



RELATO DE CASO

Psicoeducação sobre violência e *mindfulness* para mulheres com histórico de violência: um estudo de caso

Psychoeducation on violence and mindfulness for women with a history of violence: a case study

Psicoeducación sobre violencia y mindulidad para mujeres con historia de violencia: un estudio de caso

Amanda Soares Dantas ^a, Rafaela Pereira ^a, Júlia Floriano Zafalon ^a, Sabrina Mazo D’Affonseca ^a

^a Universidade Federal de São Carlos, Departamento de Psicologia – São Carlos/SP – Brasil.

DOI 10.5935/2318-0404.20210035

Resumo

A violência por parceiros íntimos (VPI) consiste em um problema de saúde pública e de violação dos direitos humanos das mulheres que pode ser prevenida. As intervenções devem ter ações para minimizar o impacto do abuso sofrido e fortalecer a vítima, para que ela consiga interromper o ciclo de violência. Este estudo de caso teve como objetivo analisar a viabilidade de uma intervenção baseada em dois elementos: psicoeducação sobre VPI e *mindfulness*. Uma mulher (43 anos) vítima de violência física e psicológica do seu ex-parceiro e de seu parceiro atual participou de 12 sessões psicoterapêuticas: 4 sessões de psicoeducação em VPI e 8 sessões de treinamento em *mindfulness*. Todo o conteúdo das sessões foram transcritos e analisados qualitativamente. Ademais, a participante respondeu as escalas Beck de ansiedade e depressão e a Escala Filadélfia de *Mindfulness* – EFM para os níveis de atenção à experiência no momento em diferentes momentos da intervenção. Os dados obtidos nos instrumentos indicaram diminuição dos sintomas de ansiedade e depressão, aumento no escore de aceitação das experiências e diminuição do *awareness*. Conclui-se que tal intervenção se mostra viável por possibilitar diminuição de sintomas e maior consciência e reflexão a respeito de seus relacionamentos íntimos, e o desenvolvimento de uma atitude de não julgamento, de abertura e compaixão relacionada à experiência presente.

Palavras-chaves: Violência entre parceiros íntimos; Mulheres; *Mindfulness*; Psicoeducação

Abstract

Intimate partner violence (IPV) is a public health problem and a violation of women's rights that can be prevented. Interventions must minimize the impact of the abuse suffered by women and strengthen her in order to interrupt the cycle of violence. This case study aimed to analyze the feasibility of an intervention based on two elements: psychoeducation on IPV and mindfulness. A woman (43 years old), victim of physical and psychological violence from her former and ex-partner, participated in 12 psychological sessions: 4 sessions of psychoeducation on IPV and 8 sessions on mindfulness training. The entire content of the sessions were transcribed and analyzed qualitatively. In addition, the participant answered the Beck anxiety and depression scales and the Philadelphia Mindfulness Scale-EFM at different times of the intervention. The data obtained indicated a decrease in the symptoms of anxiety and depression, an increase in the score of acceptance of the experiences and a decrease in awareness (EFM). It is concluded that such intervention is considered feasible because it decreased symptoms and allowed a greater awareness and reflection of the participant regarding their intimate relationships, and the development of an attitude of non-judgment, openness and compassion related to the present experience.

Keywords: Intimate partner violence; Women; Mindfulness; Psychoeducation

Resumen

La violencia de pareja (VPI) es un problema de salud pública y una violación de los derechos humanos de las mujeres que puede prevenirse. Las intervenciones deben minimizar el impacto del abuso sufrido y fortalecer a la víctima, para interrumpir el ciclo de violencia. Este estudio de caso tuvo como objetivo analizar la viabilidad de una intervención basada en dos elementos: psicoeducación sobre VPI y mindfulness. Una mujer (43 años) víctima de violencia física y psicológica por parte de su ex pareja y su pareja actual participó en 12 sesiones psicoterapéuticas: 4 sesiones de psicoeducación en VPI y 8 sesiones de mindfulness. Todo el contenido de las sesiones se transcribió y analizó cualitativamente. Además, el participante respondió las escalas de ansiedad y depresión de Beck y la Escala de atención plena de Filadelfia – EFM. Los datos obtenidos indicaron una disminución en los síntomas de ansiedad y depresión, un aumento en el puntaje de aceptación de las experiencias y una disminución en la conciencia. Se concluye que dicha intervención es factible porque permite la disminución de los síntomas y una mayor conciencia y reflexión del participante con respecto a sus relaciones íntimas, y el desarrollo de una actitud de no juicio, apertura y compasión relacionada con la experiencia actual.

Palabras clave: Violencia de pareja; Mujer; Mindfulness; Psicoeducación

Ao longo dos últimos anos tem se observado uma crescente discussão e preocupação a respeito da violência vivenciada por um número considerável de mulheres ao longo do ciclo vital. A violência perpetrada contra as mulheres, em especial a violência por parceiros íntimos (VPI) e a violência sexual, consiste em um problema de saúde pública e de violação dos direitos humanos das mulheres, comum ao redor do mundo¹.

No Brasil, a situação não é diferente. Dados do Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP) revelam que

16 milhões de mulheres brasileiras com idade superior a 16 anos sofreram algum tipo de violência ao longo do ano de 2018 (período em que foram coletados os dados), ou que quase 3 a cada 10 brasileiras sofreram violência. Em 76,4% dos casos, os agressores eram conhecidos das vítimas (namorado/cônjuge/companheiro, ex-namorados/companheiros ou vizinhos) e em 42% dos casos a agressão ocorreu dentro da casa da vítima². Embora a VPI seja um fenômeno complexo e multifacetado, baseado na interação entre aspectos pessoais, situacionais e fatores socioculturais³, o mesmo pode ser prevenido¹.

A violência pode afetar negativamente a saúde física, mental, sexual e reprodutiva das mulheres, sendo comum o aparecimento de sintomas de depressão e ansiedade, sentimentos de solidão, além de consequente isolamento social e marginalização, o que pode levar essas mulheres a terem dificuldade de acesso a fontes de apoio, assistência médica e legal⁴. Logo, a intervenção com as mulheres em situação de VPI deve, por um lado, minimizar o impacto do abuso sofrido na saúde física, social e emocional da mulher, e, por outro, fortalecê-la para que consiga interromper o ciclo de violência vivenciado em seu relacionamento⁵.

Em uma revisão sistemática desenvolvida por Petersen e colaboradores⁶, as autoras destacaram a importância da psicoeducação como ferramenta de ensino, com base em literatura especializada, sobre o funcionamento do ciclo da violência, os direitos das mulheres e a busca de ajuda nas redes de proteção de cada país/localidade. Na perspectiva de intervenções baseadas em evidência para mulheres que passaram por VPI, algumas pesquisas recentes têm avaliado e defendido intervenções baseadas em *mindfulness* para essa população.

