

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
LAPREV – LABORATÓRIO DE ANÁLISE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA

SARA GONZALEZ MORON

**TREINO DE HABILIDADES ONLINE BASEADO EM TERAPIA
COMPORTAMENTAL DIALÉTICA (DBT) PARA MULHERES COM HISTÓRICO
DE VIOLÊNCIA ENTRE PARCEIROS ÍNTIMOS NO BRASIL: ESTUDO DE
VIABILIDADE**

SÃO CARLOS

2026

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
LAPREV – LABORATÓRIO DE ANÁLISE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA

SARA GONZALEZ MORON

**TREINO DE HABILIDADES ONLINE BASEADO EM TERAPIA
COMPORTAMENTAL DIALÉTICA (DBT) PARA MULHERES COM HISTÓRICO
DE VIOLÊNCIA ENTRE PARCEIROS ÍNTIMOS NO BRASIL: ESTUDO DE
VIABILIDADE**

Texto de dissertação de mestrado apresentado
ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia
da Universidade Federal de São Carlos

Área de concentração:

Comportamento social e processos cognitivos

Orientadora:

Profª. Dra. Sabrina Mazo D’Affonseca

Coorientador:

Prof. Dr. Denis Roberto Zamignani

SÃO CARLOS

2026



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Educação e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

Folha de Aprovação

Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Sara Gonzalez Moron, realizada em 24/02/2026.

Comissão Julgadora:

Profa. Sabrina Mazo D'Affonseca (UFSCar)

Profa. Jocelaine Martins da Silveira (UFPR)

Profa. Maria de Nazare Pereira da Costa
(UFMA)

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Administração e Sociedade.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Fundação Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), Brasil, Processo #2024/10708-5 e da CAPES Processo #88887.956752/2024-00

Agradecimentos

Aos meus orientadores que tanto admiro, Sabrina e Denis, pelo aprendizado, disponibilidade, suporte, parceria e acolhimento ao longo do processo. Sou extremamente grata por permitirem que o mestrado, apesar do trabalho intenso, tenha sido uma jornada enriquecedora e leve. Espero poder aprender cada dia mais com vocês.

Aos meus pais e meu irmão, Célio, Roxana e Mateus, sempre acolhedores, disponíveis e torcendo por mim. Cada passo que dei só foi possível graças a vocês.

Ao meu companheiro Matheus, pela parceria constante, por me apoiar incondicionalmente e por muitas vezes acreditar mais em mim do que eu mesma.

Aos meus colegas de mestrado, que me acompanharam ao longo dessa etapa. Pelas trocas, aprendizados e desafios enfrentados.

Aos meus amigos, os de longe e os de perto, pelos encontros que me fortaleceram, pela presença que acolheu, pelos dias mais leves.

A todos meus professores que contribuíram com minha formação ao longo desses anos em que a psicologia se torna cada vez mais um pedacinho de mim, permitindo que eu tenha chegado até aqui.

E por fim, às participantes desse estudo, agradeço pela partilha, confiança e comprometimento ao longo de todo esse processo. As admiro por toda a coragem e perseverança, estarei sempre torcendo pelas suas conquistas.

Resumo

Violência entre parceiros íntimos (VPI) é definida por qualquer ato violento realizado por uma das partes de uma relação íntima. Devido à dificuldade de lidar com situações emocionalmente problemáticas, bem como a presença de habilidades de enfrentamento inadequadas em contextos relacionais, a desregulação emocional é considerada um fator de risco para muitos casais que vivenciam abuso e violência em seus relacionamentos românticos. A Terapia Comportamental Dialética (DBT) tem recebido atenção devido a sua comprovada eficácia em melhorar a autoestima, a autoeficácia e a regulação emocional entre vítimas de violência. A presente pesquisa teve como objetivo analisar a viabilidade de uma intervenção online baseada no Treino de Habilidades da DBT para mulheres vítimas de VPI. Para atingir esse objetivo, foram conduzidos dois estudos. O primeiro consistiu em uma revisão sistemática da literatura a respeito de intervenções em DBT voltadas a esse público. Foram consultadas as bases de dados PubMed, PsycINFO, ERIC, Scopus, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO) com os seguintes descritores “Terapia Comportamental Dialética”, “DBT”, “estratégias de prevenção”, “violência contra mulher”, “violência entre parceiros íntimos” e “VPI”, em português e inglês, com os operadores booleanos AND e OR. A seleção e categorização dos artigos foi realizada a partir das recomendações do protocolo PRISMA. Os estudos selecionados foram sumarizados e agrupados a partir de categorias de análise. Os resultados indicaram poucas intervenções em DBT voltadas para esse público, sendo nenhuma no contexto brasileiro. O Estudo 2 teve como objetivo a aplicação de um protocolo identificado no primeiro estudo, adaptado para o contexto brasileiro em uma amostra de mulheres vítimas de VPI e a avaliação de sua viabilidade de acordo com os seguintes critérios: aceitabilidade da intervenção, adequação à realidade, viabilidade do programa, sustentabilidade após implementação e fidelidade ao protocolo original. As participantes foram recrutadas via redes sociais e em serviços voltados a mulheres. Três mulheres que sofreram VPI dentro dos 6 meses antes da intervenção foram selecionadas aleatoriamente. Foram respondidas medidas (DASS-21, RSES, DERS-16, IES-R, Escala de Desesperança de Beck e NSGE) antes, durante e após a intervenção. O treino de habilidades incluiu 8 encontros síncronos semanais com cerca de uma hora de duração, realizados através da plataforma *google meet*. Os dados foram analisados qualitativamente e quantitativamente. Os resultados indicaram melhora nos sintomas das participantes e indicam que a aplicação do protocolo é viável ao contexto brasileiro.

Palavras-chave: violência entre parceiros íntimos; treino de habilidades; terapia comportamental dialética; viabilidade; mulher.

Abstract

Intimate partner violence (IPV) is defined as any violent act perpetrated by one of the partners within an intimate relationship. Due to difficulties in coping with emotionally distressing situations, as well as the presence of inadequate coping skills in relational contexts, emotion dysregulation is considered a risk factor for many couples who experience abuse and violence in their romantic relationships. Dialectical Behavior Therapy (DBT) has received increasing attention due to its demonstrated effectiveness in improving self-esteem, self-efficacy, and emotion regulation among victims of violence. The present research aimed to analyze the feasibility of an online intervention based on DBT Skills Training for women who are victims of IPV. To achieve this objective, two studies were conducted. The first consisted of a systematic review of the literature on DBT-based interventions for this population. The databases PubMed, PsycINFO, ERIC, Scopus, the Virtual Health Library (VHL), and the Scientific Electronic Library Online (SciELO) were searched using the descriptors “Dialectical Behavior Therapy,” “DBT,” “prevention strategies,” “violence against women,” “intimate partner violence,” and “IPV,” in both Portuguese and English, combined with the Boolean operators AND and OR. Article selection and categorization followed the recommendations of the PRISMA protocol. The selected studies were summarized and grouped according to analytical categories. The results indicated a limited number of DBT interventions targeting this population, with none identified in the Brazilian context. Study 2 aimed to apply a protocol identified in the first study, adapted to the Brazilian context, in a sample of women who were victims of IPV, and to evaluate its feasibility according to the following criteria: intervention acceptability, appropriateness, feasibility, post-implementation sustainability, and fidelity to the original protocol. Participants were recruited through social media and services aimed at women. Three women who had experienced IPV within the six months prior to the intervention were randomly selected. Measures (DASS-21, RSES, DERS-16, IES-R, Beck Hopelessness Scale, and NSGE) were administered before, during, and after the intervention. The skills training consisted of eight weekly synchronous sessions lasting approximately one hour, conducted via the Google Meet platform. Data were analyzed using qualitative and quantitative approaches. The results indicated improvements in participants’ symptoms and suggest that the application of the protocol is feasible in the Brazilian context.

Keywords: intimate partner violence; skills training; dialectical behavior therapy; feasibility; women.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	4
INTERVENÇÕES EM TERAPIA COMPORTAMENTAL DIALÉTICA PARA VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA POR PARCEIROS ÍNTIMOS: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	7
Resumo	7
Abstract	7
Método	12
Resultados	14
Discussão	20
Considerações Finais	23
Referências	24
ADAPTAÇÃO E VIABILIDADE DO THE WOMEN'S EMOTIONS, TRAUMA AND EMPOWERMENT (W-ES.T.EEM) PARA O CONTEXTO BRASILEIRO	30
Resumo	30
Abstract	30
Método	43
Resultados	60
Discussão	83
Referências	95
CONSIDERAÇÕES FINAIS	106
ANEXO I - Formulário de aceitabilidade da intervenção - versão participante	107
ANEXO II - Formulário de adesão da intervenção - observadoras	111
ANEXO III - Estrutura de sessão de psicoeducação sobre o ciclo da violência	115

APRESENTAÇÃO

A presente dissertação foi desenvolvida sob a orientação dos professores Dra. Sabrina Mazo D’Affonseca e Dr. Denis Roberto Zamignani, no Laboratório de Análise e Prevenção da Violência (Laprev) da Universidade Federal de São Carlos. A pesquisa partiu de percepções obtidas nos campos clínico e de pesquisa: durante estudos e aplicações da Terapia Comportamental Dialética (DBT), percebeu-se a prevalência de desregulação emocional em indivíduos com histórico de violência (Linehan, 2010). Essa percepção levantou questionamentos sobre as características comuns no repertório comportamental desses indivíduos e o potencial de um treino de habilidades voltado para desregulação emocional, como o da DBT, para enriquecer esse repertório. Em paralelo, uniu-se à demanda recebida no programa de extensão de psicoterapia para mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo do Laprev.

O histórico de VPI está relacionado a sintomas depressivos, ideação suicida, sintomas ansiosos e pós-traumáticos (Clemente-Teixeira et al., 2022). No que tange à desregulação emocional, a literatura indica correlação entre desregulação de emoções tanto positivas quanto negativas dessas mulheres com sintomas de estresse pós-traumático e depressivos (Weiss et al., 2018). Nos atendimentos realizados no Laprev com mulheres vítimas de violência, déficits na regulação emocional também foram observados em mulheres com histórico de VPI, estando de acordo com os achados da literatura. Considerando esse cenário, foi investigada a existência de programas baseados na DBT para esse público, não sendo encontrados a priori nenhuma intervenção no Brasil, e poucas no exterior.

Dessa forma, optou-se por, em um primeiro estudo, explorar de maneira sistemática as intervenções existentes baseadas em DBT e voltadas para mulheres com histórico de VPI para, em seguida, em um segundo estudo, identificar uma intervenção que pudesse ser viável de ser adaptada ao contexto brasileiro. Para o segundo estudo, selecionou-se a intervenção

mais recente e única que utiliza formato online (Taccini et al., 2025) para verificar sua viabilidade de adaptação ao contexto brasileiro. Essa escolha considerou as barreiras impostas pelo deslocamento até a universidade. A intervenção também inclui elementos do empoderamento, o que corrobora com a perspectiva comportamental transacional da DBT e com o movimento de oposição à VPI (Goodman & Epstein, 2008).

A seguir, serão apresentadas as duas etapas de investigação no formato de dois artigos científicos, sendo o primeiro uma revisão sistemática das intervenções baseadas em DBT para mulheres com histórico de VPI e a segunda o estudo de uma adaptação do protocolo W-ES.T.EEM desenvolvido por Taccini et al. (2025) para o Brasil e o estudo de sua viabilidade com uma amostra de mulheres com histórico de VPI.

Referências

- Clemente-Teixeira, M., Magalhães, T., Barrocas, J., Dinis-Oliveira, R. J., & Taveira-Gomes, T. (2022). Health outcomes in women victims of intimate partner violence: A 20-year real-world study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(24), 17035. <https://doi.org/10.3390/ijerph192417035>
- Goodman, L. A., & Epstein, D. (2008). Listening to battered women: A survivor-centered approach to advocacy, mental health, and justice. *American Psychological Association*. <https://doi.org/10.1037/11651-000>
- Linehan, M. (2010). *Terapia cognitivo-comportamental para transtorno da personalidade borderline: Guia do terapeuta*. Artmed.
- Taccini, F., Rossi, A. A., & Mannarini, S. (2025). The Women's EmotionS, Trauma and EmpowErMent (W-ES.T.EEM) pilot study: A randomised psychoeducational intervention for women with an experience of intimate partner violence. *Journal of Family Violence*. <https://doi.org/10.1007/s10896-025-00828-x>

Weiss, N. H., Dixon-Gordon, K. L., Peasant, C., & Sullivan, T. P. (2018). An examination of the role of difficulties regulating positive emotions in posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 31*(5), 775–780. <https://doi.org/10.1002/jts.22330>

INTERVENÇÕES EM TERAPIA COMPORTAMENTAL DIALÉTICA PARA VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA POR PARCEIROS ÍNTIMOS: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Resumo

Violência por parceiros íntimos (VPI) refere-se ao ato violento voltado a uma das partes de uma relação íntima. Dados mundiais sugerem que 25,8% das mulheres entre 15 e 49 anos já passaram por uma situação de VPI. A Terapia Comportamental Dialética (DBT) tem sido identificada como potencial recurso para o desenvolvimento de intervenções voltadas a mulheres que estiveram em contexto de VPI. Este estudo objetivou realizar uma revisão sistemática de intervenções desenvolvidas baseadas na DBT com mulheres vítimas de VPI. A busca foi realizada nas bases PubMed, PsycINFO, ERIC, Scopus, BVS e SciELO, utilizando descritores relacionados a DBT e VPI. Foram incluídos artigos empíricos, publicados em português, inglês ou espanhol, que descrevessem intervenções baseadas na DBT com mulheres com histórico de VPI. Cinco estudos internacionais foram selecionados, desenvolvidos nos Estados Unidos e na Itália, entre 2007 e 2025. As intervenções variaram quanto ao formato (individual, grupo, online), duração e estratégias utilizadas, com a maioria empregando estratégias do treino de habilidades da DBT. Os resultados apontaram melhorias significativas principalmente em sintomas de depressão, Transtorno de Estresse Pós-traumático, desesperança e autorregulação emocional. O estudo evidencia o potencial da DBT, especialmente quando adaptada às necessidades da população alvo específica.

