1080/14742837.2014.964199>

Ferreira, T. A. S., Santos, F. M. S., Matos, J. P. A., Moura, M. C. B. L., & Rodrigues, S. S. (2017). Qual o Objetivo da Análise do Comportamento Clínica?. *Acta Comportamental: Revista Latina De Análisis Del Comportamiento, 25*(3).

<https://doi.org/10.32870/ac.v25i3.61634>

Ferreira-Santos, E. (2013). *Psicoterapia breve – abordagem sistematizada de situações de crise* (recurso eletrônico). Ágora.

Ferster, C. B., & Skinner, B. F. (1957). *Schedules of Reinforcement*. Copley Publishing Group.

<https://doi.org/10.1037/10627-000>

Firmino, C. R., & Matias, K. D. (2024). *Violências contra mulheres lésbicas: perfil dos registros de atendimento no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan (2015 a 2022)*. Editora Terra sem Amos. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10805504>

Foa, E. B., Hembree, E. A., & Rothbaum, B.O. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD. Emotional Processing of Traumatic Experiences – Therapist Guide*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195308501.001.0001>

Folkman, S. (2010). Stress, coping, and hope. *Psycho-Oncology, 19*, 901-908.

<https://doi.org/10.1002/pon.1836>

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior, 21*(3), 219-39.

<https://doi.org/10.2307/2136617>

Fontana, J., & Laurenti, C. (2020a). Práticas de violência simbólica da cultura de dominação masculina: uma interpretação comportamentalista. *Acta Comportamental: Revista Latina De Análisis Del Comportamiento, 28*(4), 499-515.

<https://www.revistas.unam.mx/index.php/acom/article/view/77327>

- Fontana, J., & Laurenti, C. (2020b). Contingência cultural de três termos: uma proposta de análise comportamentalista da cultura. *Interação em Psicologia*, 24(3), 308-317. <http://dx.doi.org/10.5380/riep.v24i3.66012>
- Fontana, J. (2019). *Uma análise da dominação masculina à luz da noção skinneriana de cultura* [Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Londrina]. Biblioteca Digital. <https://www.uel.br/pos/pgac/wp-content/uploads/2019/08/Uma-analise-da-dominacao-masculina-a-luz-da-nocao-skinneriana-de-cultura.pdf>
- Gallo, A. E., Fernandes, L. C., Zômpero, M. M. M., Oliveira, N. Z., Moura, N. F., & Bueno, P. S. (2019). *Programa Basta – grupo reflexivo para homens autores de violência doméstica: uma proposta de intervenção*. Editora CRV. <https://doi.org/10.24824/978854443698.1>
- Galtung, J. (1969). "Violence, Peace, and Peace Research" *Journal of Peace Research*, 6(3), 167–191. <https://doi.org/10.1177/002234336900600301>
- Garcia, F. E., Barraza-Peña, C. G., Wlodarczyk, A., Alvear-Carrasco, M., & Reyes-Reyes, A. (2018). Psychometric properties of the Brief-COPE for the evaluation of coping strategies in the Chilean population. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 31(22), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s41155-018-0102-3>
- Gaye, A., Klugman, J., Kovacevic, M., Twigg, S., & Zambrano, E. (2010). *Measuring key disparities in human development: The gender inequality index. Human development research paper*. United Nations Development Programme.
- Genshō (2023). Entrevista particular.
- Gomes, M. K. T. (2018). *Por que elas ficam? Uma revisão de literatura analítico-comportamental sobre a permanência de mulheres em relacionamentos coercitivos* [Monografia de Graduação, Universidade Federal do Ceará]. Biblioteca Digital. https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/42722/1/2018_tcc_mktgomes.pdf
- Haggbloom, S. J., Warnick, R., Warnick, J. E., Jones, V. K., Yarbrough, G. L., Russell, T. M., Borecky, C. M., McGahley, R., Powell, J. L., III, Beavers, J., & Monte, E. (2002). The most Eminent Twentieth Century Psychologists. *Review of General Psychology*, 6, 139-152. <https://doi.org/10.1037//1089-2680.6.2.139>
- Hayes, S. (2004). Relational frame theory and the third wave of cognitive behavioral therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-65. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. D. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-68. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152>
- Holz, W. C., & Azrin, N. H. (1961). Discriminatory properties of punishment. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 4, 225-232. <https://doi.org/10.1901/jeab.1961.4-225>
- Hooks, B. (2020). *Tudo sobre o amor: novas perspectivas* (S. Borges, Trad.). Elefante.
- Hooks, B. (2024a). *Salvação: pessoas negras e o amor* (V. da Silva, Trad.). Elefante.