O termo *mindfulness* tem origens diversas. Um de seus precursores no desenvolvimento de práticas em saúde foi Jon Kabat-Zinn⁷, o qual define *mindfulness* como um estado de consciência (ou *awareness*) que emerge quando se presta atenção de maneira intencional no momento presente, adotando ativamente uma postura sem julgamentos aos eventos que ocorrem momento após momento. Esses conjuntos de habilidades (direcionar a atenção de maneira intencional) são encontrados em todas as pessoas em diferentes graus, mas o autor argumenta que a meditação é uma forma de treinar e ampliar esse tipo de consciência⁷.

No Brasil, *mindfulness* é comumente traduzido como “atenção plena”, “consciência plena” ou “estar atento”⁸. De modo geral, o *mindfulness* consiste em um processo que é desmembrado em diferentes etapas: a) identificação do objeto ao qual irá se destinar a atenção ou “ancoragem”; b) a distração mental ou divagação mental, momento em que pensamentos e emoções surgem e são captados pela atenção; c) percepção da distração do objeto que era o foco da atenção e, por último, d) retornar intencionalmente a atenção ao objeto que era o foco inicial, ou a “ancoragem”, sem julgamentos⁸.

Estudos que desenvolveram intervenções baseadas em *mindfulness* em mulheres com histórico de VPI ainda são incipientes, entretanto, pesquisas que tiveram delineamentos experimentais ou quasi-experimentais colocam em evidência a potencialidade terapêutica de um treino meditativo de *mindfulness* em mulheres que sofreram VPI⁹. Os objetivos dos estudos comumente são analisar os efeitos das intervenções em sintomas psicopatológicos, como ansiedade, depressão e Transtorno de Estresse Pós-traumático e, quanto a isso, vale ressaltar que os resultados frequentemente destacam os efeitos de pré-teste e pós-teste apontando diminuição

clínica dos escores medidos. Em uma revisão sistemática da literatura sobre intervenções baseadas em *mindfulness* em mulheres que sofreram violência, realizada por Esper e Gherardi-Donato¹⁰, as autoras analisaram 10 estudos empíricos, todos com intervenção em formato grupal. Desses, nove demonstraram efetividade em pelo menos uma das variáveis analisadas nas mulheres que participaram da intervenção. Segundo os dados desta revisão, todos os estudos utilizaram instrumentos para medir as variáveis, sendo elas: fatores sexuais relacionados à dificuldade sexual, satisfação sexual (genital e subjetiva), exposição a agressões sexuais, sintomas de depressão, sintomas de ansiedade, sintomas de estresse pós-traumático (incluindo evitação), níveis de atenção, estresse, percepção e avaliação imunológica.

Algumas lacunas importantes podem ser destacadas nas duas revisões sistemáticas citadas. Tanto em Petersen e colaboradores⁶, quanto em Esper e Gherardi-Donato¹⁰, as autoras apontam a falta de detalhamento metodológico no processo do estudo, como a descrição mais aprimorada das sessões e explicações a respeito da forma da implementação das técnicas utilizadas. Esses detalhes podem ser importantes para a replicação de estudos, mas também para auxiliar profissionais da psicologia, principalmente na clínica, a atender demandas de mulheres com histórico de violência pelo parceiro íntimo.

A partir do que foi exposto anteriormente, este estudo de caso teve como objetivo analisar a viabilidade de uma intervenção baseada em dois elementos: psicoeducação sobre VPI e em meditação *mindfulness*, verificando aspectos pertinentes ao processo terapêutico, como o engajamento da participante nas sessões de forma ativa e realização dos exercícios dentro e fora das sessões.

Método

Participante

Participou da pesquisa uma mulher adulta de 43 anos de idade, mãe de três filhos, sendo dois com mais de 20 anos (do antigo casamento) e um de 7 anos (do atual casamento).

Aspectos éticos

Todos os procedimentos éticos para realização de pesquisa com seres humanos foram realizados (CAAEE nº 03877618.8.0000.5504), com consentimento da participante pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Procedimento

Inicialmente a participante foi entrevistada com o objetivo de investigar aspectos da sua história de vida, história de violência e de sintomas de ansiedade e depressão, a partir das escalas Beck: Inventário Beck de Depressão – BDII¹¹; e Inventário Beck de ansiedade – BAI¹².

A fim de coletar dados sobre níveis de atenção à experiência no momento em que elas ocorrem e a

postura não julgadora em relação a elas, foi solicitado que a participante preenchesse a *Escala Filadélfia de Mindfulness – EFM*¹³, validada para o Brasil por Silveira, Castro e Gomes¹⁴ e composta por 20 questões com escores variando de 0 a 4 pontos, os quais se subdividem em (1) *Awareness* – monitoramento da experiência interna e externa do indivíduo no momento em que elas ocorrem; e (2) Aceitação – atitude de não julgamento, abertura e compaixão relacionada à experiência momentânea.

Após esse primeiro encontro, deu-se início ao primeiro bloco de intervenção – psicoeducação sobre VPI, composto por quatro sessões semanais, com duração de uma hora cada. Cada sessão tinha um objetivo específico a ser trabalhado com a participante e era conduzida pela primeira e segunda autoras. Os temas das sessões foram relativos a: (a) direitos humanos; (b) direitos interpessoais; (c) direitos da mulher na relação amorosa; e (d) Lei Maria da Penha (Lei 11340)¹⁶. Após o acolhimento da participante, era apresentada a agenda da sessão e os materiais informativos relacionados ao tema da sessão.

Após as quatro sessões de psicoeducação, a participante respondeu novamente o BAI, o BDI e a EFMI antes de dar início ao módulo *mindfulness*. O módulo *mindfulness* foi baseado no modelo proposto por Mark Williams e Danny Penman (16) no livro “Atenção plena – *Mindfulness*: Como encontrar a paz em um mundo frenético”, com duração de oito semanas, sendo que cada semana possui uma meditação específica e planejada, a saber: (1) atenção plena do corpo e da respiração; (2) meditação atenta para os sinais emitidos pelo corpo do indivíduo; (3) meditação da respiração e do corpo; (4) observar as novas experiências do cotidiano, estar atento aos sons e pensamentos que surgem em meio ao silêncio proposto pela meditação, perceber os pensamentos e sons surgindo, porém sem julgá-los ou tentar esquecer-los; (5) meditação diária com foco nas dificuldades; (6) buscar durante a meditação os sentimentos com relação aos seus familiares e amigos; (7) dar autonomia para o participante escolher duas das meditações já realizadas anteriormente; e (8) demonstrar aos participantes que a atenção plena pode ser uma meta para toda a vida.