Palavras-chave: violência por parceiros íntimos; regulação emocional; terapia comportamental dialética.

Abstract

Intimate partner violence (IPV) refers to violent acts directed at one of the parties within an intimate relationship. Global data suggest that 25.8% of women aged 15 to 49 have experienced IPV. Dialectical Behavior Therapy (DBT) has been identified as a potential resource for the development of interventions aimed at women who have experienced IPV. This study aimed to conduct a systematic review of previously developed DBT-based interventions for women victims of IPV. The search was carried out in the PubMed, PsycINFO, ERIC, Scopus, BVS, and SciELO databases, using descriptors related to DBT and IPV. Empirical articles published in Portuguese, English, or Spanish that described DBT-based interventions with women with a history of IPV were included. Five international studies were selected, conducted in the United States and Italy between 2007 and 2025. The interventions varied in format (individual, group, online), duration, and strategies used, with most employing DBT skills training strategies. The results indicated significant improvements primarily in symptoms of depression, post-traumatic stress disorder, hopelessness, and emotional self-regulation. The study highlights the potential of DBT, especially when adapted to the specific needs of the target population.

Keywords: intimate partner violence; emotional regulation; dialectical behavior therapy.

Violência por parceiros íntimos (VPI) refere-se ao ato violento voltado a uma das partes de uma relação íntima. Essa violência pode ser física, psicológica ou sexual (Krug et al., 2002). Dados mundiais de 2023 sugerem que 25,8% das mulheres entre 15 e 49 anos já passaram por situação de VPI, sendo a estimativa de que nos últimos 12 meses 13,7% das mulheres no globo passaram por situações de violência desse teor (World Health Organization – WHO, 2025). No Brasil, a prevalência identificada é similar (Instituto DataSenado, 2023).

Os dados são alarmantes, uma vez que indica um grande número de mulheres expostas a uma violência associada a consequências em diferentes campos, como físico, psicológico e social (Habigzang & Curia, 2025). A prevalência de revitimização e perpetuação do ciclo de violência é alta, havendo indicadores de que exposição à violência na infância e baixo suporte familiar são positivamente associados a esse tipo de violência (Vilches et al., 2025). Dessa forma, os altos índices de VPI não são apenas alarmantes pela ocorrência da violência registrada, mas também pela probabilidade de sua perpetuação na vida daquela mulher e das próximas gerações de mulheres dessa família. Além disso, a VPI é associada a agravos à saúde e doenças físicas, como picos hipertensivos, enxaquecas, doenças respiratórias, problemas ginecológicos e gastrointestinais (Díez et al., 2009; Parente et al., 2009; Schraiber et al., 2010). Por fim, no campo psicológico, a VPI é identificada como fator de risco para a ocorrência de sintomas depressivos, ansiosos, pós-traumáticos e ideação suicida (Clemente-Teixeira et al., 2022; Fayera & Getachew, 2021; Keynejad et al., 2022). Ademais, estudos têm indicado uma maior incidência de desregulação emocional (DE) em vítimas de VPI, quando comparadas com o restante da população (Maloney et al., 2023; Neilson et al., 2021). Em concordância com esses dados, um maior número de mulheres com transtorno de personalidade, transtorno esse caracterizado principalmente pela DE, é

encontrado dentro de grupos com histórico de VPI do que em grupos que não passaram por essa violência (Collison & Lynam, 2021).

A DE pode ser compreendida como um déficit no repertório emocional caracterizado por comportamentos inadequados socialmente e dificuldade de autorregular-se diante de sentimentos intensos (Bender et al., 2022). Entende-se a relação entre DE e VPI desde uma sobrecarga no sistema regulatório do indivíduo, gerando uma reação emocional exacerbada (Flett et al., 1996; Westen, 1994) a um repertório comportamental desenvolvido a partir do modelo de comportamentos aos quais foram expostas em seu histórico de VPI (Cummings et al., 1989). Para Linehan (2010), a DE consiste em um déficit no repertório comportamental e, dessa forma, é necessário programar o ensino de habilidades comportamentais aos indivíduos que não as têm. Sua compreensão de desregulação é consistente com outros achados e análises, que indicam comportamentos associados a DE adquiridos em meios sociais e educacionais em mulheres com histórico de VPI e indicam o uso de estratégias cognitivas e socioemocionais como possíveis intervenções (Vilches et al., 2025).

A VPI é uma problemática global e contextual, sendo necessário abordar a questão a partir de uma perspectiva intersetorial que envolva a segurança pública, o sistema de justiça, a área da saúde, a assistência social, a educação e políticas públicas para mulheres (Brasil, 2006). No campo legal, destaca-se o papel da justiça brasileira através da implementação de leis, tais como a Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340; Brasil, 2006) e a Lei do Feminicídio (Lei nº 13.104/2015; Brasil, 2015). Já no campo da saúde e assistência social, profissionais devem encontrar-se capacitados para receber demandas relacionadas a VPI, podendo orientar, acolher e notificar quando diante dessa situação (Habigzang & Curia, 2025). Vale ressaltar que tanto em ambiente legal quanto em unidades de saúde e assistência social, mulheres ainda passam constantemente por revitimização, tornando-se mais um empecilho para que ocorram denúncias (Romero & Staudenraus, 2024) e a busca de ajuda formal para lidar com a

violência sofrida (Arboit et al., 2019). Ainda é necessário, durante ações de intervenção individual, que essas mulheres sejam capacitadas para lidar com as situações em caráter comportamental e informativo, conhecendo seus direitos e serviços disponíveis (Habigzang & Curia, 2025).

Dentre as intervenções existentes com indivíduos com histórico de VPI, poucas utilizam treino de habilidades. De maneira geral, dá-se principalmente enfoque em estratégias que visam aumentar o empoderamento, suporte social, bem-estar e saúde mental (Ogbe et al., 2020). Para isso, as intervenções possuem foco tanto nas redes que estabelecem com a comunidade, através da comunicação com serviços como abrigos e assistentes sociais; quanto individuais, que trabalham principalmente com o desenvolvimento de repertórios comportamentais e cognitivos dessas mulheres (Trabold et al., 2020). As evidências apontam que intervenções que integram mais de uma estratégia (e.g. estratégias terapêuticas e de psicoeducação) tendem a produzir resultados mais positivos. Além disso, as estratégias de mais longa duração tendem a apresentar resultados mais significativos (Micklitz et al., 2024). Apesar do volume de pesquisas voltadas para vítimas de VPI existentes, ainda se faz necessária a investigação de intervenções que tenham seus resultados replicáveis (Rivas et al., 2015). Além disso, os autores mencionados apontam a necessidade de um maior controle experimental, de forma que seja possível o controle de variáveis envolvidas nas mudanças observadas.

Ainda que muitas vezes não seja o foco das principais intervenções para essa população, trabalhar sobre o repertório comportamental da mulher com histórico de VPI, com o desenvolvimento de habilidades sociais, pode ser um importante recurso (Bender et al., 2022). Nesse sentido, acredita-se que a proposta da Terapia Comportamental Dialética (DBT, do inglês *Dialectical Behavioral Therapy*) proposta por Linehan poderia ser um aporte relevante com esse público. A DBT parte de um modelo terapêutico com enfoque

especificamente nas habilidades de regulação emocional. Formulada a partir da filosofia dialética, da análise do comportamento e do budismo, a DBT é uma abordagem terapêutica voltada para pacientes com desregulação emocional intensa e com Transtorno de Personalidade Borderline.

Devido a seu papel no aumento de repertório de habilidades de regulação emocional, a DBT tem sido cada vez mais adaptada e aplicada a populações com diferentes quadros e demandas, como indivíduos com transtorno de estresse pós-traumático – TEPT, ansiedade e comportamentos autolesivos (Dantas, 2019; Kothgassner et al., 2021; Steil et al., 2021). Tais quadros envolvem sintomas comumente associados a mulheres com histórico de VPI, o que sinaliza um potencial de aplicação dessa abordagem para essas mulheres em específico.

Micklitz et al. (2023) realizaram uma revisão de literatura em que foram analisados 40 estudos de intervenções psicológicas com mulheres com histórico de VPI: 29 estudos incluíram intervenção de defesa de direitos (*advocacy intervention*), como plano de segurança, estratégias de definição de metas e acesso a serviços de apoio legal, financeiro e de saúde; 27 estudos incluíram intervenções psicológicas, como treino de estratégias cognitivas, de regulação emocional e de estratégias visando o aumento de autoestima; e 24 estudos utilizaram intervenções integrativas, ou seja, integraram estratégias de ambas as categorias descritas anteriormente. Os autores apontam que as intervenções indicaram efeito na redução de sintomas de depressão e TEPT e melhores resultados dentre intervenções que integravam diferentes estratégias.

Não foram identificados na literatura estudos de revisão sistemática com enfoque específico em elementos da DBT. Porém, cabe analisar similaridades e diferenças nas estratégias utilizadas e nos resultados obtidos. Assim, o presente estudo teve como objetivo realizar uma revisão sistemática da literatura de modo a identificar intervenções baseadas na

DBT voltadas para mulheres vítimas de VPI. Espera-se que tal revisão contribua para apontar intervenções eficazes, potencialidades, limitações e lacunas na área e, com isso, contribuir para ampliar o as possibilidades de acesso a intervenções voltadas às mulheres em situação de VPI.

Método

O estudo foi realizado de acordo com as diretrizes indicadas no PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) (Page et al., 2020).

Crítérios de elegibilidade

Os critérios de inclusão consistiram em estudos publicados em periódicos de pesquisa que consistiam em: (a) artigo empírico nacional e internacional escrito em inglês, português ou espanhol; (b) ter como participantes, ou como foco do estudo, mulheres com histórico de violência entre parceiros íntimos; (c) estudos cujo foco principal foram intervenções baseadas em terapia comportamental dialética. Foram excluídas: (a) revisões de literatura, teses, dissertações; e (b) trabalhos que não tinham acesso gratuito ou não estavam disponíveis para download.

Fonte de informação

Foram selecionadas para busca as seguintes bases de dados: PubMed, PsycINFO, ERIC, Scopus, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). A escolha dessas bases de dados buscou assegurar ampla cobertura temática, metodológica e geográfica dos estudos pertinentes ao tema investigado. A PubMed foi incluída por sua abrangência na área da saúde e pela indexação de estudos com elevado rigor metodológico; a PsycINFO, por sua especificidade na área da psicologia e ciências do comportamento; e a ERIC, por sua relevância para pesquisas no campo educacional e em políticas públicas. A Scopus foi utilizada como base multidisciplinar, permitindo a

identificação de estudos em periódicos de alto impacto e o rastreamento de citações. A BVS e a SciELO foram incorporadas com o objetivo de ampliar a identificação de estudos produzidos na América Latina e em países do Sul Global, contribuindo para a redução de vieses de publicação e para a contextualização sociocultural dos achados.

A busca foi realizada a partir dos descritores “Terapia Comportamental Dialética”, “DBT”, “estratégias de prevenção”, “violência contra mulher”, “violência entre parceiros íntimos” e “VPI”, em português e inglês, com os operadores booleanos AND e OR. A busca foi realizada em abril de 2025 e incluiu todos os artigos datados desde o ano 2000 que se enquadraram nos critérios de elegibilidade.

Procedimento de seleção dos estudos

Foi realizada uma busca inicial nas bases de dados com as palavras-chave indicadas anteriormente. Em seguida, foi realizada a triagem dos estudos com o auxílio do aplicativo Rayyan (Rayyan Systems Inc.), uma ferramenta gratuita baseada na web que apoia revisões sistemáticas. O Rayyan foi utilizado para importar, organizar e filtrar os registros obtidos nas bases de dados, bem como para facilitar o processo de seleção dos estudos. Todos os resultados das buscas foram importados em formato RIS ou CSV para o Rayyan, e, inicialmente foi realizada a identificação e remoção de duplicatas. Em seguida, dois revisores independentes efetuaram a triagem dos títulos e resumos de forma cega e simultânea. O índice de concordância cega entre as pesquisadoras foi de 98%. As divergências entre os revisores foram posteriormente discutidas até o consenso. Finalizada essa etapa, realizou-se a leitura integral dos artigos selecionados.