- Hooks, B. (2024b). *Comunhão: a busca das mulheres pelo amor* (J. Dantas, Trad.). Elefante.
- Hunter, C. S. (2012). Analyzing behavioral and cultural selection contingencies. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 44(1), 43-54.
- Hunziker, M. H. L. (2017). Dogmas sobre o controle aversivo. *Acta Comportamentalia*, 25, 85-100. <https://doi.org/10.32870/ac.v25i1.58803>
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, & Fórum Brasileiro de Segurança Pública. (2023). *Atlas da violência 2023*. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/artigo/250/atlas-da-violencia-2023>
- Johnson, D. M., Worell, J., & Chandler, R. K. (2005). Assessing Psychological Health and Empowerment in Women: The Personal Progress Scale Revised. *Women & Health*, 41(1), 109–129. https://doi.org/10.1300/J013v41n01_07
- Jong, L., Sadala, M., & Tanaka, A. (2008). Desistindo da denúncia ao agressor: Relato de mulheres vítimas de violência doméstica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 42(4), 744-751. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342008000400018>
- Keller, E. F. (1982). Feminism and Science. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 7(3), 589–602. <https://doi.org/10.1086/493901>
- Kessler, R.C.; Sonnega, A.; Bromet, E.; Hughes, M.; Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic Stress Disorder in the Natural Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, v. 52, pp. 1048-60.
- Kienen, N., & Botomé, S. P. (2007). Assédio moral: a coerção tem muitos graus. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 7, 180-185.
- Leal, D. F. da S., & Zanello, V. (2023). “Não Tenho Filhos e Não Quero”: Questões Subjetivas Implicadas na Opção pela Não Maternidade. *Revista Psicologia E Saúde*, 14(3), 77–92. <https://doi.org/10.20435/pssa.v14i3.1949>
- Lei nº 10.683 de 28 de março de 2003. (2003) Dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e dá outras providências. <https://tinyurl.com/yp7x7x8h>
- Lei nº 10.778 de 24 de novembro de 2003. (2003). Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.778.htm
- Lei nº 11.340 de 07 de agosto de 2006. (2006). Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. (Lei Maria da Penha). https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm
- Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009. (2009). Altera o Título VI da Parte Especial do

Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei no 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. (Lei do Estupro).

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/112015.htm

Lei nº 13.104 de 09 de março de 2015. (2015). Altera o art. 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. (Lei do Feminicídio).

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113104.htm

Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. (2018). Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/113709.htm

Lei nº 13.931 de 10 de dezembro de 2019. (2019). Altera a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, para dispor sobre a notificação compulsória dos casos de suspeita de violência contra a mulher. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/113931.htm

Lei nº 14.188, de 28 de julho de 2021. (2021). Define o programa de cooperação Sinal Vermelho contra a Violência Doméstica como uma das medidas de enfrentamento da violência doméstica e familiar contra a mulher previstas na Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha), e no Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), em todo o território nacional; e altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para modificar a modalidade da pena da lesão corporal simples cometida contra a mulher por razões da condição do sexo feminino e para criar o tipo penal de violência psicológica contra a mulher.

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/114188.htm

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

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/Lei/L14321.htm

Lei nº 14.600 de 19 de junho de 2023. (2023) Estabelece a organização básica dos órgãos da Presidência da República e dos Ministérios; altera as Leis nº 9.984, de 17 de julho de 2000, 9.433, de 8 de janeiro de 1997, 8.001, de 13 de março de 1990, 14.204, de 16 de setembro de 2021, 11.445 de 5 de janeiro de 2007, 13.334, de 13 de setembro de 2016, 12.897, de 18 de dezembro de 2013, 8.745, de 9 de dezembro de 1993, 9.069, de 29 de junho de 1995, e 10.668, de 14 de maio de 2003; e revoga dispositivos das Leis nºs 13.844, de 18 de junho de 2019, 13.901, de 11 de novembro de 2019, 14.261, de 16 de dezembro de 2021, e as Leis nºs 8.028, de 12 de abril de 1990, e 14.074, de 14 de outubro de 2020.

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/L14600.htm

Lei nº 14.994, de 09 de outubro de 2024. (2024). Altera o Decreto-Lei n.2.848, de 07 de dezembro de 1940 (Código Penal), o Decreto-Lei n.3.688, de 03 de outubro de 1941 (Lei das Contravenções Penais). (Lei do Feminicídio).

<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2024/lei-14994-9-outubro-2024-796445-publicacaooriginal-173328-pl.html>

Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941. (1941). Código de Processo Penal.

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3689.htm

- Lei nº 4.119, de 27 de agosto de 1962. (1962). Dispõe sobre os cursos de formação em psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo.
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/14119.htm
- Lei nº 8.930 de 06 de setembro de 1994. (1994). Dá nova redação ao art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do art. 5º, inciso XLIII, da Constituição Federal, e determina outras providências.
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18930.htm
- Lemes, C. B. & Ondere, J., Neto. (2017). Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde. *Temas em Psicologia*, 25(1), 17-28. <https://doi.org/10.9788/TP2017.1-02>
- Leonardi, J. L. (2016). *Prática baseada em evidências em psicologia e a eficácia da análise do comportamento clínica* [Tese de doutorado, Universidade Estadual de São Paulo] Biblioteca digital. https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-27092016-154635/publico/LEONARDI_DO.pdf
- Lerner, G. (2019). *A criação do patriarcado: história da opressão das mulheres pelos homens* (L. Sellera, Trad.). Editora Cultrix.
- Linehan, M. M. (2018). *Treinamento de habilidades em DBT: Manual de terapia comportamental dialética para o paciente*. Artmed.
- Long, G. M., & McNamara, J. R. (1989). Paradoxical punishment as it relates to the battered woman syndrome. *Behavior Modification*, 13(2), 192–205.
<https://doi.org/10.1177/01454455890132003>
- Lopes, C. E. (2008). Uma proposta de definição de comportamento no behaviorismo radical. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 10(1), 1-13.
<https://doi.org/10.31505/rbtcc.v10i1.206>
- Lundgren, T., & Louma, J., Dahl, J., Strohsal, K., & Melin, L. (2012). The Bull's-Eye Values Survey: A Psychometric Evaluation. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19, 518-526.
<https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2012.01.004>
- Luoma, J., Hayes, S. C., & Walser, R. (2022). *Aprendendo ACT: manual de habilidades da terapia de aceitação e compromisso para terapeutas* (2a ed.). Sinopsys.
- Marchezini-Cunha, V., & Tourinho, E. Z. (2010). Assertividade e autocontrole: interpretação analítico-comportamental. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 26(2), 295-304.
<https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000200011>
- Marôco, J, Campos, J. A. D. B., Vinagre, M. G, & Pais-Ribeiro J. L. (2014). Brazil-Portugal transcultural adaptation of the Social Support Satisfaction Scale for college students. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 27(2):247–256. <https://doi.org/10.1590/1678-7153.201427205>
- Matos, M. A. (1999). Análise Funcional do Comportamento. *Revista Estudos de Psicologia*, 16(3), 8-18. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X1999000300002>
- McEnteggart, C. (2018). A brief tutorial on Acceptance and Commitment Therapy as seen through the lens of derived stimulus relations. *Perspectives on Behavior Science*, 41, 215-