As sessões do módulo *mindfulness* ocorreram semanalmente, com cerca de uma hora de duração, conduzidas pela primeira e segunda autoras. Assim como nas sessões de psicoeducação, as sessões de *mindfulness* iniciavam-se com o acolhimento da participante e, em seguida, era apresentada a agenda da sessão. Nos minutos finais, eram realizadas as meditações e passada a tarefa de casa. A participante era convidada a meditar todos os dias em sua residência e escrever a sua experiência em uma plataforma de mensagens instantâneas todas as vezes que realizasse o exercício, a qual era compartilhada com as pesquisadoras.

Análise dos dados

Os dados obtidos pelos instrumentos foram analisados de acordo com os procedimentos disponíveis nos manuais dos mesmos. Já os dados relativos ao processo de intervenção foram analisados qualitativamente utilizando-se o software *Atlas.ti Cloud*. Após a transcrição das sessões realizadas, os arquivos foram anexados ao software e disponibilizados a duas auxiliares de pesquisa (estudantes do curso de graduação em psicologia, com experiência em intervenção com mulheres vítimas de violência) para categorização. Inicialmente, as auxiliares e a pesquisadora realizavam uma leitura flutuante da transcrição. Posteriormente, selecionaram unidades

de análise (códigos) significativas. Estes códigos, posteriormente, foram agrupados em temas semelhantes e organizados em três categorias: 1) Experiências pessoais relacionadas à violência; 2) Percepções sobre meditar e 3) Devolutivas sobre a intervenção.

Resultados

Histórico de violência

Camila relatou que sofreu agressões físicas (tapas, socos), sexuais (estupro dentro do casamento), psicológicas (era humilhada e xingada pelo parceiro) e patrimoniais (como ter o seu dinheiro confiscado integralmente, sendo liberado conforme a vontade do ex-marido). Após um episódio de violência física severa, em que foi agredida pelo ex-companheiro depois que havia esquecido de comprar um item pessoal do mesmo, Camila fugiu de casa para garantir sua integridade física e, pela primeira vez, prestou queixa na Delegacia de Defesa da Mulher da cidade em que residia. A experiência na Delegacia, de acordo com a participante, foi negativa, visto que a policial a desencorajou a abrir o processo contra o ex-parceiro, não tendo ações jurídicas e legais, visto que no período da denúncia ainda não existia a Lei Maria da Penha¹⁵.

Tal episódio, que corresponde ao episódio de violência mais severo sofrido por Camila, resultou no rompimento da relação com o ex-marido. Na separação, ela ficou com a guarda dos dois filhos da união. Anos depois, Camila se relacionou com um novo parceiro e casou-se com ele. Dessa união teve um filho, estando junto com este parceiro há quase 15 anos, no momento da pesquisa. Ao longo das sessões que ocorreram após a entrevista inicial, os relatos sobre o atual relacionamento indicaram a presença de diferentes tipos de abuso, sendo o psicológico o mais predominante (incluindo o uso de chantagens, humilhações e restrição de liberdade) e um episódio de agressão física.

Sintomas de ansiedade e depressão

A Figura 1 apresenta os escores de ansiedade e depressão obtidos pela participante em diferentes momentos da intervenção: 1) antes da intervenção; 2) após o módulo I – Psicoeducação; 3) Na quarta sessão do módulo II – *mindfulness*; e 4) após a conclusão do módulo II. Verifica-se que os sintomas de ansiedade apresentaram índices mais elevados no período anterior à intervenção, tendo uma queda durante a metade do módulo de *mindfulness*, passando de ansiedade grave para ansiedade mínima, e se mantendo após a conclusão deste módulo. Os escores de depressão seguem um padrão semelhante. Os sintomas de depressão estavam mais elevados no início da intervenção, comparado ao momento pós-intervenção, tendo uma ligeira queda durante a metade do módulo de *mindfulness* e se mantendo após a conclusão deste módulo.

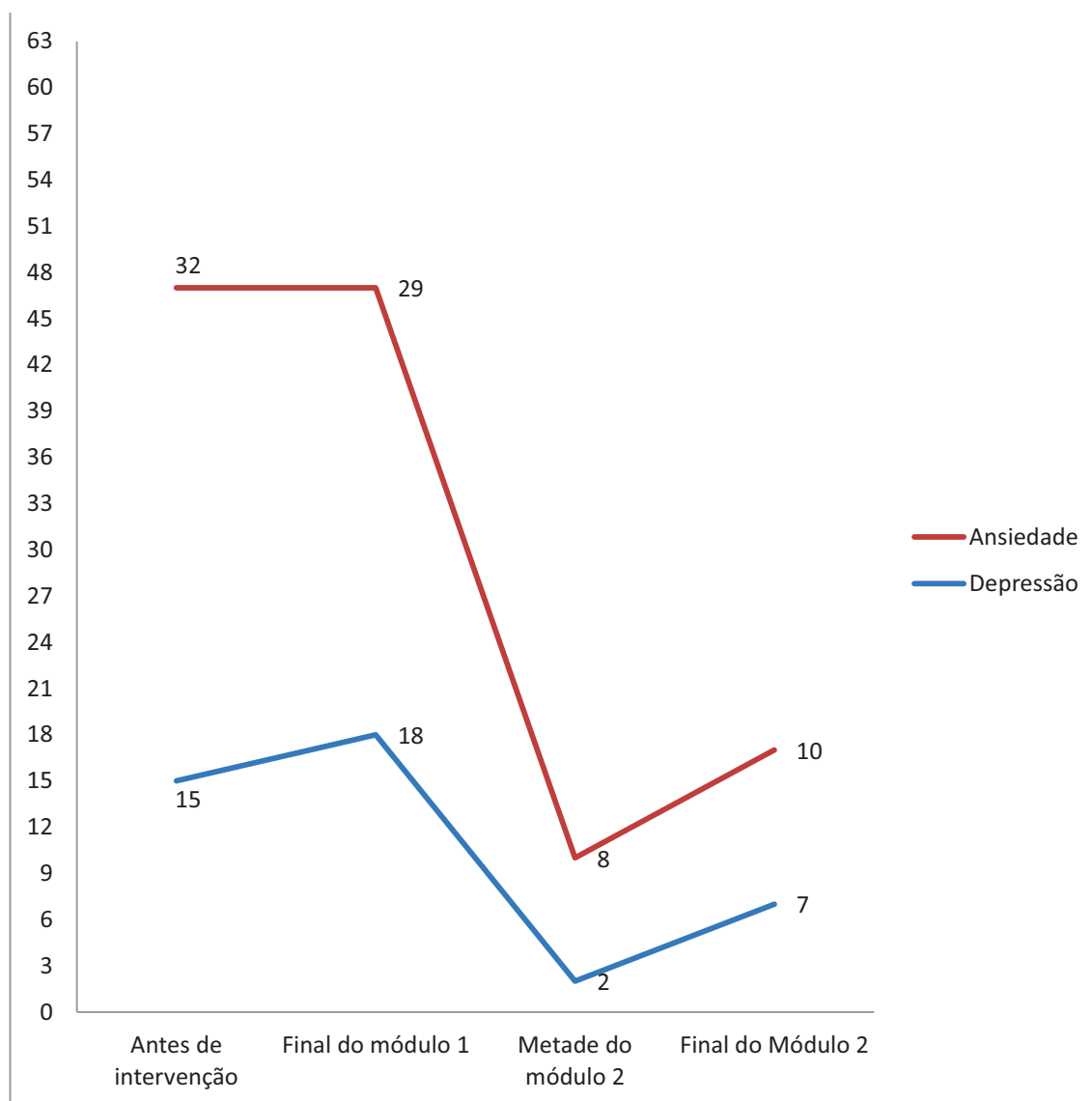


Figura 1. Sintomas de ansiedade e depressão mensurados ao longo da intervenção.