Os estudos selecionados foram codificados de acordo com as seguintes categorias: país de desenvolvimento, número de participantes, idade, nível escolar, etnia, diagnóstico e sexo de participantes, tipo de violência sofrida, delineamento da pesquisa, variáveis dependentes e independentes, duração da intervenção, estratégias da DBT utilizadas, meio de

intervenção (presencial ou remoto), instrumentos utilizados, resultados imediatos e a longo prazo (positivo, negativo ou misto), fidelidade da intervenção e validade social.

Estudo de risco de viés

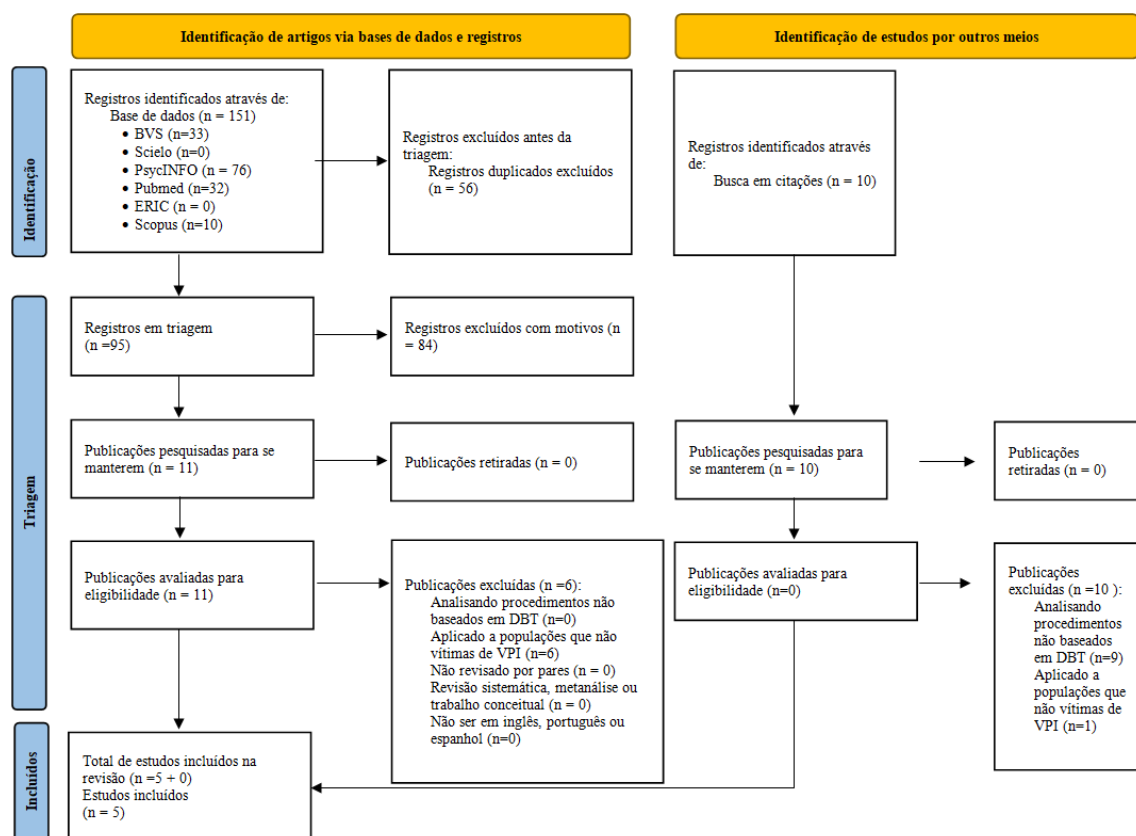
Não foi realizado estudo de risco de viés.

Resultados

O processo de seleção dos estudos seguiu as etapas de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão, conforme apresentado no fluxograma (Figura 1). Inicialmente, foram identificados 151 registros nas bases de dados BVS, SciELO, PsycINFO, PubMed e Scopus. Após a remoção de 56 registros duplicados, 95 estudos permaneceram para a triagem por título e resumo, etapa na qual 84 foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão. As 11 publicações remanescentes foram avaliadas na íntegra para verificação da elegibilidade. Destas, seis foram excluídas por motivos como não utilizarem procedimentos baseados em DBT ou por não envolverem populações de mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo (VPI). Assim, cinco estudos atenderam plenamente aos critérios e foram incluídos na revisão. Adicionalmente, foram identificados 10 registros por meio da busca nas referências dos estudos selecionados. No entanto, nenhum deles atendeu aos critérios de elegibilidade, resultando na exclusão de todos. Dessa forma, o total final de estudos incluídos na revisão foi de cinco.

Figura 1

Fluxograma do processo de busca e seleção dos estudos



A análise dos estudos selecionados evidenciou que a produção científica sobre a aplicação da DBT em mulheres vítimas VPI ainda é incipiente, com publicações pontuais nos anos de 2009, 2017, 2021 e 2025. Apesar do número reduzido de estudos, as pesquisas identificadas foram realizadas majoritariamente nos Estados Unidos (três artigos), com um estudo conduzido na Coreia do Sul e outro na Itália, indicando uma concentração da produção científica em contextos internacionais específicos e a ausência de estudos realizados no Brasil.

Quanto às propostas de intervenção, Iverson et al. (2009) examinaram a viabilidade e a eficácia de um programa de 12 semanas; Lee e Fruzzetti (2017) avaliaram os efeitos de um programa breve de DBT, aplicado de forma intensiva em dois dias; Newlands e Benuto (2021a) investigaram a aplicação de grupos de habilidades DBT idênticos ao estudo de Lee e Fruzzetti (2017), dessa vez incluindo ao grupo experimental o recurso de vídeos interativos

(2021a) e, em outro estudo, a aplicação individual de uma intervenção baseada na intervenção de Iverson et al. (2009) em um estudo de caso com uma mulher com deficiência intelectual sobrevivente de VPI, com duração total de 13 semanas (2021b); e por fim, Taccini et al. (2025) desenvolveram e testaram a viabilidade e a eficácia preliminar do programa psicoeducativo online *Women's Emotions, Trauma and Empowerment*, que integra estratégias de empoderamento feminino a técnicas da DBT, com duração de 8 semanas. Nota-se, portanto, uma variedade de propostas de intervenção em relação ao tempo de intervenção, variando de 2 dias (Lee & Fruzzetti, 2017) a 13 semanas (Newlands & Benuto, 2021b). Ademais, duas propostas propuseram o uso de recursos digitais, como o uso de vídeos interativos (Newlands & Benuto, 2021a) e reuniões remotas (Taccini et al., 2025). Participaram das intervenções um total de 172 mulheres vítimas de VPI com idades variando entre 18 e 65 anos. Quanto aos diagnósticos, a participante no estudo de Newlands e Benuto (2021b) foi descrita com indicativo de deficiência intelectual, enquanto nenhum dos outros estudos indicou diagnóstico das participantes.

Para avaliar os impactos da violência e os efeitos das intervenções, 19 instrumentos distintos foram utilizados, sendo eles: O PTSD Checklist (PCL), empregado para mensurar a gravidade dos sintomas de TEPT, estando presente em três dos estudos (Lee & Fruzzetti, 2017; Newlands & Benuto, 2021a; Newlands & Benuto, 2021b); *Beck Depression Inventory* (BDI) aplicado para avaliar sintomas depressivos (Lee & Fruzzetti, 2007; Iverson et al., 2009; Newlands & Benuto, 2021b); *Beck Hopelessness Scale* (BHS), medindo sentimento de desesperança (Lee & Fruzzetti, 2007; Iverson et al., 2009); *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS), medindo regulação emocional (Lee & Fruzzetti, 2017; Newlands & Benuto, 2021a; Taccini et al., 2025); *Conflict Tactics Scale-2* (CTS-2), medindo habilidades para enfrentamento de conflitos (Lee & Fruzzetti, 2017; Taccini et al., 2025); *Five Facet Mindfulness Questionnaire* (FFMQ) e *Brief Symptom Inventory* (BSI) utilizados em duas

intervenções (Lee & Fruzzetti, 2017; Newlands & Benuto, 2021a). Individualmente, foram utilizados os instrumentos *Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence – II* (WASI-II) (Newlands & Benuto, 2021b), *Symptom Checklist-90–Revised* (SCL-90-R) (Iverson et al., 2009), *DBT-Ways of Coping Checklist* (DBT-WCCL), *Self-Compassion Scale*, *Inventory of Interpersonal Problems-25* (IIP-25) (Lee & Fruzzetti, 2017), *Intimate Violence and Traumatic Affect Scale* (VITA), *Impact of Event Scale – Revised* (IES-R), *Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure* (CORE-OM), *Rosenberg Self-Esteem Scale* (RSES), *New General Self-Efficacy Scale* (NGSE), *Toronto Alexithymia Scale-20* (TAS-20) e *Violence at the Time of COVID--19 Scale* (Taccini et al., 2025). Também foram utilizados nos estudos questionários de aceitabilidade e follow up, desenvolvidos por cada autor.

Os cinco estudos analisados apresentaram diferentes delineamentos metodológicos: estudo de caso com delineamento do tipo AB (Newlands & Benutto, 2021b), pré-teste e pós-teste com grupo único (Iverson et al., 2009; Lee e Fruzzetti, 2017); ensaio clínico randomizado (Newlands & Benuto, 2021a) e ensaio clínico randomizado cego (Taccini et al., 2025).

Quanto à fidelidade do procedimento, todos os estudos, com exceção de Newlands e Benuto (2021b), desenvolveram a intervenção como planejada inicialmente. No caso desses autores, foi realizada uma sessão a mais do que a planejada, sendo a sessão adicional a décima de 13 sessões, em que devido ao estado emocional da paciente quando chegou para o atendimento foi incluída uma sessão de acolhimento.

Em relação às estratégias utilizadas, os estudos analisados demonstraram uma aplicação consistente dos elementos do TH da DBT. Foram utilizadas habilidades dos quatro módulos fundamentais do TH da DBT – Atenção Plena (Mindfulness), Regulação Emocional, Eficácia Interpessoal e Tolerância ao Mal-Estar; em todos os programas, sendo

que apenas no caso de Taccini et al. (2025) foram utilizados apenas os três primeiros grupos de habilidades. Todos os estudos também utilizaram estratégias não específicas da DBT, sendo que Lee e Fruzzetti (2017) e Newlands e Benuto (2021a) utilizaram como recursos psicoeducação e plano de segurança; Iverson et al (2009) plano de segurança, autocuidado, ativação comportamental e mindfulness das relações; Newlands e Benuto (2021b) contrato terapêutico, psicoeducação e escuta terapêutica e Taccini et al (2025) psicoeducação, utilizando especificamente o ciclo de violência de Walker (2016).

O estudo de Taccini et al. (2025) aplicou o treino de habilidades de forma remota, utilizando como recurso plataforma de reunião digital, enquanto os quatro outros estudos realizaram a intervenção presencialmente. Newlands e Benuto (2021a) ainda utilizaram como recursos digitais e-mail e mensagens de texto para envio dos vídeos utilizados na intervenção.

Os resultados indicaram que após a intervenção houve melhora das participantes quanto à ansiedade (Newlands & Benuto, 2021a); depressão (Iverson et al, 2009; Lee & Fruzzetti, 2017; Newlands & Benuto, 2021^a; Newlands & Benuto, 2021b), desesperança (Iverson et al, 2009; Lee & Fruzzetti, 2017), sintomas de estresse psicológico (Iverson et al, 2009; Lee & Fruzzetti, 2017) e ajuste social em diferentes áreas (Iverson et al, 2009); sintomas de estresse pós traumático (Lee & Fruzzetti, 2017; Newlands & Benuto, 2021a; Newlands & Benuto, 2021b), auto compaixão (Lee & Fruzzetti, 2017), regulação emocional (Lee & Fruzzetti, 2017; Newlands & Benuto, 2021a Taccini et al, 2025), postura de atenção plena (Lee & Fruzzetti, 2017), uso de habilidades da DBT (Lee & Fruzzetti, 2017), efetividade interpessoal (Lee & Fruzzetti, 2017), habilidades de mindfulness (Newlands & Benuto, 2021a), trauma relacionado à violência (Taccini et al, 2025), impacto do evento (Taccini et al, 2025), bem estar psicológico (Taccini et al, 2025) e autoestima (Taccini et al., 2025). Embora não estatisticamente significativas, o estudo de Taccini et al. (2025) indicou

melhoras relativas à autoeficácia, mas não nas medidas secundárias, i.e., medidas de estratégias para enfrentamento de conflitos, alexitimia ou experiência da violência durante o período de pandemia. Cumpre destacar que no estudo de Newlands e Benuto (2021a) a melhora nos índices obtidos foi para todos os grupos, sendo o grupo experimental com baixo tamanho de efeito em relação ao grupo controle na medida de estresse pós-traumático e médio a grande tamanho de efeito no restante das medidas, sendo a medida de sensibilidade interpessoal a única com significância estatística.