27. <https://doi.org/10.1007/s40614-018-0149-6>

- Medeiros, C. A. (2002). Comportamento verbal na terapia analítico comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 4(2), 105-118. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v4i2.110>
- Medeiros, E. D. D., Gouveia, V. V., Monteiro, R. P., Silva, P. G. N. D., Lopes, B. D. J., Medeiros, P. C. B. D., & Silva, E. S. D. (2015). Escala de Comportamentos de Bullying (ECB): Elaboração e Evidências Psicométricas. *Psico-USF*, 20(3), 385-397. <https://doi.org/10.1590/1413-82712015200302>
- Medeiros, M. P. & Zanello, V. (2018) Relação entre a violência e a saúde mental das mulheres no Brasil: análise das políticas públicas. *Estudos & Pesquisas em Psicologia*, 18(1), 384-403. <https://doi.org/10.12957/epp.2018.38128>
- Meichenbaum, D. (1994). Victims of Domestic Violence (Spouse Abuse). In D. Meichenbaum (Ed.), *A clinical handbook/practical therapist manual: for assessing and treating adults with post-traumatic stress disorder (PTSD)* (pp. 77-91). Institute Press.
- Meyer, S. B. (2005). Regras e auto-regras no laboratório e na clínica. In J. Abreu-Rodrigues, & M. R. Ribeiro (Orgs.), *Análise do comportamento: pesquisa, teoria e aplicação* (211-227). Artmed.
- Millenson, J. R. (1967). *Princípios da Análise do Comportamento*. Editora de Brasília.
- Miller, K. B., Lund, E., & Weatherly, J. (2012). Applying Operant Learning to the Stay-Leave Decision in Domestic Violence. *Behavior and Social Issues*, 21(1), 135–151. <https://link.springer.com/article/10.5210/bsi.v21i0.4015>
- Minayo, M. C. S. (1994). A violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*, 10(1), 7-18. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1994000500002>
- Minayo, M. C. S. (2005). Laços perigosos entre machismo e violência. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 10, 23-25. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000100005>
- Ministério da Saúde. (2019). *Guia de Elaboração: escopo para Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas* (2a ed.). Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_elaboracao_protocolos_delimitacao_escopo_2ed.pdf
- Monori, G. L. (2022). *O estudo do controle aversivo no Brasil: Uma revisão de teses e dissertações entre 2014 e 2021* [Dissertação Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo]. Repositório. <https://repositorio.pucsp.br/jspui/handle/handle/25920>
- Moreira, M. B., & Medeiros, C. A. (2019). *Princípios básicos de análise do comportamento* (2nd. ed.). Artmed.
- Murray, J., Cerqueira, D. R. C., & Kahn, T. (2013). Crime and violence in Brazil: Systematic review of time trends, prevalence rates and risk factors. *Aggression and violent behavior*, 18(5), 471-483. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2013.07.003>
- Nico, Y. C. (2001). *A contribuição de B. F. Skinner para o ensino do autocontrole como objetivo da educação* [Dissertação Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São