Mindfulness

A Figura 2 apresenta os escores total e das subescalas de aceitação e awareness obtidos pela participante ao longo da intervenção. Pode-se observar que, no início da intervenção, Camila apresentava escores mais altos de monitoramento das experiências internas e externas (*awareness*) que de aceitação (não julgamento, abertura e compaixão relacionada à experiência presente). Ao longo do módulo de psicoeducação, pode-se observar um aumento expressivo no monitoramento das experiências e uma estagnação em relação à aceitação. Contudo, ao iniciar o módulo de *mindfulness*, verifica-se um aumento expressivo nas pontuações de aceitação e uma manutenção dos escores de awareness. Ao final da intervenção, embora os escores de aceitação e *awareness* tenham tido um aumento, quando comparado ao início da intervenção, verifica-se uma tendência de queda em relação à *awareness* e manutenção da aceitação.

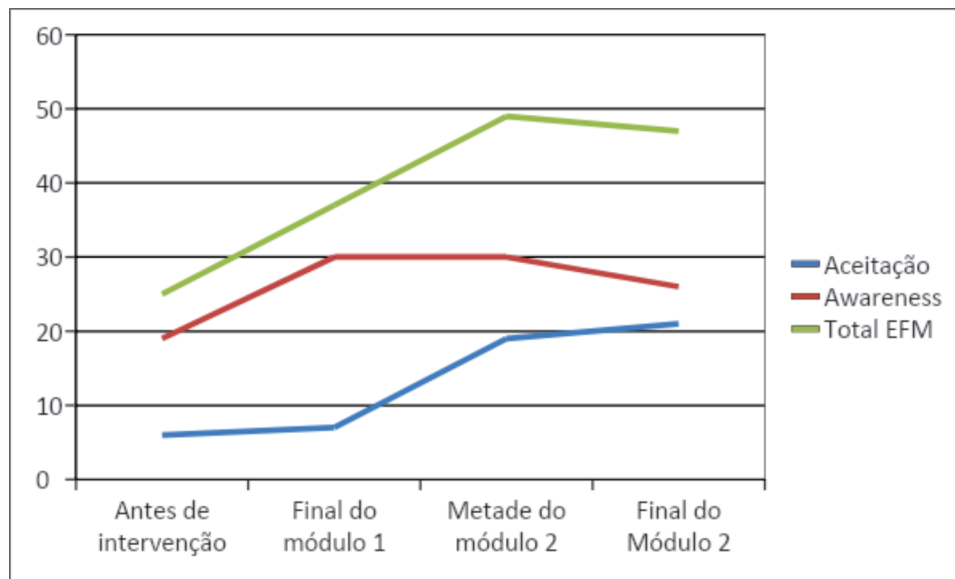


Figura 2. Escores obtidos na Escala Filadélfia de *Mindfulness* e seus componentes (aceitação e awareness) ao longo da intervenção.

1. Experiências pessoais relacionadas à violência

Esta categoria de análise surgiu a partir da interpretação das pesquisadoras referente aos relatos da participante sobre os conteúdos que emergiram durante o módulo de psicoeducação sobre violência contra a mulher. Nessas sessões, Camila era encorajada a compartilhar as suas opiniões, dúvidas e experiências a respeito dos conteúdos abordados. Dentro dessa categoria encontram-se relatos relativos a: (a) Violência pelo parceiro íntimo; (b) Efeitos da violência na vida da participante; e (c) Razões que a fizeram ou a fazem permanecer em um relacionamento violento.

Violência pelo parceiro íntimo

A VPI esteve presente tanto no relacionamento anterior, como no atual. Contudo, Camila identificava mais facilmente a violência praticada pelo ex-parceiro, pois consistia principalmente de violência física. Entretanto, durante a discussão a respeito dos direitos humanos e dos direitos da mulher em um relacionamento, Camila destacou situações em que sentia que seus direitos eram violados no relacionamento atual. De acordo com ela, o parceiro restringia sua liberdade, isto é, a impedia de se encontrar com amigos fora do ambiente de trabalho e a impedia de ter amigos do sexo oposto. Ademais, o parceiro atual atribuía o episódio anterior de traição de Camila ao fato desta fazer acompanhamento psicológico, de modo que ele sugeriu que este fosse interrompido.

Efeitos da violência na vida da participante

Camila descreveu que o histórico de violência sofrida por ela ao longo do seu ciclo vital levou a sentimentos de menos valia, de inadequação e de ser julgada pelos demais. *“Então, eu me sinto muito julgada pela pessoa que eu sou hoje[...].”* (Camila, Sessão 1).

Além disso, Camila descreveu sintomas de ansiedade e perfeccionismo, relatando medo intenso de cometer erros. De acordo com Camila, seus parceiros íntimos, diante de algum comportamento interpretado pelos mesmos como inadequado, culpavam-na e a puniam, tanto física, quanto psicologicamente.

“Eu tive um casamento onde eu fui fiel por sete anos. Só que eu apanhei porque a pessoa achava que eu traía, porque a pessoa... eu não podia atrasar 5 minutos, porque eu não comprava o shampoo dele. Então eu apanhava por tudo, por tudo. Então eu já me perguntei isso. E eu não traí!” (Camila, Sessão 2).

“Eu apanhei dele [atual marido], quando ele descobriu [de um caso extraconjugal de Camila], ele me bateu. Aí ele me torturava, de falar que eu não tinha, que eu não tinha caráter, que eu era a pior pessoa do mundo. Que eu não tinha sentimento por ninguém, nem pelos meus filhos, ah tudo essas coisas que você chega a acreditar que é verdade” (Camila, Sessão 2).

Camila relatou sentimentos de baixa autoestima e baixa autoconfiança, destacando a necessidade de reassseguramento, buscando constantemente a aprovação ou opinião dos outros:

“[...] mas por exemplo, para coisas bobas, roupas... eu tinha que perguntar para dez pessoas o que achava daquela roupa, se tinha ficado boa” (Camila, Sessão 11).