Em relação à taxa de adesão ou desistência, esta apresentou variações dependendo do formato e da duração do programa. No estudo de Iverson et al. (2009), 46 mulheres iniciaram a intervenção, das quais 31 a completaram. Assim, 15 participantes não finalizaram o programa, resultando em uma taxa de desistência de 33%. Entre as participantes que abandonaram precocemente, o número médio de sessões frequentadas foi de três, variando de 1 a 7 sessões. Em Lee e Fruzzetti (2017), das 72 participantes iniciais, 47 completaram o programa de dois dias, e 37 dessas 47 completaram as avaliações de acompanhamento de três meses. Os autores identificaram uma relação entre as participantes que deixaram o programa e menor renda anual. Em Newlands e Benuto (2021a), 39 participantes iniciaram a intervenção no grupo de dois dias, três participantes desistiram durante o grupo e 12 não completaram o acompanhamento de um mês, resultando em uma amostra final de 24 participantes, ou seja, uma taxa de desistência de 38,5%. No estudo de caso único conduzido por Newlands e Benuto (2021b), a participante completou individualmente a intervenção com duração de 13 semanas. Já o estudo de Taccini et al. (2025) apresentou uma baixa taxa de abandono, tendo desistência de duas participantes antes de completarem a bateria inicial de questionários, e, portanto, nenhuma desistência durante a intervenção.

Discussão

Os resultados obtidos indicaram que ainda são incipientes os estudos em DBT voltados a mulheres vítimas de VPI, sendo que todas as pesquisas analisadas foram realizadas fora do Brasil. De modo geral, os estudos apresentam evidências relativas a melhoras de diferentes indicadores de saúde mental das participantes. Linehan (1993a) e Fruzzetti (2006) justificam a integração de estratégias voltadas para desregulação emocional associada a questões de violência doméstica a partir da perspectiva transacional. Dessa forma a capacitação desse público com estratégias de regulação emocional direcionadas para seu contexto específico permitiriam que essa população agisse de maneira mais habilidosa sobre seu ambiente, produzindo mais consequências reforçadoras de longo prazo. Essa hipótese é consistente com os estudos encontrados.

A partir de uma perspectiva de intervenções com mulheres com experiências de VPI, não necessariamente utilizando recursos da DBT, Arroyo et al. (2016) indicaram uma maior potencialidade de mudança em intervenções moldadas especificamente para mulheres com experiências de violência por parceiros íntimos. Dentre os estudos analisados, todos aplicaram ao menos algum elemento não utilizado na DBT padrão, sendo o elemento comum a todos a psicoeducação em relação ao contexto de violência. Os achados estão de acordo com as indicações identificadas na literatura com esse público, para intervenções não específicas da DBT. Habigzang e Curia (2025) indicam a importância da psicoeducação no aspecto da culpabilização e compreensão de papéis de gênero, que repetidamente são aspectos mantenedores da violência e refletem um aspecto estrutural desse tipo de violência, além de permitir a identificação de comportamentos centrais em situações problema relacionadas à violência.

Algumas das intervenções utilizadas em outros estudos podem ter comportamentos-alvo e funções semelhantes, ainda que com denominações diferentes.

Habigzang e Curia (2025) apresentam que intervenções cognitivo comportamentais desenvolvidas para esse público incluem no geral, além da psicoeducação, estratégias como reestruturação cognitiva, resolução de problemas, treinos de assertividade e técnicas de relaxamento; ainda que nas intervenções em DBT analisadas não sejam identificados esses termos em específico, diversas estratégias são similares em relação a sua funcionalidade. São exemplos os treinos de assertividade e resolução de problemas semelhantes às estratégias de efetividade interpessoal e reestruturação cognitiva e técnicas de relaxamento às estratégias de regulação emocional.

Os resultados positivos encontrados nas intervenções que utilizam elementos da DBT podem estar associados tanto aos formatos escolhidos, voltados diretamente a esse público, como sugerido por Arroyo et al. (2016), assim como também podem indicar uma característica do TH da DBT em si que tem elementos benéficos ao público. Dessa forma, estudos futuros podem investigar mais detalhadamente o real efeito e necessidade de elementos específicos voltados a essas mulheres, ou se estruturados exclusivamente no formato da DBT padrão podem ser igualmente suficientes para obter os resultados esperados.

Dos cinco estudos analisados, apenas um fez adaptações das intervenções aplicadas (Newlands & Benuto, 2021) a partir das necessidades específicas da participante, devido a seu diagnóstico de deficiência intelectual. Apesar dos indicativos de efetividade das habilidades ensinadas, não houve mensuração da aprendizagem da participante, sendo a qualidade desse aprendizado uma variável relevante na melhora dessas mulheres. Lee e Fruzzetti (2017) e Newlands e Benuto (2021a) se aproximaram dessa medida ao analisarem o aprendizado das habilidades durante a avaliação de nível de satisfação das participantes. Sugere-se que estudos futuros realizem verificações do aprendizado das participantes, de maneira a mensurar o nível de compreensão em relação ao conteúdo das sessões e

compreender se há necessidade de adaptação do conteúdo a esse público para uma maximização do potencial da intervenção.

Dentre os estudos analisados, o de Taccini et al. (2025) foi o que obteve uma menor taxa de desistência das participantes, taxa que foi indicada pelas autoras como um possível indicador de satisfação. Esse dado pode ser associado ao caráter individual da intervenção, sendo a única dentre as intervenções com medidas de mais de uma participante identificadas (i.e. não considerando o estudo de Newlands e Benuto (2021), que não permite o cálculo de uma taxa de desistência) que foi aplicada individualmente. Soma-se a isso o fato de ser a única intervenção que ocorreu online. Szupczynski, Sartes e Neufeld (2022) descrevem entre os pontos favoráveis para a oferta de psicoterapia na modalidade online a ampliação da acessibilidade, a qual possibilita uma maior flexibilidade em termos de horários e acesso para a adesão dos usuários do serviço; vantagens econômicas, como, por exemplo, um menor custo relativo a deslocamento; minimização de barreiras, obtendo níveis mais altos de adesão. Acredita-se que o fato da intervenção proposta por Taccini et al (2025) ter sido realizado na modalidade online pode ter contribuído para a maior adesão das participantes, o que sugere que estudos futuros voltados a essa população busquem avaliar as potencialidades da oferta do serviço nessa modalidade. Ademais, estudos futuros devem investigar os potenciais benefícios de intervenções de treino de habilidades individuais, considerando elementos como a aderência de participantes em paralelo ao custo e real viabilidade de intervenções individuais.

De maneira geral, os resultados dos estudos analisados se mostraram positivos. Todos os estudos analisados utilizaram estratégias do treino de habilidades, não sendo identificados estudos que avaliassem a efetividade de outros recursos da DBT para essa população. A totalidade de cinco estudos identificados indica que a aplicação da DBT para a população com histórico de VPI é incipiente na área e a produção científica restrita a países do Norte

Global, o que reforça um viés geográfico e cultural. Tendo em vista que culturas diferentes comumente possuem diferentes crenças, valores e expectativas quanto aos comportamentos adequados (Albert & Ha, 2004), parte-se da provocação de Pombo et al (2016), um modelo cientificamente válido continua a ser baseado na evidência quando aplicado em outra cultura? Assim, recomenda-se que futuros estudos explorem possibilidades de adaptações culturais de intervenções com elementos da DBT para a análise da viabilidade delas em diferentes contextos. Sugere-se atenção especial à sensibilidade cultural dos protocolos, compreendendo a sensibilidade cultural como a intensidade que características culturais (e.g. normas, valores, padrões de comportamento, crenças, aspectos ambientais, históricos e sociais) estão incluídas na intervenção, em seus materiais, na forma de entrega e proposta de avaliação (Menezes & Murta, 2018).

Considerações Finais

A aplicação da DBT para mulheres VPI é ainda incipiente e concentrada em contextos internacionais, principalmente nos Estados Unidos. As intervenções analisadas mostraram efeitos positivos na regulação emocional, redução de sintomas psicológicos e promoção do bem-estar e da eficácia interpessoal. A psicoeducação sobre o ciclo da violência, combinada a estratégias de *mindfulness*, regulação emocional e efetividade interpessoal, destacou-se como elemento central, sendo eficaz mesmo em intervenções breves ou individuais. Há necessidade de adaptações culturais e de avaliação da aprendizagem das participantes para potencializar os resultados terapêuticos. Estudos futuros devem expandir a produção científica, explorar diferentes contextos e modalidades de intervenção, e investigar a efetividade de elementos específicos da DBT para consolidar abordagens seguras e replicáveis para esta população.

Referências

- Albert, R. D., & Ha, I. A. (2004). Latino/Anglo-American differences in attributions to situations involving touch and silence. *International Journal of Intercultural Relations*, 28(3–4), 253–280. <https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2004.06.003>
- Arboit, J., Padoin, S. M. de M., & Paula, C. C. de. (2019). Critical path of women in situation of violence: An integrative literature review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72, 321–332. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0265>
- Arroyo, K., Lundahl, B., Butters, R., Vanderloo, M., & Wood, D. S. (2016). Intervenções de curto prazo para sobreviventes de violência doméstica. *Trauma, Violence, & Abuse*, 18(2), 155–171. <https://doi.org/10.1177/152483801560273>
- Bender, A. E., McKinney, S. J., Schmidt-Sane, M. M., Cage, J., Holmes, M. R., Berg, K. A., Salley, J., Bodell, M., Miller, E. K., & Voith, L. A. (2022). Childhood exposure to intimate partner violence and effects on social-emotional competence: A systematic review. *Journal of Family Violence*, 37, 1263–1281. <https://doi.org/10.1007/s10896-021-00315-z>
- Brasil. (2006). *Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006: Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher*. Diário Oficial da União. <https://www.planalto.gov.br/ccivil03/ato2004-2006/2006/lei/111340.htm>
- Brasil. (2015). *Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015: Altera o Código Penal para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio*. Diário Oficial da União. <https://www.planalto.gov.br/ccivil03/ato2015-2018/2015/lei/113104.htm>

- Clemente-Teixeira, M., Magalhães, T., Barrocas, J., Dinis-Oliveira, R. J., & Taveira-Gomes, T. (2022). Health outcomes in women victims of intimate partner violence: A 20-year real-world study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(24), 17035. <https://doi.org/10.3390/ijerph192417035>
- Collison, K. L., & Lynam, D. R. (2021). Personality disorders as predictors of intimate partner violence: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 88, 102047. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102047>
- Cummings, E. M., Vogel, D., Cummings, J. S., & El-Sheikh, M. (1989). Children's responses to different forms of expression of anger between adults. *Child Development*, 60, 1392–1404. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1989.tb04011.x>
- Dantas, M. R. (2019). *Treino de efetividade interpessoal da DBT (Dialectical Behavior Therapy) para ansiedade social: Um estudo piloto* (Dissertação de mestrado). Centro Paradigma Ciências do Comportamento.
- Díez, S. U., Escutia, C. V., Pacheco, B. N., Martinez, M. S., Caracena, N. V., & Contreras, A. O. (2009). Prevalence of intimate partner violence and its relationship to physical and psychological health indicators. *Journal of Clinical and Health Psychology*, 9(3), 411–427.
- Fayera, M., & Getachew, A. (2021). Causes and psychosocial consequences of intimate partner violence in Ambo Town married women. *Innovare Journal of Social Sciences*, 9(5), 14–18. <https://doi.org/10.22159/ijss.2021.v9i5.41790>

- Flett, G. L., Blankstein, K. R., & Obertynski, M. (1996). Affect intensity, coping styles, mood regulation expectancies, and depressive symptoms. *Personality and Individual Differences*, 20(2), 221–228. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(95\)00163-8](https://doi.org/10.1016/0191-8869(95)00163-8)
- Fruzzetti, A. E., & Iverson, K. M. (2006). Intervening with couples and families to treat emotion dysregulation and psychopathology. In D. K. Snyder, J. Simpson, & J. N. Hughes (Eds.), *Emotion regulation in couples and families: Pathways to dysfunction and health* (pp. 249–267). American Psychological Association.
<https://doi.org/10.1037/11468-012>
- Habigzang, L. F., & Curia, B. G. (Orgs.). (2025). *Manual para atendimento psicológico de mulheres com histórico de violência por parceiro íntimo*. Afirmativa Editora.
- Instituto de Pesquisa DataSenado, & Observatório da Mulher contra a Violência. (2023). *Pesquisa nacional de violência contra a mulher: 10ª edição*. Senado Federal.
<https://www12.senado.leg.br/institucional/datasenado/materias/relatoriosdepesquisa/pesquisa-nacional-de-violencia-contra-a-mulher-datasenado-2023>
- Keynejad, R. C., Spagnolo, J., & Thornicroft, G. (2022). Mental healthcare in primary and community-based settings: Evidence beyond the WHO Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) intervention guide. *Evidence-Based Mental Health*.
<https://doi.org/10.1136/ebmental-2021-30040>
- Kothgassner, O., Goreis, A., Robinson, K., Huscsava, M., Schmahl, C., & Plener, P. (2021). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescent self-harm and suicidal ideation: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 51(7), 1057–1067.
<https://doi.org/10.1017/S0033291721001355>

Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L., & Zwi, A. B. (2002). The world report on violence and health. *The Lancet*, 360(9339), 1083–1088.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)11133-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)11133-0)

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.