- Paulo]. Repositório. <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/16807>
- Ottaway M. (2004). Women's rights and democracy in the Arab world (Carnegie Paper No. 42). *Carnegie Endowment for International Peace*.
<https://carnegieendowment.org/research/2004/02/womens-rights-and-democracy-in-the-arab-world?lang=en>
- Oyèwùmí, O. (1997). *The Invention of Women: Making an African Sense of Western Gender Discourses*. University of Minnesota Press.
- Oyèwùmí, O. (2000). Family bonds/Conceptual Binds: African notes on Feminist Epistemologies. *Signs*, 25(4), 1093-1098. <https://doi.org/10.1086/495526>
- Pascolati, S. A. V. (org.). (2019). *Bodas de café – Nitis Jacón Araújo Moreira e Grupo Proteu*. EdueL.
- Pietras, C. J., & Hackenberg, T. D. (2005). Response-cost punishment via token loss with pigeons. *Behavioural Processes*, 69, 343-356.
<https://doi.org/10.1016/j.beproc.2005.02.026>
- Pontes, M. M., Marques, N. S., & Abreu, P. S. (2022). Análise funcional da norma técnica uniformizadora dos centros de referência da mulher. *Acta Comportamentalia: Revista Latina de Análisis de Comportamiento*, 30(2), 303-317.
<https://doi.org/10.32870/ac.v30i2.82676>
- Rachlin, H. (1991). Self Control. In H. Rachlin (Ed.), *Introduction to modern behaviorism* (3a. ed., pp. 264-286). Freeman.
- Resolução CFP nº 01 de 22 de março de 1999*. (1999). Estabelece normas de atuação para os psicólogos em relação à questão da Orientação Sexual. https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/1999/03/resolucao1999_1.pdf
- Resolução CFP nº 01 de 30 de março de 2009*. (2009). Dispõe sobre a obrigatoriedade do registro documental decorrente da prestação de serviços Psicológicos.
https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2009/04/resolucao2009_01.pdf
- Resolução CFP nº 01, de 29 de janeiro de 2018*. (2018). Estabelece normas de atuação para as psicólogas e os psicólogos em relação às pessoas transexuais e travestis.
<https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/01/Resolu%C3%A7%C3%A3o-CFP-01-2018.pdf>
- Resolução CFP nº 06 de 29 de março de 2019*. (2019). Institui regras para a elaboração de documentos escritos produzidos pela(o) psicóloga(o) no exercício profissional e revoga a Resolução CFP nº 15/1996, a Resolução CFP nº 07/2003 e a Resolução CFP nº 04/2019.
<https://www.sepsi.ufscar.br/arquivos/regulamentacao/resolucaocfp-06-2019.pdf>
- Resolução CFP nº 08 de 07 de julho de 2020*. (2020). Estabelece normas de exercício profissional da psicologia em relação às violências de gênero. <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2020/07/Resolu%C3%A7%C3%A3o-CFP-n%C2%BA-082020.pdf>
- Resolução CFP nº 10, de 21 de julho de 2005*. (2005). Aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo. https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2005/07/resolucao2005_10.pdf

- Resolução CFP nº 13, de 15 de junho de 2022.* (2022). Dispõe sobre diretrizes e deveres para o exercício da psicoterapia por psicóloga e por psicólogo. <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-13-de-15-de-junho-de-2022-408911936>
- Resolução CFP nº 18, de 19 de dezembro de 2002.* (2002). Estabelece normas de atuação para os psicólogos em relação ao preconceito e à discriminação racial. https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2002/12/resolucao2002_18.PDF
- Ribeiro, W. S., Mari J. J., Quintana M. I., Dewey, M. E., Evans-Lacko S., & Vilete, L. M. P. (2013). The Impact of Epidemic Violence on the Prevalence of Psychiatric Disorders in Sao Paulo and Rio de Janeiro, Brazil. *Plos One*, 8(5), e63545. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0063545>
- Sá, B. V. S., Gomes R. S., & Dantas, R. A. A. (2023). Incapacity for work due to mental and behavioral disorders in brazilian social security: a temporal analysis. *Perspectives in Legal Medicine and Medical Expertise*, 8, e230623. <https://doi.org/10.47005/230623>
- Sá, C. P. (1986). Contracontrole social: Uma extensão do Behaviorismo Radical à educação política popular. *Fórum Educação*, 10(2), 43–73. <https://periodicos.fgv.br/fe/article/download/87633/82446/192270>
- Santos, A. M. C. C. (2009). Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(4): 1177-1182. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000400023>
- Santos, B. C. (2012). *O estudo do controle aversivo no Brasil com base em teses e dissertações: Uma perspectiva histórica* [Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo]. Repositório. <https://repositorio.pucsp.br/jspui/handle/handle/16693>
- Sarkis, S. M. (2019). *O fenômeno Gaslighting: a estratégia de pessoas manipuladoras para distorcer a verdade e manter você sob controle* (D. C. Rocha, Trad.). Cultrix.
- Sbardelloto, G., Schaefer, L. S., Justo, A. R., & Kristensen, C. H. (2011). Transtorno do Estresse Pós-Traumático: evolução dos critérios diagnósticos e prevalência. *Psico-USF*, 16(1), 67-73. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712011000100008>
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1988). A model of behavioral self-regulation: Translating intention into action. *Advances in Experimental Social Psychology*, 21, 303–346. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(08\)60230-0](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(08)60230-0)
- Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. (2006). *Norma Técnica de Uniformização: Centros de Referência de Atendimento à Mulher em Situação de Violência*. SEPM. <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/arquivos-diversos/publicacoes/publicacoes/crams.pdf>
- Sidman, M. (1989). *Coercion and its fallout*. Authors Cooperative.
- Sidman, M. (1993). Reflections on behavior analysis and coercion. *Behavior and Social Issues*, 3(1-2), 75–85. <https://doi.org/10.5210/bsi.v3i1.199>