Ademais, segundo os relatos de Camila, questões da sua própria saúde física trazidos em suas consultas médicas, como por exemplo desmaios frequentes, estavam relacionados a episódios de estresse agudo devido ao casamento atual, como expresso pela fala:

“(...) a médica pediu o ‘elétro’, ressonância, tudo, da cabeça. Não tinha dado nada, ela falou pra mim assim – eu lembro que ela tava de férias – foi um outro médico que atendeu, ele falou: ‘Olha, isso foi um estresse muito intenso que você teve’. E eu tava mesmo, aquele dia, eu não sei, eu tava numa agitação, muito, muito intensa. Então, ele falou: ‘Procura sair uma vez por semana com as amigas, jogar conversa fora’, ele falou, porque não adianta nada a gente ficar nessa loucura Mas é difícil né?” (Camila, Sessão 4).

Razões que a fizeram ou a fazem permanecer em um relacionamento violento

Como consequência da baixa autoestima, do sentimento de inadequação, do padrão ansioso e da percepção de ausência de apoio social, especialmente nos momentos em que ela relatou sobre a situação que vivenciava com sua família de origem e obteve respostas que a desencorajaram a romper o relacionamento, Camila relatou a dificuldade em romper o relacionamento com o ex-parceiro, necessitando um episódio de violência física grave para encorajá-la a sair da relação..

“[...] fiquei em uma relação por medo, por pressão psicológica e por não ter ninguém pra ajudar, entendeu? Eu não tinha nem se eu fosse fazer uma denúncia, entendeu? Eu era... eu fui humilhada. As pessoas queriam ajudar, mas não tinham como porque ‘entre marido e mulher ninguém mete a colher’, né?” (Camila, Sessão 1).

Vale destacar que Camila também não obteve ajuda dos serviços da rede de proteção existentes no município em que residia. Segundo o seu relato, ao buscar denunciar o parceiro, os profissionais desconsideraram a gravidade da situação, minimizando o ocorrido:

“Eu não fui levada a sério, porque era uma situação em que eu poderia ter morrido. Entendeu? Eu não fui levada a sério. Eles [profissionais da delegacia], na minha opinião, consideraram como uma briga de marido e mulher” (Camila, Sessão 1).

Em relação ao casamento atual, é importante salientar que a participante nutria um sentimento de culpa devido ao comportamento infiel, responsabilizando-se pela piora na qualidade da relação. Após a descoberta, por parte do marido, de seu relacionamento extraconjugal, ela relata que começou a ceder aos pedidos do atual marido com mais frequência, mesmo que não concordasse.

2. Percepções sobre meditar

Esta categoria de análise refere-se à receptibilidade do treino de meditação pela participante. A análise foi dividida com base em alguns comportamentos que são estimulados na meditação da Atenção Plena. A tabela 1 resume e descreve tais elementos.

Tabela 1. Descrição dos comportamentos que compõem a categoria de Percepções sobre meditar.

Atitudes presentes nos treinos	Descrição	Receptibilidade
Ancoragem	Comportamentos de direcionar a atenção ao corpo e a respiração com base na meditação guiada	Positiva, com dificuldades

Atitudes presentes nos treinos	Descrição	Receptibilidade
Retorno intencional da atenção ao objeto que era o seu foco	Comportamento de captar a lembrança, sentimento ou pensamento e voltar a atenção ao objeto de foco (corpo ou respiração ou sons, por exemplo)	Positiva, com dificuldades
Aceitação	Atitudes de “registros mentais” dos sentimentos, emoções ou pensamentos sem julgamentos	Positiva, com dificuldades
Atitude compassiva	Comportamentos de ter compaixão com as próprias dificuldades, limitações ou erros cometidos.	Positiva

A atenção na respiração e no corpo eram estimulados tanto na meditação guiada, como nas meditações informais, realizadas no cotidiano da participante. As terapeutas explicavam na sessão o quais os comportamentos esperados na realização da atividade, sanando possíveis dúvidas existentes. O excerto a seguir apresenta o relato de Camila sobre sua experiência de percepção dos eventos ao seu redor e de si:

“O sol, o ar, o vento, o barulho. O corpo, né? Meu corpo. O que acontece dentro de mim, meu coração batendo, muitas vezes, o estômago com aquela acidez, sensação de formigamento. Então assim, eu gostei muito de todo esse processo da meditação, me trouxe um conhecimento muito grande, assim, de mim. De mim pra mim mesmo” (Camila, Sessão 12).

A interpretação sobre a atitude compassiva ficou evidente em uma meditação em que era necessário fazer um alongamento com atenção plena. A importância de não ultrapassar os seus limites foi interpretada como um “respeito com o próprio corpo” para Camila:

“É, e isso fez eu me respeitar, o meu limite. Porque a hora que ele falou: ‘mas respeitando’, aí eu falei: ‘epa, então deixa eu voltar um pouquinho’. Entendeu? Então eu acho que é diferente de você eu acho que alongamento com meditação é muito melhor, porque você se concentra em realmente pensar em você, no seu limite, e não no que ali vai fazer sem noção, querendo acompanhar outras pessoas como você falou. Se respeitando” (Camila, Sessão 8).

3. Devolutivas sobre a intervenção

A terceira e última categoria de análise aqui apresentada sobressalta-se nas devolutivas espontâneas que Camila relatou para as terapeutas ou para a intervenção em si. O conjunto de interpretações feita pela participante de como a intervenção impactou a sua vida, a sua rotina e mudanças de comportamento. É importante destacar que os dois diferentes módulos da intervenção tiveram impactos diferenciados na participante. A Tabela 2 resume os diferentes conteúdos dos relatos presentes nessa categoria de análise.

Tabela 2. Conteúdo dos relatos e impactos na participante.

Conteúdo	Impacto
Devolutivas do bloco de psicoeducação sobre violência contra a mulher	Positivo e negativo
Devolutivas sobre o módulo de meditação	Predominantemente positivo
Devolutivas sobre a relação terapêutica	Predominantemente positivo

O módulo de psicoeducação sobre violência contra a mulher foi vivenciado como os dias mais difíceis emocionalmente, entretanto, foram interpretados como necessários, ainda assim:

“Bom, nas primeiras vezes que eu vim aqui, eu acho que mexeu muito comigo, coisa que tava morta, assim, né? Talvez eu achava que tava morta. Mas assim, não me afetava mais, né? Mas eu acho que além de tudo que me aconteceu, então eu fiquei bem abalada, assim, emocionalmente, mas que foi muito bom pra mim, porque eu pude reviver algo, mas dessa vez de uma forma diferente. Eu acho que mais forte, falar sem medo” (Camila, Sessão 12).