Linehan, M. (2010). *Terapia cognitivo-comportamental para transtorno da personalidade borderline: Guia do terapeuta*. Artmed.

Maloney, M. A., Eckhardt, C. I., & Oesterle, D. W. (2023). Emotion regulation and intimate partner violence perpetration: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 100, 102238. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102238>

Menezes, J. C. L., & Murta, S. G. (2018). Adaptação cultural de intervenções preventivas em saúde mental baseadas em evidências. *Psico-USF*, 23(4), 681–691. <https://doi.org/10.1590/1413-82712018230408>

Micklitz, H. M., Glass, C. M., Bengel, J., & Sander, L. B. (2024). Efficacy of psychosocial interventions for survivors of intimate partner violence: A systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 25(2), 1000–1017. <https://doi.org/10.1177/15248380231169481>

Neilson, E. C., Gulati, N. K., Stappenbeck, C. A., George, W. H., & Davis, K. C. (2021). Regulação emocional e perpetração de violência por parceiros íntimos em amostras de estudantes de graduação: Uma revisão da literatura. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(2), 576–596. <https://doi.org/10.1177/15248380211036063>

- Ogbe, E., Harmon, S., Van den Bergh, R., & Degomme, O. (2020). A systematic review of intimate partner violence interventions focused on improving social support and mental health outcomes of survivors. *PLOS ONE*, 15(6), e0235177.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235177>
- Parente, E. O., Nascimento, R. O., & Vieira, L. J. E. S. (2009). Enfrentamento da violência doméstica por um grupo de mulheres após a denúncia. *Revista Estudos Feministas*, 17(2), 445–465.
- Rivas, C., Ramsay, J., Sadowski, L., Davidson, L. L., Dunne, D., Eldridge, S., Hegarty, K., Taft, A., & Feder, G. (2015). Advocacy interventions to reduce or eliminate violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience intimate partner abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015(12), CD005043. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005043.pub3>
- Romero, A., & Staudenraus, M. (2024). Experiences of intimate partner violence victims: Continued abuses during and after litigation. *Journal of Family Trauma, Child Custody & Child Development*, 21(3), 253–276.
<https://doi.org/10.1080/26904586.2023.2283067>
- Schraiber, L. B., Barros, C. R. S., & Castilho, E. A. (2010). Violência contra as mulheres por parceiros íntimos: Usos de serviços de saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 13(2), 237–245. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2010000200006>
- Steil, R., Schneider, A., & Schwartzkopff, L. (2021). How to treat childhood sexual abuse-related PTSD accompanied by risky sexual behavior: A case study on the use of dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder (DBT-PTSD). *Journal*

of Child & Adolescent Trauma, 15(2), 471–478.

<https://doi.org/10.1007/s40653-021-00421-6>

Szupszynski, K. P. R., & Neufeld, C. B. (Orgs.). (2022). Fundamentos e questões éticas das intervenções online em psicologia. In K. P. R. Szupszynski & C. B. Neufeld (Orgs.), *Intervenções on-line e terapias cognitivo-comportamentais* (pp. 20–40). Artmed.

Trabold, N., McMahon, J., Alsobrooks, S., Whitney, S., & Mittal, M. (2020). A systematic review of intimate partner violence interventions: State of the field and implications for practitioners. *Trauma, Violence, & Abuse*, 21(2), 311–325.

<https://doi.org/10.1177/1524838018767934>

Vilches, F., Mazeyra, L., Quintanilla, A., & Ramos-Vargas, L. (2025). Intergenerational transmission of domestic violence in Peruvian families: A qualitative study. *Social Sciences*, 14(7), 399. <https://doi.org/10.3390/socsci14070399>

Westen, D. (1994). Toward an integrative model of affect regulation: Applications to social-psychological research. *Journal of Personality*, 62(4), 641–667.

<https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1994.tb00312.x>

World Health Organization. (2025). *Violence against women prevalence estimates, 2023: Global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and non-partner sexual violence against women*. World Health Organization.

ADAPTAÇÃO E VIABILIDADE DO THE WOMEN'S EMOTIONS, TRAUMA AND EMPOWERMENT (W-ES.T.EEM) PARA O CONTEXTO BRASILEIRO

Resumo

Violência entre parceiros íntimos (VPI) é definida por atos violentos realizados por uma das partes de uma relação íntima. A Terapia Comportamental Dialética (DBT) tem se destacado por apresentar evidências em melhorar a autoestima, autoeficácia e regulação emocional entre mulheres com histórico de VPI. O presente estudo teve como objetivo adaptar e analisar a viabilidade de uma intervenção online baseada no Treino de Habilidades da DBT para mulheres com histórico de VPI (*The Women's EmotionS, Trauma and EmpowErMent* - W-ES.T.EEM), desenvolvida por pesquisadores do Departamento de Filosofia, Sociologia, Educação e Psicologia Aplicada da Universidade de Pádua (FISPPA). O protocolo foi aplicado com três participantes, que participaram de 8 encontros semanais online. As participantes responderam às medidas DASS-21, RSES, DERS-16, IES-R, Escala de Desesperança de Beck e NSGE antes, durante e após a intervenção. Os resultados indicam alta adesão das participantes, aceitabilidade das atividades propostas e melhorias nas medidas de desesperança, impacto do evento, regulação emocional, estresse pós-traumático, ansiedade, depressão e estresse após a intervenção. Os dados sugerem a viabilidade da intervenção para mulheres com histórico de VPI.

Palavras-chave: violência entre parceiros íntimos; treino de habilidades; terapia comportamental dialética; viabilidade; mulher.

Abstract

Intimate partner violence (IPV) is defined as violent acts perpetrated by one partner within an intimate relationship. Dialectical Behavior Therapy (DBT) has gained prominence due to evidence supporting its effectiveness in improving self-esteem, self-efficacy, and emotion regulation among women with a history of IPV. The present study aimed to adapt and examine the feasibility of an online intervention based on DBT Skills Training for women with a history of IPV (*The Women's EmotionS, Trauma and EmpowErMent* – W-ES.T.EEM), developed by researchers from the Department of Philosophy, Sociology, Education, and Applied Psychology at the University of Padua (FISPPA). The protocol was implemented with three participants, who attended eight weekly online sessions. Participants completed the DASS-21, RSES, DERS-16, IES-R, Beck Hopelessness Scale, and NSGE before, during, and after the intervention. The results indicate high participant adherence, good acceptability of the proposed activities, and improvements in measures of hopelessness, event impact, emotion regulation, post-traumatic stress, anxiety, depression, and stress following the intervention. These findings suggest that the intervention appears to be feasible for women with a history of IPV.

Keywords: intimate partner violence; skills training; dialectical behavior therapy; feasibility; women.

Violência entre parceiros íntimos (VPI) refere-se a qualquer ato que fira física, sexual ou psicologicamente um indivíduo que participa de uma relação íntima (Krug et al., 2002). Em 2023, mais de um quarto das mulheres entre 15 e 49 anos relataram ter vivenciado alguma situação de VPI, sendo que 13,7% haviam estado nessa situação no último ano (World Health Organization - WHO, 2025). Já no Brasil, em uma pesquisa conduzida pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública e pelo Datafolha em 2023, 33,4% das mulheres maiores de 16 anos declararam ter sido expostas a algum tipo de violência física ou sexual. Expandindo esses resultados à violência psicológica, como xingamentos, ameaças e insultos, a estimativa sobe para 43% das mulheres no país (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2022).

A VPI pode ter diferentes topografias, dificultando sua conceitualização e explicação teórica; essa diferença se mostra especialmente quando comparando homens e mulheres como autores (Parveen Azam Ali et al., 2016). Buscando discriminar os fatores envolvidos na violência, Heise (1998) propôs o modelo ecológico, que decompõe o contexto de inserção do indivíduo em quatro diferentes níveis: individual, em que entram características pessoais do indivíduo; relacional, caracterizado pela análise das características dos pares e familiares ao redor; comunitário, contexto onde as relações se constroem, como escola, trabalho, bairro, entre outros; e sociocultural, que inclui regras sociais que podem afetar a realidade e comportamentos do indivíduo, como papéis sociais. Dentre as mulheres afetadas pela VPI, a literatura é consistente quanto a alguns fatores de risco como baixo suporte e contato social, idade jovem, dependência do abusador, podendo ser emocional, financeira ou relacionada à estrutura familiar e baixa renda, fatores esses que perpassam por todos os níveis descritos pela autora (Joksimovic, Vallières & Hyland, 2024).

Partindo de outra perspectiva, a teoria feminista não nega os diferentes elementos que podem influenciar um contexto violento, mas compreende a VPI como uma violência

estabelecida centralmente pela opressão de gênero (Lawson, 2012). Essa opressão, culturalmente carregada por ambas as partes da relação, não aparece apenas no contexto de violência, mas esse seria o âmbito em que sua presença é mais expressa e exacerbada. Consistentemente com essa perspectiva, estudos recentes apontam mudanças ao longo da história na percepção cultural de masculinidade, mas até hoje entendem a importância de considerar os papéis de gênero como fatores centrais para a intervenção com mulheres com histórico de VPI (Summerell et al., 2025).

Além dos fatores que contribuem para a ocorrência da VPI, a literatura aponta, também, fatores que mantêm mulheres nessa condição. Walker (2006) apresenta a violência como um modelo de espiral, que se mantém exatamente por sua característica cíclica e tendência a intensificar-se, em relação a sua topografia e frequência. A autora descreve o ciclo como um processo de três fases principais: o “acúmulo de tensão”, em que tendem a haver conflitos e elementos estressores claros, momento em que a mulher tende a culpabilizar-se e assume uma posição de “bajular” e acalmar o agressor; a “explosão da tensão”, marcada por desregulação emocional e momento em que de fato ocorrem as violências direcionadas à mulher e a tensão do perpetrador é descarregada quando a mulher, por sua vez, tenta romper com a relação; e a “fase de lua-de-mel”, em que o companheiro demonstra arrependimento e comportamentos associados a cuidado, momento em que a mulher tende a cessar as tentativas de rompimento. Após essa última etapa, o ciclo retorna para a fase inicial, com tendência a intensificar-se cada vez mais (Tavares & Nery, 2012).

A exposição à VPI gera prejuízos à saúde mental, sendo relacionada a fatores como sintomas depressivos, ideação suicida, sintomas ansiosos e pós-traumáticos (Clemente-Teixeira et al., 2022; Iverson et al., 2013; Karakurt et al., 2014). Tais prejuízos podem ser entendidos a partir de uma perspectiva de que a VPI é um evento estressor com potencial de alterar o padrão de comportamento das vítimas. Alguns padrões de

comportamento passivos relacionados à exposição ao estresse possuem características evolutivas importantes, como redução de gasto de energia (Hagen, 2011); esses padrões, contudo, impossibilitam a exposição a eventos potencialmente reforçadores e podem modular ambientalmente os quadros diagnósticos descritos anteriormente (Hemanny et al., 2023).

Juntamente com esses sintomas, vítimas de VPI também apresentam altas taxas de desregulação emocional (DE), quando comparadas com o restante da população (Caiozzo et al., 2018; Muñoz-Rivas et al., 2021; Raver et al., 2015). Considerando o potencial traumático da VPI, alguns autores explicam a maior incidência de DE como uma sobrecarga do sistema regulatório do indivíduo (Flett et al., 1996; Westen, 1994), ou como resultado de comportamento evitativo, que visa diminuir a exposição ao estresse emocional no curto prazo, mas limita o repertório de comportamentos necessários para a regulação emocional no longo prazo (Hayes et al., 1996).

A DE, tanto positivas quanto negativas, entre mulheres que passaram por VPI foi positivamente relacionada com sintomas de estresse pós-traumático e depressivos (Weiss et al., 2018). Ademais, Cummings et al. (1989) levantam a hipótese de que mulheres que passaram por VPI, ao serem expostas à violência, por vezes adquiriram esse repertório comportamental como modelo de estratégia para lidar com situações estressoras. Além dos prejuízos causados pela DE em si a essa população, a dificuldade em regular emoções está comumente associada a transtornos psiquiátricos graves, envolvendo, portanto, uma alta complexidade nos comportamentos dessa população (Lilly & Phyllice, 2012).

A DE também é positivamente associada a uma maior recorrência de casos de VPI com uma mesma mulher. Bellot et al. (2022) identificaram que mulheres que fizeram um maior número de denúncias apresentavam menor regulação emocional quando comparadas

com mulheres que fizeram apenas uma denúncia. Os autores também indicaram uma menor regulação em mulheres que passaram por situação de VPI com diferentes agressores.

De maneira complementar, Lee et al. (2020) exploraram a prevalência de violência entre pares envolvidos romanticamente. Os autores identificaram, dentre 160 participantes, que níveis elevados de DE, de qualquer uma das partes da relação, estavam associados com maiores riscos de violência física e sexual e com maior risco de violência psicológica quando apenas o autor da violência era desregulado emocionalmente. De maneira geral, os resultados indicaram que a DE de ambas as partes de uma relação foram fatores de vulnerabilidade para a ocorrência de diferentes topografias de VPI.