- Silva, L. E. L., & Oliveira, M. L. C. (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>
- Skinner, B. F. (1945). The operational analysis of psychological terms. *Psychological Review*, 52, 270-277. <https://doi.org/10.1037/h0062535>
- Skinner, B. F. (1965). *Science & human behavior*. Free Press.
- Skinner, B. F. (1974). *Sobre o Behaviorismo*. Cultrix.
- Skinner, B.F. (1971). *Beyond freedom and dignity*. Pelican Publishing.
- Skinner, B.F. (1981). Selection by consequences. *Science*, 213(4507), 501-504. <https://doi.org/10.1126/science.7244649>
- Soares, J. S. F.; Lopes, M. J. M. (2018). Experiências de mulheres em situação de violência em busca de atenção no setor saúde e na rede intersetorial. *Interface*, 22(66), 789-800. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0835>
- Todorov, J. C. (2002). A Evolução do Conceito de Operante. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 18(2), 123-127. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722002000200002>
- Tourinho, E. Z. (2003). A produção de conhecimento em psicologia: a análise do comportamento. *Psicologia: ciência e profissão*, 23(2), 30-41. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932003000200006>
- United Nations Development Programme. (2021). The links between violence, inequality and productivity. In United Nations Development Programme, *Human development report 2021: Trapped: High inequality and low growth in Latin America and the Caribbean* (Chapter 4, pp. 201-252). UNDP. <https://www.undp.org/latin-america/publications/links-among-violence-inequality-and-productivity>
- United Nations Human Rights Office of the High Commissioner. (1979). *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women (CEDAW)*. <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women>
- United Nations Human Rights Office of the High Commissioner. (1993). *Vienna Declaration and Programme of Action*. <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/vienna-declaration-and-programme-action>
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2023). *Global Study on Homicide 2023*. https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/gsh/2023/Global_study_on_homicide_2023_web.pdf
- United Nations. (1948). *Universal Declaration of Human Rights (217 [III] A)*. <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>
- Vida Count. (2019). *Women in Literary Arts*. <https://www.vidaweb.org/the-count/2019-vida-count/>

- Vigano, S. A., & Souza, J. G. (2024). *Uma análise sobre a relação entre agressão, violência, autocontrole e contracontrole no behaviorismo radical* [Manuscrito não publicado].
- Vigano, S.A. (2022). *Obesidade na clínica analítico-comportamental: da gordofobia ao controle de peso* [Monografia, Instituto Par Educação].
- Walsh, J. (2014, January 20). Will #readwomen2014 change our sexist reading habits?. *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/lifeandstyle/womens-blog/2014/jan/20/read-women-2014-change-sexist-reading-habits>
- Widom, C. S. (1989). The cycle of violence. *Science*, 244, 160-166. <https://doi.org/10.1126/science.2704995>
- Williams, L. C. A. (2001). Violência doméstica: há o que fazer? In H. J. Guilhardi, P. P. Queiróz, M. B. B. P. Madi, & A. C. Scoz (Orgs.), *Comportamento, ciência e cognição* (Vol. 7, pp. 1-12). ESETec.
- Wooley, S.C., Wooley, O.W., & Dyrenforth, S. R. (1979). Theoretical, practical, and social issues in behavioral treatments of obesity. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 12(1):3-25. <https://doi.org/10.1901/jaba.1979.12-3>
- World Health Organization. (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID - 10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Artmed.
- Zamignani, D. R. (2007). *O desenvolvimento de um sistema multidimensional para a categorização de comportamentos na interação terapêutica* [Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo]. <https://doi.org/10.11606/T.47.2008.tde-21052009-091808>
- Zanello, V., & Silva, R. M. C. (2012). Saúde mental, gênero e violência estrutural. *Revista Bioética*, 20(2), 267-279. https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/745
- Zohar, J., Juven-Wetzler, A., Sonnino, R., Cwikel-Hamzany, S., Balaban, E., & Cohen, H. (2011). New insights into secondary prevention in post-traumatic stress disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13(3), 301-309. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2011.13.2/jzohar>

APÊNDICES

APÊNDICE A – Triagem

**TRIAGEM EM PROJETO DE PESQUISA PARA ATENDIMENTO PSICOLÓGICO
A VÍTIMAS DE VCM**

Participante: _____

Data: ____/____/____

1. Qual o tipo de violência que você sofreu? Há quanto tempo?

 Física Psicológica Sexual Moral Patrimonial

2. Qual sua relação com seu agressor ou agressora?

 Pai? Mãe? Irmão? Irmã? Sogro? Sogra? Cunhado? Cunhada? Genro? Nora? Namorado? Namorada? Marido? Esposa? Noivo? Noiva? Companheiro? Companheira? Filho? Filha? Neto? Neta? Tio? Tia? Primo? Prima? Padrasto? Madrasta? Avô? Avó? Sobrinho? Sobrinha?

3. Você está em tratamento psiquiátrico? Qual diagnóstico? Quais medicações?

 Não, não estou em tratamento psiquiátrico. Sim, estou em tratamento psiquiátrico e meu diagnóstico é Sim, estou em uso de Antidepressivos. Sim, estou em uso de Ansiolíticos. Sim, estou em uso de Antipsicóticos. Sim, estou em uso de Estabilizadores de humor. Sim, estou em uso de Estimulantes. Sim, estou em uso de Sedativos. Sim, estou em uso de outras substâncias não listadas anteriormente, prescritas pelo médico psiquiatra:

4. Além das medicações citadas anteriormente, você é usuária de outras substâncias psicotrópicas, lícitas ou ilícitas, com fins recreativos? Com que frequência?