Sobre a *“coisa que tava morta”*, Camila parecia se referir aos impactos violentos vivenciados em seus relacionamentos, sobre os aspectos da rotina que tentava relevar ou evitar pensar a respeito.

“Eu acho que essa terapia tá mexendo muito com o meu eu, porque eu não tava assim chorona. Entendeu? Eu não tava assim mais me expondo. Eu não me exponho a minha vida mais. Isso foi uma coisa que eu enterrei. Eu falei, não vou expor minha vida porque ninguém me ajuda” (Camila, Sessão 4).

O módulo II, referente ao treino meditativo de Atenção Plena, foi descrito como dias de muitas descobertas sobre si mesma, sobre conhecimento do corpo e principalmente sobre a funcionalidade que os exercícios tiveram, ou que podem ter em sua vida:

“Com a meditação... incrível, assim, como a gente aprende a se conhecer, aprende agora, eu fazendo caminhada, então eu corro, mas eu presto muito atenção na minha respiração. Pra mim tá sendo muito importante esse processo de respiração. E, porque me acalma. Parece que a respiração te dá uma leveza. Você saber respirar, né? Não sei se eu sei plenamente, mas eu tô tentando. E, em muitos momentos pra mim ela foi importante. Pra me acalmar nos momentos de ansiedade. Pra me permitir que eu tenho direito de muitas coisas. Então assim, me trouxe muito conhecimento. Eu não sabia sobre meditação, sobre isso. O que eu podia trazer de benefício pra mim mesma. Então isso pra mim foi uma novidade, e uma novidade muito boa, que eu

quero dar continuidade porque, pra mim, que sofro de ansiedade, é algo que talvez eu sempre precisei e nunca pratiquei, né? Porque é uma coisa que é muito... sozinha você acaba entendendo melhor né? Seu corpo, você, seus sentimentos, né? Porque você tá ali, tão ansiosa naquele momento” (Camila, Sessão 12).

Além disso, a participante ressaltou que, mesmo sendo um processo interventivo que tivesse a frequência semanal e que fosse diferente do que estava adaptada a fazer, ela demonstrou abertura para a experiência:

“Eu consegui... porque pra mim é torturante trabalhar com essa questão de ter uma coisa pra fazer todas semana, né? E eu consegui, então porque eu acho que todo o processo em si, eu tenho que agradecer né? Por essa oportunidade, de tá aprendendo a meditar, um pouco que seja, a poder me aceitar do jeito que eu sou, e até porque não é fácil, eu ainda tenho que trabalhar muito em mim essa questão de aceitação da minha ansiedade. Então eu acho que eu sofro ainda com isso. Mas eu acho que eu evolui com tudo isso, então isso pra mim é o mais importante. Mesmo que seja, pouco ou muito, o pouco pra mim foi muito. Então eu só tenho que agradecer, de coração. Só me fez bem” (Camila, Sessão 12).

Essa fala demonstra um elemento principal da meditação que é a aceitação dos sentimentos e emoções que estão ocorrendo no momento, sem julgá-los e sem dar a dimensão maior do que realmente são, ao compartilhar as dificuldades existentes no processo, sendo este já considerado um processo de aceitação que ela mesma realizou.

Discussão

Os principais achados do estudo de caso demonstram que a proposta de uma intervenção que contemple, por um lado, a psicoeducação sobre VPI e, por outro, a meditação *mindfulness*, se mostra como uma alternativa viável de intervenção à mulheres que experienciaram VPI em seu relacionamento íntimo. Petersen et al (2019), em uma revisão sistemática da literatura de intervenções com mulheres vítimas de violência destacaram a importância da psicoeducação como ferramenta para as mulheres compreenderem, com base em uma adequação didática da literatura especializada, o funcionamento do ciclo da violência, dos seus direitos e a busca de ajuda nas redes de proteção de sua comunidade. Em consonância com esse achado, Camila destacou que o módulo de psicoeducação, apesar de ser o mais difícil emocionalmente, foi relevante para que ela identificasse os seus esforços de apenas se esquivar de pensar a respeito das suas experiências, os custos emocionais dessa esquiva (por exemplo, sintomas de ansiedade, sentimento de estar “morta por dentro”) e a necessidade de enfrentar essa situação.

Ao longo do módulo de psicoeducação, o qual teve como objetivo levar informações precisas a respeito da VPI, de modo a aumentar o repertório da cliente a respeito das dinâmicas dos relacionamentos íntimos,

instrumentalizando-a para que ela fosse capaz de reconhecer comportamentos possivelmente abusivos; foi possível verificar, a partir dos relatos de Camila, comportamentos de violência psicológica emitidos pelo seu parceiro, tais como: controlar suas ações/comportamentos; evitar contato da mesma com amigas (isolamento) e vigilância constante (por exemplo, verificando suas contas de email e mensagens em aplicativos).

Camila não identificava esses padrões de comportamento como violência, contudo, a partir das discussões e reflexões realizadas ao longo do módulo de psicoeducação, a participante foi, aos poucos, relacionando os exemplos de sua história de vida no relacionamento atual ao que ocorria em um ciclo de violência, o qual descreve as diferentes fases de um relacionamento abusivo (calmaria; acúmulo de tensão; explosão; e lua de mel). Tal fato pode ter contribuído para o aumento do monitoramento das experiências, observado nos escores de *awareness* obtidos na EFM (ver Figura 2).

Leahy, Tirch e Napolitano (2011), ao apresentar o modelo de terapia do esquema emocional, destaca que alguns indivíduos podem ter construído ao longo da vida crenças negativas a respeito das emoções. Tais crenças podem estar relacionadas a visão de que elas não fazem sentido, são avassaladoras, constrangedoras, durará indefinidamente, que só ocorrem com o indivíduo, não podem ser expressas e que nunca serão validadas. Conseqüentemente, esses indivíduos terão uma probabilidade maior de adotar posturas problemáticas para lidar com as situações, como, por exemplo, uso abusivo de álcool e outras drogas, ruminação, excesso de preocupação, esquiva, comer compulsivo e dissociação. De acordo com o autor, a intervenção psicoterapêutica deve contribuir para que o indivíduo tenha visões mais positivas e funcionais a respeito das emoções, isto é, interpretar as emoções como aceitáveis, que elas não são constrangedoras, exclusivas ou prolongadas. Acredita-se, portanto, que o módulo de psicoeducação, embora evocasse memórias dolorosas e, por vezes, traumáticas, contribuiu para que Camila, ao se reconhecer em um relacionamento permeado pela VPI, identificasse que diferentes variáveis (pessoais, do parceiro, da comunidade, da sociedade etc.) contribuíram para a manifestação dos comportamentos, tanto do parceiro atual quanto do ex parceiro, e que outras mulheres em situações parecidas vivenciaram e apresentaram sentimentos próximos àqueles sentidos por ela. Dessa forma, infere-se que houve a diminuição da culpa, visto que houve também a compreensão do fenômeno enquanto contexto, não como falha individual.