Em relação a sua função comportamental, a DE pode ser analisada como uma resposta exacerbada estabelecida e mantida por um ambiente invalidante, cujo histórico de reforçamento não permitiu o desenvolvimento de comportamentos mais efetivos naquele ambiente (Meyer et al., 2015). Ao desenvolver padrões comportamentais relacionados à desregulação emocional (e.g., reações emocionais exacerbadas), o indivíduo também deixa de emitir outros comportamentos que poderiam ser socialmente adequados, mais efetivos e produzir consequências mais favoráveis, diante dos mesmos contextos sociais. Em paralelo a isso, a inadequação da DE acaba favorecendo reações comportamentais do próprio ambiente, o qual se torna invalidante, e que, de maneira transacional, pune e invalida ainda mais seus comportamentos. Como efeito, esse ambiente torna-se mais propício para manter contingências que envolvem outros desfechos negativos em saúde mental, contribuindo, por exemplo, para o desenvolvimento de comportamentos ansiosos e depressivos (Linehan, 2010). Dados recentes apontam correlação entre consequências traumáticas da violência (uma forma extrema de invalidação) e DE (Ruork et al., 2022).

A DE é caracterizada por déficits comportamentais no repertório de regulação emocional (Bender et al, 2022). Esse repertório de regulação emocional é composto por quatro características: a) inibição de comportamentos socialmente inadequados relacionados à expressão de sentimentos; b) autorregulação da excitação fisiológica desencadeada por sentimentos; c) foco atencional diante de sentimentos intensos; e d) comportar-se a partir de um direcionamento por objetivos (Linehan 2010/2018a). Essa caracterização da DE pode apresentar-se em diferentes intensidades e combinações. Dessa forma, um treino de habilidades (TH) voltado para a ampliação desse repertório pode ser uma importante ferramenta para que seja desenvolvido um novo padrão comportamental nesses indivíduos (Linehan, 2018a).

Dentre as intervenções existentes com mulheres com histórico de VPI, poucas abordam treino de habilidades. De maneira geral, dá-se principalmente enfoque em estratégias que visam aumentar o empoderamento, suporte social, bem-estar, componentes psicoterapêuticos e saúde mental (Ogbe et al., 2020). Para isso, as intervenções possuem foco tanto nas redes que estabelecem com a comunidade, através da comunicação com serviços como abrigos e assistentes sociais, quanto no repertório individual, visando principalmente o desenvolvimento de repertórios comportamentais e cognitivos (Trabold et al., 2020). As evidências apontam que intervenções que integram mais de uma estratégia (e.g. intervenções que integram estratégias terapêuticas e de psicoeducação) tendem a produzir resultados mais positivos. Além disso, as estratégias de longa duração tendem a apresentar resultados mais significativos (Micklitz et al., 2024). Apesar do volume de pesquisas voltadas para vítimas de VPI existentes, ainda se faz necessária a investigação de intervenções que tenham seus resultados replicáveis (Rivas et al., 2015). Além disso, os autores apontam a necessidade de uma maior qualidade experimental, apontando terem identificado baixo rigor metodológico e

sugerindo a inserção de dados importantes como caracterização mais detalhada de grupos de participantes e descrição completa de dados estatísticos.

A ideia da inserção de um treino de habilidades, ainda que não seja a mais comum, está de acordo com o conceito de empoderamento, o qual é uma das metas centrais do movimento contra VPI (Goodman & Epstein, 2008). O empoderamento pode ser definido como a mudança comportamental de um indivíduo em direção a ser mais ativo em seu contexto social, percebendo-se como ator em seu contexto e orientando ações que aumentem seu poder de ação no contexto a partir de objetivos específicos (Cattaneo & Goodman, 2015). No caso de mulheres em situação de VPI, os objetivos podem variar desde: permanecer segura em um contexto de violência; ter acesso a apoio psicológico para si e, quando tiver filhos(as), para os mesmos; se organizar financeiramente para conseguir sair do contexto atual; até obter melhores condições de emprego ou moradia e acessar serviços governamentais de apoio financeiro (Davies et al., 1998). Para conseguir atuar de forma satisfatória, a mulher empoderada precisará de uma gama de recursos, pessoais e externos, tais como autoeficácia – crenças do indivíduo sobre sua capacidade de organizar e executar cursos de ação necessários para produzir determinados resultados (Bandura, 1977); habilidades comportamentais; e acesso a informações e recursos comunitários.

Considerando intervenções psicológicas, o trabalho com o desenvolvimento de habilidades comportamentais e de autoeficácia são áreas com potencial de intervenção e pré-requisitos para que informações e recursos sejam acessados. Ainda que muitas vezes não seja o foco das intervenções para essa população, acredita-se que trabalhar sobre o repertório comportamental relacionado à regulação emocional da mulher com histórico de VPI, com o desenvolvimento de habilidades sociais, pode ser um importante recurso para o enfrentamento dessa situação (Bender et al., 2022).

Diversas propostas terapêuticas enfatizam o desenvolvimento de habilidades comportamentais, dentre elas a Terapia Comportamental Dialética (DBT, do inglês *Dialectical Behavioral Therapy*), que tem enfoque especificamente nas habilidades de regulação emocional. A DBT é um modelo de terapia comportamental desenvolvido por Linehan (2010), embasado em pressupostos da filosofia dialética e da análise do comportamento, com contribuições do budismo. A DBT padrão possui uma estrutura de quatro módulos: terapia individual, treino de habilidades (TH), *coaching* telefônico e consultoria da equipe terapêutica. A abordagem padrão foi pensada para indivíduos com desregulação emocional intensa e com Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) (Linehan 2010/2018a). A eficácia desse modelo terapêutico para pacientes com DE foi amplamente testada e replicada ao longo dos últimos anos, especialmente na América do Norte (Jones et al., 2023; Panos et al., 2014). Ademais, a DBT também tem sido pensada e estudada cada vez mais fora da estrutura original proposta por Linehan (2010), sendo adaptada a contextos diversos (Dantas, 2019; Flynn et al., 2021; Kothgassner et al., 2021).

O TH é dividido em quatro módulos: *mindfulness*, efetividade interpessoal, regulação emocional e tolerância ao mal-estar (Linehan, 2018b). O protocolo de TH é organizado em fichas e, na DBT padrão, tem duração de um ano. Partindo-se de uma perspectiva transdiagnóstica, o TH detém potencial terapêutico também para indivíduos que possuam sintomas em comum com pessoas com TPB, como DE e dificuldades na efetividade interpessoal e na tolerância ao mal-estar, ainda que não possuam o diagnóstico de TPB. A partir dessa ótica, o TH pode trazer benefícios para mulheres com histórico de VPI, uma vez que existem correlações entre histórico de violência, TPB e sintomas de DE (Linehan, 2010).

Alguns protocolos de intervenção já foram adaptados a partir da DBT para atender mulheres vítimas de VPI, visando abordar problemáticas específicas, como a vulnerabilidade financeira e emocional, além de incluir tópicos voltados ao manejo de situações violentas

(e.g. Newlands & Benuto, 2021a) e construção de um plano de segurança, essencial para lidar com contextos de violência (Pavao et al., 2007). Nessa direção, Iverson et al. (2009) desenvolveram um estudo piloto com um TH de curta duração para mulheres vítimas de VPI. Os autores realizaram uma intervenção com duração de 12 semanas, utilizando algumas fichas extraídas do modelo original de TH de Linehan (1993) e outras adaptadas pelos autores, objetivando que as participantes soubessem manter-se seguras e tomar decisões. Foram desenvolvidos sete grupos de treino, cada um deles com a participação de seis a oito mulheres e conduzidos por dois terapeutas. Ao todo, iniciaram o treinamento 46 mulheres, tendo 31 delas completado o programa. Com duas horas de duração, cada sessão era conduzida a partir de um conjunto de fichas planejadas e os objetivos de: a) aprender novas habilidades referentes àquela sessão; b) revisar e encorajar o uso das habilidades já aprendidas; c) analisar as dificuldades de aplicação das habilidades e praticar o manejo dessas situações; d) planejar como utilizar as habilidades no período até o encontro seguinte; e e) apoiar e encorajar as participantes, tanto por parte dos terapeutas quanto pelos outros membros do grupo.

Para fins de análise, foram utilizadas medidas de pré-teste e pós-teste, antes e ao final da intervenção, respectivamente, incluindo a Escala de Adequação Social (Gorenstein et al., 2002) Escala de Desesperança de Beck, Inventário de Depressão de Beck (Cunha, 2001) e Inventário SCL-90-R (Laloni, 2001). Todas as medidas intra-sujeitos apontaram melhores resultados após a intervenção, em todos os instrumentos utilizados. Em contrapartida, cerca de 33% das participantes do início do programa não terminaram o treinamento, sendo a alta desistência um fator relevante a ser considerado nessa intervenção. Uma comparação dos dados demográficos das participantes revelou uma correlação entre baixa escolaridade e abandono do TH. Os resultados do programa foram considerados positivos e a intervenção demonstrou potencial em auxiliar no processo de mudança comportamental de mulheres com

histórico de VPI. Os autores relatam ainda que resultados foram amplamente replicados pelos autores na universidade onde o programa foi desenvolvido, ainda que os estudos não tenham sido publicados.

Mais recentemente, Lee e Fruzzetti (2017) realizaram uma intervenção a partir do modelo desenvolvido por Iverson et al. (2009), reduzindo o treino a dois encontros, com duração de sete horas cada um. No primeiro dia, foi realizada utilizada psicoeducação sobre abuso, construção de plano de segurança e habilidades de *mindfulness* e tolerância ao mal-estar; no segundo dia, foram abordadas as temáticas de validação, auto-validação e invalidação, além de habilidades de efetividade interpessoal e regulação emocional. Como hipóteses, os autores esperavam que a intervenção reduzisse a taxa de abandono do treinamento ao mesmo tempo em que produzisse melhoras significativas em medidas de depressão, desesperança, ansiedade e regulação emocional, além de aumentar autocompaixão, atenção plena, uso de habilidades e adequação social. Foram utilizadas medidas de sintomas psicopatológicos, desesperança e de identificação de habilidades interpessoais, de regulação emocional, atenção plena, autocompaixão e resolução de problemas. Também foi utilizado um formulário de satisfação com o programa, desenvolvido pelos autores.

Realizaram a entrevista inicial 72 mulheres, e apenas 47 (65,3%) completaram o treinamento e 37 (51,4%) responderam às medidas de acompanhamento, após três meses, sendo encontrados dados semelhantes àqueles identificados por Iverson et al. (2009). Considerando as 47 participantes que finalizaram o programa, o treino reduzido não apresentou maior adesão quando comparado aos dados de Iverson et al. (2009), apenas quando comparado a registros pessoais dos autores referentes a 86 mulheres que participaram da intervenção de 12 semanas, sendo esses dados não publicados e essa informação apenas discutida pelos autores. Comparando-se as medidas, foram observadas melhoras

significativas em todas as medidas após três meses, quando comparadas às medidas de pré-tratamento. Ainda assim, deve-se considerar que a amostra que respondeu às medidas de *follow up* pode não ser representativa do grupo de 47 mulheres que concluíram o treinamento e, portanto, a consideração das medidas de melhora a partir dos instrumentos deve ser feita com cautela. Deve-se ainda lembrar que, de acordo com Micklitz et al. (2024) intervenções muito breves possuem menos efeitos positivos em comparação a intervenções mais longas.

Resultados semelhantes foram encontrados por Newlands e Benuto (2021b), que adicionaram à intervenção utilizada por Lee e Fruzzetti (2017) o recurso de vídeos como intervenção adjunta (VIA). Participaram inicialmente da pesquisa 39 participantes, sendo randomicamente divididos em grupo controle (21 participantes) e grupo com VIA (18 participantes). Três participantes não completaram o treinamento e outras 12 não realizaram a medida de *follow up* após um mês. Foram utilizados instrumentos para medidas de regulação emocional, capacidade de se engajar em *mindfulness*, estresse psicológico, doenças mentais e medidas de estresse pós-traumático, além de um questionário final relativo ao quanto usaram as habilidades e a aceitabilidade dos recursos VIA. As participantes apresentaram melhoras nos índices do pós-teste, em relação ao pré-teste em medidas de depressão, ansiedade, estresse pós-traumático, regulação emocional, sensibilidade interpessoal e *mindfulness*. As participantes do grupo VIA apresentaram resultados ligeiramente melhores do que o grupo controle, ainda que a sensibilidade interpessoal tenha sido a única com diferença estatisticamente significativa. No que se refere aos benefícios do TH, Newlands e Benuto (2021) e Lee e Fruzzetti (2017) obtiveram em conjunto de resultados positivos e consistentes entre si. Em uma curta intervenção, contudo, deve-se considerar a limitação imposta pelo tempo para a generalização das habilidades aprendidas, elemento destacado por Linehan (2018a) como uma das principais funções do TH.