APÊNDICE B – Brief-COPE

Traduzido

1. Eu tenho recorrido ao trabalho ou outras atividades para desviar meu foco de outras coisas.
2. Eu tenho concentrado meus esforços em fazer algo para sair da situação em que estou.
3. Eu tenho dito para mim mesmo (a) que “isso não está acontecendo”.
4. Eu tenho usado álcool ou outras drogas para me sentir melhor.
5. Eu tenho recebido apoio emocional dos outros.
6. Eu tenho desistido de lidar com isso.
7. Eu tenho agido no sentido de melhorar a situação.
8. Eu tenho me recusado a acreditar que isso aconteceu.
9. Eu tenho dito coisas para extravasar meus sentimentos negativos.
10. Eu tenho recebido ajuda e conselhos de outras pessoas.
11. Eu tenho usado álcool ou outras drogas para me ajudar a suportar isso.
12. Eu tenho tentado ver isso por outros ângulos, para que isso pareça melhor do que é.
13. Eu tenho me criticado.
14. Eu tenho tentado formular uma estratégia a respeito do que fazer.
15. Eu tenho recebido conforto e compreensão de alguém.

16. Eu tenho desistido de tentar resolver.
17. Eu tenho procurado ver o lado bom do que está acontecendo.
18. Eu tenho feito piadas a respeito disso.
19. Eu tenho feito algo para pensar menos a respeito disso, como ir ao cinema, ver TV, ler, sonhar acordado (a), dormir ou fazer compras.
20. Eu tenho aceitado o fato de que isso realmente aconteceu.
21. Eu tenho expressado meus sentimentos negativos.
22. Eu tenho tentado encontrar conforto na minha religião ou crenças espirituais.
23. Eu tenho tentado receber conselhos ou ajuda de outras pessoas sobre o que fazer.
24. Eu tenho aprendido a viver com isso.
25. Eu tenho pensado muito sobre os passos a dar.
26. Eu tenho me culpado por coisas que aconteceram.
27. Eu tenho orado ou meditado.
28. Eu tenho debochado da situação.

APÊNDICE C - Davidson Trauma Scale (DTS)

Traduzido

1. Você tem experienciado lembranças, pensamentos ou imagens dolorosas do evento estressor?
2. Você tem tido sonhos perturbadores sobre o evento estressor?
3. Você tem sentido como se o evento estressor estivesse acontecendo novamente?
4. Você tem se sentido chateado por algo que fez você se lembrar do evento estressor?
5. Você tem evitado pensamentos ou sentimentos sobre o evento estressor?
6. Você tem evitado fazer coisas ou estar em situações que fazem você se lembrar do evento estressor?
7. Você tem se percebido incapaz de se lembrar de partes importantes do evento estressor?
8. Você tem sentido dificuldade em apreciar as coisas?
9. Você tem se sentido distante ou desconectado de outras pessoas?
10. Você tem se sentido incapaz de ter sentimentos de tristeza ou amor?
11. Você tem achado difícil imaginar-se realizando seus objetivos ao longo de muitos anos de vida?
12. Você tem sentido dificuldade em adormecer ou manter-se dormindo?
13. Você tem estado irritável ou tido explosões de raiva?
14. Você tem sentido dificuldade para se concentrar?

15. Você tem se sentido no limite, se distraído facilmente, ou tido que ficar na defensiva?
16. Você tem se sentido sobressaltado ou se assustado com facilidade?
17. Você tem se sentido fisicamente mal por algo que lembre o evento estressor?

APÊNDICE D - Personal Progress Scale–Revised (PPS-R)

1. Eu tenho relações igualitárias com os outros significativos em minha vida.
2. Ser independente financeiramente é importante para mim.
3. Ser assertivo com os outros quando eu preciso sê-lo é difícil para mim.
4. Eu consigo defender meus direitos em vez de colocar os outros sempre em primeiro lugar.
5. Eu me sinto preparado (a) para lidar com a discriminação que eu vivencio na sociedade atual.
6. Reconhecer quando estou com raiva é difícil para mim.
7. Eu me sinto confortável em confrontar meu professor/orientador/supervisor quando nós temos pontos de vista diferentes.
8. Agora, eu entendo como minha bagagem cultural moldou quem eu sou hoje.
9. Eu cedo aos outros para não irritá-los ou desagradá-los.
10. Eu não me sinto bem a meu respeito como mulher.
11. Quando os outros me criticam, eu não confio em mim mesmo (a) para decidir se eles têm razão ou se eu deveria ignorar seus comentários.
12. Eu constato que, dada minha situação atual, eu estou fazendo o melhor que posso.
13. Eu estou me sentindo com tudo sob controle.
14. Ao definir, para mim mesmo (a), o que significa ser atraente, eu dependo da opinião dos outros.*
15. Eu pareço não conseguir tomar boas decisões de vida.

16. Eu não me sinto competente para lidar com as situações que surgem no meu cotidiano.
17. Eu estou determinado (a) a me tornar uma pessoa totalmente funcional.
18. Eu não acredito que haja nada que eu possa fazer para melhorar as coisas para as mulheres como eu na sociedade atual.
19. Eu acredito que uma mulher como eu pode ter sucesso em qualquer trabalho ou carreira que ela escolha.
20. Quando tomo decisões sobre minha vida, eu não confio na minha própria experiência.
21. Dizer para os outros quando sinto raiva é difícil para mim.
22. Eu sou capaz de satisfazer minhas próprias necessidades sexuais em uma relação.
23. Ser gentil comigo mesmo (a) é difícil para mim.
24. Pedir ajuda ou apoio dos outros quando preciso é difícil para mim.
25. Eu quero ajudar outras mulheres como eu a melhorar a qualidade de suas vidas.
26. Eu me sinto desconfortável em confrontar pessoas significativas na minha vida quando nós temos pontos de vista diferentes.
27. Eu quero me sentir mais valorizado (a) pela minha bagagem cultural.
28. Eu tenho consciência das minhas próprias qualidades como mulher.