Há que se destacar também o ambiente acolhedor e livre de julgamentos proporcionado pelas terapeutas ao longo do módulo de psicoeducação como uma variável importante para o engajamento de Camila na intervenção, favorecendo o compartilhamento da sua história, nas palavras da participante “(...) *foi muito bom pra mim, porque eu pude reviver algo, mas dessa vez de uma forma diferente. Eu acho que mais forte, falar sem medo*” (Camila, Sessão 12).

Contudo, ao final do módulo de psicoeducação, Camila apresentou um aumento do sentimento de tristeza e de sintomas depressivos (ver Figura 1), o que sugere que falar e rememorar as experiências de VPI a colocou em contato com informações emocionalmente difíceis de lidar, para as quais ela não tinha um repertório desenvolvido. Logo, os dados da presente pesquisa apontam que uma intervenção exclusivamente psicoeducativa, embora indicada, não seria suficiente para lidar com as conseqüências da VPI. Ou seja, este

estudo aponta que é necessário propor estratégias que possibilitem o desenvolvimento de repertórios de regulação emocional para lidar com outros sintomas, como, por exemplo, aqueles relacionados à depressão e desesperança, tão comuns em mulheres com histórico de VPI⁴.

A atenção plena (*mindfulness*) tem sido apontada como uma estratégia integrativa para o enfrentamento do estresse e de transtornos mentais comuns, bem como para obtenção do autocuidado¹⁸. Embora os programas de treinamento de *mindfulness* utilizem a meditação como uma técnica central desenvolvida ao longo das sessões, não se pode concluir que *mindfulness* seja sinônimo de meditação, pois nem todas as práticas meditativas estão associadas ao desenvolvimento da atenção plena. A atenção plena consiste em uma prática integrativa que direciona a atenção do indivíduo intencionalmente ao momento presente, com uma atitude de abertura, curiosidade e aceitação, contribuindo para o reconhecimento da realidade experienciada¹⁹. Convergente a essa visão, Leahy, Tirch e Napolitano (2011) asseveram que a atenção plena contribui para aumentar a habilidade de aceitação. Ao desenvolver uma noção de não julgamento e menos culpa diante das emoções, assim como reconhecer que elas não precisam ser controladas ou suprimidas, e sim toleradas e experimentadas, o indivíduo teria uma probabilidade menor de se engajar em comportamentos problemáticos ou disfuncionais.

Ao longo do módulo II, apesar de Camila julgar que teve dificuldades em realizar as atividades propostas no treino (ver Tabela 1), verifica-se que ela avaliou positivamente as atividades. Ao analisar seu desempenho no módulo, foi possível verificar que o mesmo possibilitou emergir diferentes componentes que se referiram à experiência interna de Camila. Por meio do seu relato, verificaram-se componentes relativos à “ancoragem” (comportamentos de direcionar a atenção ao corpo e a respiração com base na meditação guiada), “retorno intencional da atenção ao objeto que era o seu foco” (comportamento de captar a lembrança, sentimento ou pensamento e voltar a atenção ao objeto de foco – corpo, respiração ou sons do ambiente), “aceitação” (atitudes de registros mentais dos sentimentos, emoções ou pensamentos sem julgamentos) e “atitude compassiva” (comportamentos de ter compaixão com as próprias dificuldades, limitações ou erros cometidos), etapas presentes no processo da prática de *mindfulness*⁸. Os encontros meditativos ao longo do módulo II ganharam um teor de auto-observação, o que Camila nomeou em uma das sessões como se estivesse acessando um “conhecimento de si mesma”, o que pode estar relacionado ao aumento expressivo dos escores de aceitação mensurados pela EFM (ver Figura 2).

Cumprido destacar que mesmo relatando dificuldade para realizar as atividades do módulo II, Camila se manteve assídua nas sessões, participando ativamente e realizando as atividades propostas para serem realizadas ao longo da semana pelas terapeutas e enviando feedback das mesmas no aplicativo de mensagens. Tais características sinalizam para o estabelecimento de uma aliança terapêutica positiva¹⁷ e características próprias de Camila (nível de escolaridade, acesso e facilidade em lidar com a tecnologia, acreditar na possibilidade de mudança etc.) que podem ter contribuído para os resultados obtidos, uma vez que pesquisas baseadas em evidência têm indicado que uma parcela do sucesso na terapia está relacionado a características do paciente, tais como motivação para mudança, capacidade cognitiva e severidade dos sintomas.

O diferencial deste estudo foi unir duas modalidades de intervenção (psicoeducação e treinamento em *mindfulness*) no formato individual. Quanto a este elemento, cabe destacar que teve dois tipos de impactos principais: (1) de responsabilidade social, referente a disponibilizar informação sobre os seus direitos e deveres em um relacionamento íntimo, o que, no caso de Camila, foi relevante para validar a violência que passou no relacionamento anterior, mas principalmente reconhecer que o relacionamento atual era abusivo e (2) instrumentalizar a participante para lidar com as consequências da VPI.

Em um cenário hipotético, caso Camila tivesse completado apenas o módulo psicoeducativo, ela teria sido amparada com informações que contribuíram para ressignificar algumas de suas experiências e proporcionar uma visão de maior abertura aos seus sentimentos e uma menor esquiva emocional, o que pode ter contribuído para a diminuição dos sintomas de ansiedade mensurados pelo BAI em diferentes momentos da intervenção (ver Figura 2). Contudo, ao entrar em contato mais direto com seus sentimentos e com a complexidade das situações de VPI, Camila teve um aumento nos sentimentos de desesperança. É nesse contexto que, ao ser exposta ao conteúdo e ao treino meditativo, ela pôde ter acesso a ferramentas que a auxiliassem a adquirir uma regulação emocional que poderia, futuramente, lhe dar suporte para uma tomada de decisão mais efetiva e reflexiva sobre o rumo do próprio relacionamento. É preciso salientar que o treino meditativo teve o foco de regulação emocional, e não o de ser uma ferramenta de adaptação ao relacionamento abusivo.

Considera-se, portanto, que profissionais que atuem, ou venham atuar com mulheres em contexto de VPI, realizem cursos e treinamentos voltados para a discussão do enfrentamento da violência contra a mulher. Tal formação é imprescindível para que o profissional reflita a respeito da complexidade dos casos de violência, evitando realizar avaliações simplistas da situação, o que pode contribuir para a revitimização ou culpabilização da vítima. Por vivermos em uma sociedade com valores patriarcais e machistas, não raro podemos ter crenças pessoais e mitos a respeito da VPI e dos papéis tradicionais de gênero, o que dificulta uma postura de acolhimento e não julgamento. Logo, cabe ao profissional que tem interesse nessa área de atuação, ter uma postura de abertura e escuta ativa dos casos acompanhados, avaliando, juntamente com a cliente, em uma postura colaborativa, quais os fatores mais prementes que a impedem de alterar a sua situação. Além disso, é importante que o profissional compreenda que nenhuma mulher merece ser agredida, independente de suas características pessoais⁴.