Buscando também adaptar a intervenção de Iverson et al. (2009) aos recursos tecnológicos e adicionar elementos de empoderamento, Taccini et al. (2022) desenvolveram na Europa um protocolo denominado W-ES.T.EEM (*Women's EmotionS, Trauma and EmpowErMent* – no inglês, emoções, trauma e empoderamento de mulheres). Os autores identificaram a importância de incluir recursos relacionados ao empoderamento¹, uma vez que essas intervenções têm apresentado resultados relevantes relacionados à autoestima de mulheres com histórico de VPI, a qual já foi destacada anteriormente como consistentemente afetada pela violência (Bahadir-Yilmaz & Öz, 2018). O protocolo desenvolvido pelos autores possui oito sessões individuais, no formato remoto, divididas em três módulos, cujos objetivos são informar em relação ao ciclo da violência através de psicoeducação, identificação de emoções e promoção de empoderamento, utilizado em todas as fichas do TH da DBT (Linehan, 2018b). A aplicação do protocolo produziu resultados promissores (Taccini, Rossi & Mannarini, 2025) e está sendo testado atualmente em proporções maiores a partir de um delineamento randomizado, em que um grupo recebeu apoio psicológico (grupo controle) e um segundo grupo o mesmo apoio psicológico designado ao grupo controle associado à intervenção com o protocolo (grupo experimental). Medidas pré, pós-teste e de continuidade (três, seis e doze meses) estão sendo aplicadas para verificar a eficácia da intervenção nas medidas de bem-estar, autoestima, auto-eficácia, intensidade de afetos, exposição a violências e alexitimia.

Dentre os estudos de TH para mulheres com histórico de VPI identificados, apenas esse último utiliza o ambiente digital para a intervenção. Ainda que a internet seja uma inovação recente e grande parte das intervenções existentes tenham sido desempenhadas de maneira analógica, a tecnologia é uma ferramenta intermediária que tem mostrado resultados positivos para essa população (Dasgupta & Melvin, 2024). Emezue et al. (2022) analisaram

¹ Empoderamento pode ser definido como poder de ação que um indivíduo ou um grupo possui sobre as questões que o envolvem (Zimmerman, 1995).

17 estudos com intervenções randomizadas digitais, identificando reduções significativas em relação a ansiedade, depressão e vitimização física, principalmente no curto prazo. Os autores apontam a possibilidade do uso de intervenções voltadas para regulação emocional, resolução de conflitos e controle de raiva. Os resultados indicaram benefícios práticos dessas intervenções no apoio à saúde mental e na redução da vitimização, ainda que efeitos com significância estatística tenham sido percebidos apenas a curto prazo (0–3 meses), especialmente em momentos de intenso sofrimento emocional, mental e relacional.

No entanto, os pequenos tamanhos de efeito podem refletir desafios metodológicos, como dificuldades na randomização de sobreviventes para ensaios clínicos randomizados (ECRs), diversidade dos participantes e a complexidade de abordar a VPI através de intervenções digitais. Destaca-se ainda que os meios digitais são muitas vezes utilizados por abusadores como meios de controle, sendo indicado a necessidade de cuidado ao utilizá-los para as intervenções. Os autores ainda identificaram que a grande maioria dos estudos analisados são com a população norte americana e apontam uma necessidade de expansão das intervenções digitais para diferentes grupos culturais. Emezue et al. (2022) e Dasgupta e Melvin (2024) indicam que intervenções desenvolvidas em ambiente virtual têm alcançado resultados positivos para essa população e um potencial promissor em estudar-se a viabilidade da implementação de uma intervenção voltada para mulheres com histórico de VPI, em ambiente virtual, no contexto brasileiro.

Os estudos de Iverson et al. (2009), Lee e Fruzzetti (2017), Newlands e Benuto (2021) e Taccini et al. (2025) descrevem intervenções desenvolvidas para mulheres com histórico de VPI em DBT na Europa e América do Norte, com evidências promissoras. Não foram identificadas no Brasil intervenções embasadas na DBT que fossem adaptadas especificamente para essa população. A implementação de um programa de TH para

mulheres com histórico de VPI se mostra relevante, como pode ser observado pelas contribuições obtidas para essa população a partir dos estudos descritos anteriormente.

Tendo em vista o possível potencial de intervenções DBT para mulheres com histórico de VPI, o presente estudo buscou analisar a viabilidade de uma intervenção online baseada no TH da DBT para mulheres com histórico de VPI, desenvolvido por Taccini, Rossi e Mannarini (2022), no contexto brasileiro. Para tanto, os objetivos específicos do projeto foram: (a) adaptar o protocolo desenvolvido por Taccini, Rossi e Mannarini (2022) para o contexto; (b) aplicar o protocolo W-ES.T.EEM em uma amostra de mulheres vítimas de VPI; e (c) avaliar as evidências de efetividade da intervenção, a partir de medidas de pré e pós teste. A hipótese dos autores é de que a adaptação e implementação do protocolo W-ES.T.EEM para a população brasileira se mostre viável, atendendo aos desfechos propostos pela ciência de implementação: aceitabilidade da intervenção, adequação à realidade, viabilidade, sustentabilidade após implementação e fidelidade ao protocolo original (Proctor et al., 2011). Ademais, hipotetiza-se que os índices limitados de eficácia indicarão diminuição dos escores de DE e escores mais altos de autoestima das participantes após a intervenção.

Método

Participantes

Foram delimitados como critérios de inclusão: a) ser mulher cisgênero com idade igual ou superior a 18 anos; b) ser brasileira; c) possuir histórico de VPI nos últimos seis meses; d) identificar em si demandas de DE; e e) possuir meios para participar da intervenção de maneira online (conexão com internet; ter acesso a computador, notebook, tablet ou smartphone; ter fone de ouvido; ter acesso a um ambiente com condições mínimas de sigilo). Foram excluídas mulheres em que foram identificados a) dependência química (uma

participante) e b) inseridas em um contexto de VPI no momento da intervenção (28 participantes). Justifica-se a adoção desses critérios de exclusão de modo a minimizar a presença de variáveis confundidoras. O total de mulheres recrutadas foi de 33.

Após aplicar os critérios de inclusão e exclusão, quatro mulheres foram selecionadas para participar do estudo, havendo uma desistência antes da realização das sondagens iniciais. A Tabela 1 apresenta os dados de caracterização das participantes, enquanto a Tabela 2 descreve a pontuação das participantes na escala CTS-2, elencando as situações de violência a partir de ações tanto da participante quanto do parceiro, e os danos físicos na participante e no parceiro.

Tabela 1

Caracterização das participantes

Participante	P1	P2	P3
Idade	50	31	22
Cor/etnia	Branca	Preta	Branca
Estado civil	Divorciada	Solteira	Solteira
Orientação sexual	Heterossexual	Heterossexual	Bissexual
Escolaridade	Curso técnico	Pós graduação incompleta	Superior incompleto
Profissão	Técnica em saúde	Engenheira	Estudante
Filhos	1	0	0
Renda mensal	Entre 3000 e 4500	Entre 4500 e 6000	Entre 1500 e 3000
Em acompanhamento psicológico?	Sim	Não	Não
Medicamento psiquiátrico	-	Lamotrigina e cloridrato de desvenlafaxina	Sertralina e Alprazolam
Diagnóstico(s)	Transtorno de ansiedade e transtorno depressivo	Transtorno de personalidade borderline	Transtorno de ansiedade social, transtorno depressivo e tricotilomania

Tabela 2

Número de ocorrências de respostas em conflitos no último ano a partir das subescalas do instrumento CTS-2.

Participante	P1	P2	P3
Subescala			
Negociação			
Ação da participante	85	102	123
Ação do parceiro	8	49	25
Violência psicológica			
Ação da participante	26	12	5
Ação do parceiro	43	40	76
Violência física			
Ação da participante	10	2	0
Ação do parceiro	12	3	8
Violência sexual			
Ação da participante	0	0	0
Ação do parceiro	2	4	54
Dano físico			
À participante	4	2	2
Ao parceiro	0	1	0

De acordo com os dados da Tabela 2, as participantes relataram maior frequência de comportamentos de negociação em comparação aos parceiros, indicando maior investimento em estratégias construtivas de resolução de conflitos. Em contrapartida, observou-se maior ocorrência de violência psicológica, física e sexual por parte dos parceiros, com destaque

para a violência sexual no caso P3. Adicionalmente, as participantes relataram ter sofrido danos físicos, enquanto tais ocorrências foram praticamente inexistentes para os parceiros.

Quanto à gravidade dos comportamentos, todas as participantes indicaram que os parceiros praticaram todos os comportamentos que indicam violência psicológica leve (insultar/xingar, gritar/berrar, sair com raiva e de repente, fazer coisas ofender/perturbar). Quanto à violência psicológica grave, P1 sofreu todos os comportamentos (chamar de gordo/feio; destruir coisas do parceiro(a), acusar o(a) parceiro(a) de ser ruim de cama, ameaçar bater ou jogar algo), P2 foi chamada de gorda/feia e P3 teve coisas pessoais destruídas pelo parceiro.

Em relação à violência física, todas relataram algum tipo de violência física leve (jogar algo que poderia machucar – P1 e P3; torcer o braço – P2 e P3; empurrar – P1 e P3; agarrar com força P1 e P3 e dar um tapa – P1), e P1 e P2 também relataram violência física grave (jogar contra a parede e bater – P1; chutar – P2).

No que se refere à violência sexual, P2 e P3 indicaram comportamentos de violência sexual leve (fazer parceiro ter relação sem preservativos, insistir para ter relação sexual). P1 relatou que o parceiro usou de força (como bater, segurar ou usar uma arma) para obrigá-la a fazer sexo; e P3 que o parceiro fez ameaças para que ela tivesse relações sexuais com ele.

Tendo em vista os danos físicos, P1 e P2 indicaram danos leves – teve dores no corpo, torção, contusão, hematoma ou pequeno corte, respectivamente; e P3 relatou que teve que ir ao médico após briga com o parceiro.

Delineamento experimental

Para a implementação do protocolo, foi utilizado um delineamento de sujeito único com linha de base múltipla entre participantes, sendo aplicadas medidas quantitativas de linha

de base, antes do início da intervenção, ao final de cada módulo, pós-teste, ao final da intervenção, e de *follow up*, de um a dois meses após o final da intervenção, a depender da participante. Esse delineamento, característico de amostras menores, visa contornar a presença de variáveis estranhas que podem influenciar os desfechos. A utilização do delineamento de linha de base múltipla buscou verificar se as mudanças ocorreriam sistematicamente após a introdução da intervenção, em momentos distintos para cada participante, e se essas mudanças seriam associadas à introdução de um módulo específico. Ao iniciar a intervenção em diferentes momentos, é possível fortalecer a hipótese de que as mudanças se deram devido à variável independente introduzida, uma vez que há menor probabilidade de as mudanças obtidas serem causadas por variáveis estranhas, como pelo acaso ou por eventos históricos específicos (Cozby, 2003). Além disso, estudos de sujeito único permitem uma análise bastante detalhada da aplicação de intervenções, o que muitas vezes não é possível em estudos com amostras maiores (Horner & Spaulding, 2010).

Instrumentos

Para seleção das participantes, foram aplicados os seguintes instrumentos:

Questionário de caracterização das participantes. elaborado pela pesquisadora, reunindo dados gerais e sociodemográficos das participantes (*e.g.* idade, nacionalidade, etnia, orientação sexual, renda média mensal; número de pessoas que vivem com essa renda); histórico de saúde mental (“você já fez ou faz tratamento em saúde mental? Se sim, qual e por quanto tempo? Você já recebeu algum diagnóstico psiquiátrico? Se sim, selecione qual(is) diagnóstico(s) psiquiátrico(s) já recebeu” – sendo listados alguns diagnósticos descritos pelo DSM-V TR, como transtorno de ansiedade, transtorno depressivo, transtorno de personalidade bipolar, entre outros).

Teste de Triagem do Envolvimento com Álcool, Tabaco e Outras Substâncias - Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). O ASSIST é um teste desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde com pesquisadores de diferentes países, incluindo o Brasil (WHO, 2002). O instrumento é composto por oito questões que avaliam o uso de nove classes de substâncias psicoativas durante os últimos três meses. As questões abordam frequência e intensidade do uso, problemas relacionados, preocupação de pares e tentativas de interrupção. As respostas variam de zero a quatro e os resultados devem ser analisados considerando escores menores do que três como uso ocasional, entre quatro e 15 sugestivos de abuso e maiores do que 15 sugestivos de dependência. O teste teve sua versão brasileira validada por Henrique et al. (2004), obtendo boa confiabilidade, com alfa de Cronbach de 0,80, 0,80, 0,79 e 0,81 para álcool, tabaco, maconha e cocaína, respectivamente. Na presente pesquisa as participantes que obtiverem escores iguais ou superiores a 15 foram excluídas.