ANEXOS

ANEXO A – Ficha de Notificação Compulsória

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº	
FICHA DE NOTIFICAÇÃO					
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação 1 - Negativa 2 - Individual 3 - Surto 4 - Inquérito Tracoma <input type="checkbox"/>			
	2	Agravo/doença	3 Data da Notificação		
	4	UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data dos Primeiros Sintomas	
Notificação Individual	8	Nome do Paciente			
	9	Data de Nascimento			
	10	(ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino 1 - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado
	14	Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9- Ignorado 10- Não se aplica			
	15	Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe		
Notificação de Surto	17	Data dos 1ºs Sintomas do 1º Caso Suspeito			
	18	Nº de Casos Suspeitos/Expostos	19 Local Inicial de Ocorrência do Surto 1 - Residência 2 - Hospital / Unidade de Saúde 3 - Creche / Escola 4 - Asilo 5 - Outras instituições (alojamento, trabalho) 6 - Restaurante/ Padaria 7 - Eventos 8 - Casos Dispersos no Bairro 9- Casos Dispersos Pelo Município 10 - Casos Dispersos em mais de um Município 11 - Outros Especificar		
Dados de Residência	20	UF	21 Município de Residência	Código (IBGE)	
	22	Distrito			
	23	Bairro	24 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
	25	Número	26 Complemento (apto., casa, ...)	27 Geo campo 1	
	28	Geo campo 2	29 Ponto de Referência	30 CEP	
	31	(DDD) Telefone	32 Zona 1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado	33 País (se residente fora do Brasil)	
	Notificante	Município/Unidade de Saúde			
Nome		Função	Assinatura		
Notificação		Sinan NET	SVS 17/07/2006		

DADOS COMPLEMENTARES

(ANOTAR TODOS OS DADOS DISPONÍVEIS NO MOMENTO DA NOTIFICAÇÃO)

Notificação Individual	01	Data da coleta da 1ª amostra da sorologia	02	Data da coleta da 1ª amostra de outra amostra	03	Especificar tipo de exame :		
	04	Óbito ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>	05	Contato com caso semelhante ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		<input type="checkbox"/>	
	06	Presença de exantema ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>	07	Data do início do exatema	08	Presença de petéquias ou sufusões hemorrágicas ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>
	09	Foi realizado líquor ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>	10				Resultado da bacterioscopia :
	11	O paciente tomou vacina contra agravo notificado neste impresso? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>	12	Data da última dose tomada	13	Ocorreu hospitalização ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>
	14	Data da hospitalização	15		UF	16	Município do hospital	Código (IBGE)
	17	Nome do hospital	18		Hipóteses diagnósticas no momento da notificação			
	19		Local provável de infecção (classificação provisória)			19		
	Local prov. infecção		Local provável de infecção (classificação provisória)			Local provável de infecção (classificação provisória)		

1ª Hipótese Diagnóstica - CID 10: _____

2ª Hipótese Diagnóstica - CID 10: _____

Pais: _____ UF Município: _____

Distrito: _____ Bairro: _____

Dados Complementares/ Notificação

SVS 17/07/2006

ANEXO B – Brief-COPE

Carver, C.S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100.

These items deal with ways you've been coping with the stress in your life since you found out you were going to have this operation. There are many ways to try to deal with problems. These items ask what you've been doing to cope with this one. Obviously, different people deal with things in different ways, but I'm interested in how you've tried to deal with it. Each item says something about a particular way of coping. I want to know to what extent you've been doing what the item says. How much or how frequently. Don't answer on the basis of whether it seems to be working or not – just whether or not you're doing it. Use these response choices. Try to rate each item separately in your mind from the others. Make your answers as true FOR YOU as you can.

- 1 = I haven't been doing this at all
- 2 = I've been doing this a little bit
- 3 = I've been doing this a medium amount
- 4 = I've been doing this a lot.

1. I've been turning to work or other activities to take my mind off things.
2. I've been concentrating my efforts on doing something about the situation I'm in.
3. I've been saying to myself "this isn't real".
4. I've been using alcohol or other drugs to make myself feel better.
5. I've been getting emotional support from others.
6. I've been giving up trying to deal with it.
7. I've been taking action to try to make the situation better.
8. I've been refusing to believe that it has happened.
9. I've been saying things to let my unpleasant feelings escape.
10. I've been getting help and advice from other people.
11. I've been using alcohol or other drugs to help me get through it.
12. I've been trying to see it in a different light, to make it seem more positive.
13. I've been criticizing myself.

14. I've been trying to come up with a strategy about what to do.
15. I've been getting comfort and understanding from someone.
16. I've been giving up the attempt to cope.
17. I've been looking for something good in what is happening.
18. I've been making jokes about it.
19. I've been doing something to think about it less, such as going to the movies, watching TV, reading, daydreaming, sleeping or shopping.
20. I've been accepting the reality of the fact that it has happened.
21. I've been expressing my negative feelings.
22. I've been trying to find comfort in my religion or spiritual beliefs.
23. I've been trying to get advice or help from other people about what to do.
24. I've been learning to live with it.
25. I've been thinking hard about what steps to take.
26. I've been blaming myself for things that happened.
27. I've been praying or meditating.
28. I've been making fun of the situation.