Apesar dos resultados promissores, há que se destacar algumas limitações. Por ser um estudo de caso realizado com uma mulher branca, com ensino médio completo, independente financeiramente, com acesso a recursos informacionais, econômicos e sociais, que, no momento da pesquisa, estava em um relacionamento com VPI leve; acredita-se que os resultados devam ser olhados com cautela, pois em contextos de maior vulnerabilidade, talvez os resultados possam ser diferentes. Além disso, as terapeutas que conduziram as sessões participavam de um grupo de pesquisa voltado à prevenção de violência, tendo acesso a discussões frequentes a respeito do fenômeno, de tal modo que outros profissionais sem acesso a informações a respeito do fenômeno poderão ter dificuldade com o primeiro módulo da intervenção. Ademais, há que se destacar

que uma das terapeutas que conduziu o módulo II de meditação *mindfulness*, tinha realizado treinamento específico para tal.

Sugere-se que pesquisas futuras sejam realizadas com um número maior de participantes, de diferentes realidades socioeconômicas, culturais e de níveis de exposição à VPI, de modo a identificar a aplicabilidade da intervenção a públicos diversos e em diferentes contextos. Além disso, recomenda-se acrescentar a utilização de instrumentos de medida comportamentais e de regulação emocional ao longo do processo, os quais poderiam auxiliar na compreensão dos diferentes impactos da intervenção com mulheres com histórico de VPI.

O enfrentamento da VPI exige a ação de diferentes serviços e profissionais⁴. No presente estudo de caso pode-se verificar a complexidade da VPI, uma forma de violência ainda naturalizada na sociedade e perpetrada em vários níveis socioecológicos³, e a necessidade da condução de intervenções focadas em psicoeducação sobre a VPI e regulação emocional por profissionais capacitados.

Referências

1. World Health Organization. Global plan of action: health systems address violence against women and girls [Internet]. 2016 [acesso em 31 jul. 2020]. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/251664/WHO-RHR-16.13-eng.pdf>>
2. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Visível e invisível: a vitimização de mulheres no Brasil 2ª edição [Internet] 2019 [acesso em 31 jul. 2020]. Disponível em: <http://www.forumseguranca.org.br/publicacoes/visivel-e-invisivel-a-vitimizacao-de-mulheres-no-brasil-2-edicao/>.
3. Heise L. What works to prevent partner violence? A evidence overview. London: Strive Research Consortium. 2011
4. Sinclair, D. Por que a mulher permanece em um relacionamento violento? In: Williams LCA, Maia JMD, Rios KA; D’Affonseca SM: Aspectos psicológicos da violência (vol1). Curitiba: Juruá; 2019.
5. D’Affonseca SM, Williams LCA. Terapia cognitivo-comportamental em grupo a mulheres vítimas de violência e a seus parceiros agressores. In: Neufeld, C.B. & Rangé, B.. (Org.). *Terapia cognitivo-comportamental em grupos*. 1ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.
6. Petersen MGF, Zamora JC, Fermann IL, Crestani PL, Habigzang, LF. Psicoterapia cognitivo-comportamental para mulheres em situação de violência doméstica: Revisão sistemática. *Psicologia Clínica*. 2019; 31: 145–165.
7. Kabat-Zinn, J. *Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future*. doi: 10.1093/clipsy/bpg016, 2003.
8. Demarzo MMP. Meditação aplicada à saúde. In: Programa de Atualização em Medicina da Família e Comunidade. 1. ed. Porto Alegre-RS: Artmed Panamericana Editora; 2011.
9. Kelly, A, Garland, EL. Trauma-Informed Mindfulness-Based Stress Reduction for Female Survivors of Interpersonal Violence: Results from a Stage I RCT. *Journal of clinical psychology* [Internet]. 2016 [acesso em 31 jul. 2020]; 72(4): 311-328. Disponível em: <<https://doi.org/10.1002/jclp.22273>>
10. Esper, L, Gherardi-Donato, ECS. (2019). Mindfulness-based interventions for women victims of interpersonal violence: A systematic review. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2019; 33: 120-130. doi: 10.1016/j.apnu.2018.09.003.

11. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for Beck Depression Inventory II. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1996.
12. Beck AT, Steer RA. Beck Anxiety Inventory. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1993.
13. Cardaciotto L, Herbert JD, Forman EM, Moitra E, Farrow V. The assessment of present-moment awareness and acceptance: the Philadelphia Mindfulness Scale. *Assessment*. 2008; 15(2): 204-223.
14. Silveira AC, Castro T, Gomes WB. Adaptação e validação da Escala Filadélfia de Mindfulness para adultos brasileiros [Internet]. *Psico-USF*. 2012 [acessado em 31 jul. 2020]; 17(2):215-223. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-82712012000200005>>
15. Brasil. Lei n. 11.340, de 07 de agosto de 2006. Coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher. Presidência da República. 07 ago. 2006.
16. Williams M, Penman D. *Atenção Plena*. Rio de Janeiro: Sextante; 2015. ISBN 978-85-431-0187-3.
17. Wright JH, Brown GK, Thase ME, Basco, MR. *Aprendendo a terapia cognitivo comportamental*. Porto Alegre: Artmed; 2019.
18. Souza MT. A autopercepção de comportamentos relacionados à atenção plena em profissionais da saúde [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2016.
19. Bishop SR, Lau M, Shapiro S, Carlson L, Anderson ND, Carmody J, Segal ZV, Abbey S, Speca M, Velting D, Devins G. (2004). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice* [Internet]. 2004 [acesso em 31 jul. 2020]; 11(3): 230-241. Disponível em <<https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>>
20. Leahy RL, Tirch D, Napolitano LA (2011) *Regulação emocional em psicoterapia: um guia para o terapeuta cognitivo comportamental*. Porto Alegre: Artmed.

Contribuições: Amanda Soares Dantas – Coleta de Dados, Investigação, Metodologia, Redação – Preparação do original, Redação – Revisão e Edição;

Rafaela Pereira – Coleta de Dados, Redação – Preparação do original, Redação – Revisão e Edição;

Júlia Floriano Zafalon – Redação – Preparação do original, Redação – Revisão e Edição;

Sabrina Mazo D’Affonseca – Metodologia, Redação – Preparação do original, Redação – Revisão e Edição, Supervisão.

Correspondência

Sabrina Mazo D’Affonseca

samazo@ufscar.br

Submetido em: 31/07/2020

Aceito em: 30/05/2021