Scales are computed as follows (with no reversals of coding):

Self-distraction, items 1 and 19.

Active coping, items 2 and 7.

Denial, items 3 and 8.

Substance use, items 4 and 11.

Use of emotional support, items 5 and 15.

Use of instrumental support, items 10 and 23.

Behavioral disengagement, items 6 and 16.

Venting, items 9 and 21.

Positive reframing, items 12 and 17.

Planning, items 14 and 25.

Humor, items 18 and 28.

Acceptance, items 20 and 24.

Religion, items 22 and 27.

Self-blame, items 13 and 26.

Items can be categorized as the following three overarching coping styles: problem-focused coping (items 2, 7, 10, 12, 14, 17, 23, 25), emotion-focused coping (items 5, 9, 13, 15, 18, 20, 21, 22, 24, 26, 27, 28) and avoidant coping (items 1, 3, 4, 6, 8, 11, 16, 19).

ANEXO C - Davidson Trauma Scale (DTS)

1. Have you had painful images, memories or thoughts of the event?
2. Have you had distressing dreams of the event?
3. Have you felt as though the event was re-occurring?
4. Have you been upset by something which reminded you of the event?
5. Have you been avoiding any thoughts or feelings about the event?
6. Have you been avoiding doing things or going into situations which remind you about the event?
7. Have you found yourself unable to recall important parts of the event?
8. Have you had difficulty enjoying things?
9. Have you felt distant or cut off from other people?
10. Have you been unable to have sad or loving feelings?
11. Have you found it hard to imagine a long life span fulfilling your goals?
12. Have you had trouble falling asleep or staying asleep?
13. Have you been irritable or had outbursts of anger?
14. Have you had difficulty concentrating?
15. Have you felt on edge, been easily distracted, or had to stay "on guard"?
16. Have you been jumpy or easily startled?
17. Have you been physically upset by reminders of the event?

All items must be rated in a likert 0 to 4 scale for Frequency and Severity, which will result in a maximum of 136 points.

Items can be categorized as: intrusive re-experiencing (items 1-4, 17), avoidance and numbness (items 5-11) and hyperarousal (items 12-16).

ANEXO D - Personal Progress Scale–Revised (PPS-R)

Johnson, Worell, & Chandler, 2005

The following statements identify feelings or experiences that some people use to describe themselves. Please answer each question in terms of any aspects of your personal identity that are important to you as a woman, such as gender, race, ethnicity, culture, nationality, sexual orientation, family background, etc. Write your answers in the space to the left of each question using the scale below. For example, for the statement AI have equal relationships...,you would write 1 if this is almost never true of you now, 7 if this is true of you almost all the time, and 2 through 6 if the statement is usually not true, sometimes true, or frequently true for you in your life now. There are no right or wrong answers.

Almost never	Sometimes true
Almost Always	
1-----2-----3-----4-----5-----6-----7	

- _____ 1. I have equal relationships with important others in my life.
- _____ 2. It is important to me to be financially independent.
- _____ 3. It is difficult for me to be assertive with others when I need to be.*
- _____ 4. I can speak up for my needs instead of always taking care of other people's needs.
- _____ 5. I feel prepared to deal with the discrimination I experience in today's society.
- _____ 6. It is difficult for me to recognize when I am angry.
- _____ 7. I feel comfortable in confronting my instructor/counselor/supervisor when we see things differently.*
- _____ 8. I now understand how my cultural heritage has shaped who I am today.
- _____ 9. I give in to others so as not to displease or anger them.*
- _____ 10.I don't feel good about myself as a woman.*
- _____ 11.When others criticize me, I do not trust myself to decide if they are right or if I should ignore their comments.*
- _____ 12.I realize that, given my current situation, I am coping the best I can.
- _____ 13.I am feeling in control of my life.

_____ 14. In defining for myself what it means for me to be attractive, I depend on the opinions of others.*

_____ 15. I can't seem to make good decisions about my life.*

_____ 16. I do not feel competent to handle the situations that arise in my everyday life.*

_____ 17. I am determined to become a fully functioning person.

_____ 18. I do not believe there is anything I can do to make things better for women like me in today's society.*

_____ 19. I believe that a woman like me can succeed in any job or career that she chooses.

_____ 20. When making decisions about my life, I do not trust my own experience.*

_____ 21. It is difficult for me to tell others when I feel angry.*

_____ 22. I am able to satisfy my own sexual needs in a relationship.

_____ 23. It is difficult for me to be good to myself.*

_____ 24. It is hard for me to ask for help or support from others when I need it.*

_____ 25. I want to help other women like me improve the quality of their lives

_____ 26. I feel uncomfortable in confronting important others in my life when we see things differently.*

_____ 27. I want to feel more appreciated for my cultural background.

_____ 28. I am aware of my own strengths as a woman.

* reversed scored.

1= Almost never to 7= Almost always

Perceptions of power and competence (1, 10, 13, 15, 16, 19, 20, and 28); Self nurturance and resource access (4, 23, and 24); Interpersonal assertiveness (3, 7, 11, 14, and 22); Awareness of cultural discrimination (5, 8, and 27); Expression of anger and conformation (6, 21, and 26); Autonomy (2, 12, and 17); Personal strength and social activism (9, 18, and 25)