Escala de táticas de Conflito Revisada – Revised Conflict Tactic Scale (CTS-2). A CTS-2 é uma escala de 39 itens que avalia a exposição a violência pela vítima através de três dimensões: agressão psicológica, violência física e coerção sexual. A escala também inclui itens de estratégias de negociação e danos físicos. A escala foi desenvolvida por Straus et al. (1996) e adaptada ao contexto brasileiro por Moraes et al. (2002). A pontuação é calculada a partir de respostas a perguntas de caráter “Diante de uma desavença ou discussão entre você e seu (ex)companheiro(a)...” dentro de uma escala Likert de oito pontos, que varia de zero (“nunca”) a seis (“mais de 20 vezes”), além de incluir um item sete (“nenhuma vez o ano passado, mas aconteceu anteriormente”), sendo a pontuação calculada a partir da soma da média de vezes relatadas. A cronicidade é obtida pela transformação do valor da escala original no ponto médio de cada categoria e soma posterior dos pontos médios dos itens: (1) “1 vez”, teria o valor 1, (2) “2 vezes”, teria o valor 2, (3) “3 a 5 vezes”, teria o valor 4, (4) “6

a 10 vezes”, teria o valor 8, (5) “11 a 20 vezes”, teria o valor 15, (6) “mais de 20 vezes”, teria o valor 25. Para a determinação da cronicidade no ano anterior são considerados *missing* as categorias de respostas (7) (Paiva & Figueiredo, 2006). O instrumento apresentou consistência interna satisfatória, com Coeficiente de Kuder-Richardson-20 variando de 0,65 a 0,86; com exceção da subescala coerção sexual, que apresentou consistência interna pouco abaixo da encontrada por Straus et al. (1996); as subescalas agressão psicológica e violência física apresentaram consistência semelhante ao instrumento original. Foram incluídas as participantes que tiveram pontuação acima de um na subescala de violência física e/ou de coerção sexual.

Além da análise de frequência/cronicidade da violência, avaliou-se também a gravidade da violência (comportamentos leves e severos). Nesse sentido, foram consideradas as respostas relativas às escalas de violência psicológica, física, sexual e danos físicos, conforme descritas por Paiva e Figueiredo (2006):

- a. Violência psicológica leve (insultar/xingar, gritar/berrar, sair com raiva e de repente, fazer coisas ofender/perturbar); grave (chamar de gordo/feio; destruir coisas do parceiro(a), acusar o(a) parceiro(a) de ser ruim de cama, ameaçar bater ou jogar algo);
- b. Violência física leve (jogar algo que poderia machucar, torcer o braço, empurrar, agarrar com força, dar um tapa); grave (usar faca ou arma, bater com objeto, jogar contra a parede, sufocar ou estrangular, bater, queimar ou derramar líquido quente, chutar);
- c. Violência sexual leve (fazer parceiro ter relação sem preservativos, insistir para ter relação sexual e insistir para fazer sexo oral/anal sem força física); grave (usar força física para ter relação sexual e para fazer sexo oral/anal, ameaçar para ter relação sexual ou sexo oral/anal);

- d. Dano física leve (senti dores no corpo, tive hematomas, contusão etc.); grave (desmaiei, tive que procurar médico, tive um osso quebrado).

Para as medidas do teste limitado de eficácia, realizadas no pré-teste, após cada módulo e pós-teste, foram utilizados os seguintes instrumentos:

Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21). A DASS-21 é uma escala que visa explorar sintomas relacionados ao funcionamento psicológico geral, abrangendo depressão, ansiedade e estresse. A escala possui 21 itens e varia dentro de um total de 21 pontos para cada subescala e 63 para o escore total. A interpretação dos resultados deve ser feita por subescala, variando entre os níveis normal (0-4 para depressão; 0-3 para ansiedade; e 0-7 para estresse), leve (5-6 para depressão; 4-5 para ansiedade; 8-9 para estresse), moderado (7-10 para depressão; 6-7 para ansiedade; e 10-12 para estresse), severo (11-13 para depressão; 8-9 para ansiedade; e 13-16 para estresse) e extremamente severo (mais de 13 pontos para depressão; mais de 9 pontos para ansiedade; e mais de 16 pontos para estresse).

Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (DERS-16). A DERS é uma escala autopreenchida que avalia cinco áreas de problemas relacionados a DE. Inicialmente desenvolvida por Gratz e Roemer (2004) e adaptada a uma versão reduzida nomeada DEARS-16, desenvolvida por Bjureberg et al. (2015). A validação transcultural da escala foi realizada por Miguel et al. (2017) e possui 16 questões divididas nas subescalas: (1) não aceitação, (2) objetivos, (3) impulsos, (4) estratégias e (5) clareza. As assertivas devem ser respondidas em uma escala de cinco pontos que varia de um (“quase nunca”) a cinco (“quase sempre”). O escore é calculado a partir da soma dos itens, variando de 16 a 80. Escores mais altos indicam maior DE. A escala apresentou boa confiabilidade, com coeficiente de Alfa de Cronbach entre 0,80 e 0,87.

Escala de Desesperança de Beck. A Escala de Desesperança de Beck (Beck, Weissman et al., 1974) analisa indicadores de perspectivas negativas em relação ao futuro. A versão brasileira apresentou Alfa de *Cronbach* de 0,86 e pode ser encontrada no material de Cunha (2001). A escala é respondida de maneira dicotômica, podendo ser respondida como “certo” ou “errado”, e a pontuação, obtida pela soma dos itens, pode chegar até 20. O resultado deve ser interpretado dentre os níveis mínimo (de zero a quatro), leve (de cinco a oito), moderado (de nove a 13) e grave (de 14 a 20).

Escala do Impacto do Evento – Revisada (IES-R). A IES-R é uma escala que visa rastrear sintomas relacionados a um evento traumático (Weiss & Marmar, 1996). Adaptada transculturalmente ao Brasil por Caiuby et al. (2012). A escala possui 22 itens, divididos nas subescalas evitação, intrusão e hiperestimulação. O indivíduo responde partindo de uma escala *Likert* de zero (“nem um pouco”) a quatro (“extremamente”), relativo aos últimos sete dias. Com uma pontuação máxima de 88, a escala pode ser analisada como um escore baixo (mínimo sofrimento relacionado ao evento traumático – 0 a 23 pontos), clinicamente significativo (sintomas significativos relacionados ao trauma – 24 a 32 pontos) provável (sintomas consistentes com transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) – 33 a 36 pontos) e extremo (sintomas severos de TEPT – 37 a 88 pontos). O escore final é calculado pela soma dos pontos de cada subescala. A escala possui boa confiabilidade, com Coeficiente de Correlação Interclasse = 1 e coeficiente de Alfa de *Cronbach* entre 0,75 e 0,93.

Nova Escala Geral de Autoeficácia (NSGE). A NSGE analisa a autopercepção do esforço necessário para alcançar objetivos (Balsan et al., 2020). O instrumento, a partir de seis questões, parte de uma escala *Likert* de cinco pontos variando de um (“discordo totalmente”) a cinco (“concordo totalmente”). O cálculo do escore é obtido a partir da soma das respostas ao questionário. A escala obteve consistência interna satisfatória com coeficiente de Alfa de *Cronbach* de 0,83.

Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES). A RSES é uma escala amplamente utilizada, com elementos que exploram tanto a visão positiva de uma pessoa de si quanto a visão autodepreciativa (Rosenberg, 1965). Os dez itens são respondidos dentro de uma escala *Likert* de três pontos que variam entre “discordo”, “nem concordo, nem discordo” e “concordo”. A pontuação é dada pela soma dos itens, variando de zero a 30; pontuações mais altas indicam uma autoestima mais elevada. A escala foi traduzida e adaptada para o português brasileiro por Hutz e Zanon (2014), apresentando coeficiente de Alfa de *Cronbach* de 0,90.

Para avaliar as sessões realizadas foram utilizados:

Formulário de aceitabilidade da intervenção – versão participante. Elaborado pela pesquisadora para verificar o quanto as participantes consideraram adequada a intervenção, com base nos critérios propostos por Durgante e Del’Aglio (2017) e Proctor et al. (2011). Foram incluídas questões sobre adequação ao propósito e percepção da contribuição da intervenção na regulação emocional, promoção de ambiente seguro, identificação de fatores de violência no contexto diário e aspectos da saúde mental; qualidade e adequabilidade do material e do tempo de intervenção; e um espaço aberto para sugestões. O formulário foi respondido ao final de cada sessão, referindo-se à sessão daquele dia. O formulário completo se encontra disponível no Anexo I.

Formulário de adesão da intervenção – observadoras. Elaborado pela pesquisadora para responder aos objetivos da presente pesquisa. Esse instrumento foi respondido por oito pesquisadoras observadoras, estudantes do curso de psicologia de uma universidade pública, sendo essas participantes do laboratório da pesquisadora e estudantes de psicologia cursando a partir do sexto semestre ou psicólogas formadas. Além das dimensões já abordadas no formulário das participantes, o formulário dos observadores incluía questões voltadas para a

dimensão operacional da intervenção, abordando a percepção sobre a fidelidade da intervenção à intervenção proposta, totalizando 12 questões; ao final, havia três questões descritivas: “foram abordadas questões importantes que não estavam previstas?”, “informações relevantes (trechos de falas importantes, algo que se destacou)” e “outras informações”. Cada questão não descritiva deveria ser respondida variando em uma escala de zero (não fez) a três (fez completamente). O formulário foi respondido após as observadoras assistirem à sessão gravada, sendo cada sessão analisada por duas observadoras. O formulário completo se encontra disponível no Anexo II.

Materiais

Aparelhos digitais. Foi utilizado para a intervenção, pela pesquisadora, um notebook para realização das sessões e gravação. Para as participantes, foram utilizados aparelhos digitais compatíveis com a plataforma utilizada nas sessões, podendo ser celular, tablet ou computador. As sessões ocorreram através da plataforma de reuniões *online Google Meet*. A plataforma foi escolhida por oferecer um ambiente digital funcional e seguro para organização dos dados da pesquisa, com salvamento automático, controle de versões e acesso remoto. A plataforma utiliza criptografia para dados armazenados e em trânsito e permite o controle de permissões de acesso, assegurando a confidencialidade das informações.

Protocolo. A intervenção foi adaptada a partir do protocolo W-ES.T.EEM. O protocolo é constituído de oito sessões divididas nos módulos 1 (violência), 2 (regulação emocional) e 3 (empoderamento). A Tabela 3 descreve os objetivos e materiais de cada sessão.

Tabela 3

Descrição dos objetivos e materiais do protocolo W-ES.T.EEM

Sessão	Módulo	Objetivo	Materiais
1	1	Apresentar o ciclo da violência proposto por Walker (2006); promover conhecimento de práticas e objetivos de mindfulness	Slides confeccionados pela pesquisadora Ficha de Mindfulness 1* Imagem de paisagem utilizada para atividade de mindfulness
2	2	Ensinar identificação de tristeza e culpa; treinar a habilidade de mindfulness “observar”	Ficha de Regulação Emocional (RE) 6* Ficha de Mindfulness 4* Três músicas utilizadas para atividade de mindfulness
3	2	Ensinar identificação de medo e vergonha; treinar a habilidade de mindfulness “descrever”	
4	2	Ensinar identificação de felicidade; treinar a habilidade de mindfulness “participar”	
5	2	Identificar e regular emoções; treinar a habilidade de mindfulness “postura não julgadora”	Ficha de RE 14* Ficha de Mindfulness 5*
6	2	Praticar habilidades de regulação emocional ensinadas; treinar a habilidade de mindfulness “uma coisa de cada vez”	Ficha de RE 15, 17, 19 e 20* Ficha de Mindfulness 5*
7	3	Aumentar autoeficácia e autoestima; treinar a habilidade de mindfulness “ser efetivo”	Ficha de Efetividade Interpessoal 5* Ficha de Mindfulness 5*
8	3	Aumentar autoeficácia e autoestima; consolidar habilidades de mindfulness já treinadas	Ficha de Efetividade Interpessoal 7*

*Nota: *Linehan (2018b).*

Procedimento

Em conformidade com a Resolução nº. 510/2016, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (CAAEE 81683924.0.0000.5504). As participantes foram recrutadas em redes sociais e em serviços voltados ao atendimento de mulheres. A divulgação da pesquisa incluiu uma descrição breve do projeto e dos critérios de participação, contato da pesquisadora e *link* de acesso a um formulário *google*. Ao clicar no link as interessadas tiveram acesso ao Termo

de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, após lerem, em caso de aceite em participar, selecionaram a opção “Li e estou de acordo em participar da pesquisa”. Se a participante não tivesse interesse em participar, ou não concordasse com o TCLE, bastava fechar a aba do formulário, sem que nenhuma informação pessoal fosse registrada.

Após o aceite do TCLE, as interessadas preencheram o questionário de caracterização das participantes, o CTS-2 e o ASSIST, indicando ao final uma forma de contato (*e-mail*, *whatsapp*, número de telefone). As participantes que não se enquadraram nos critérios estabelecidos foram encaminhadas para um projeto de extensão de atendimento a mulheres com histórico de violência ofertado no laboratório ao qual a pesquisadora está vinculada.

Após a seleção das participantes, foi realizada uma entrevista inicial remota em data e horário previamente agendado de acordo com a disponibilidade da participante. As entrevistas ocorreram no ambiente virtual *google meets* e o *link* de acesso foi enviado minutos antes do horário agendado. Na entrevista a pesquisadora esclareceu dúvidas a respeito da pesquisa, e as participantes forneceram informações de contato, foram informadas sobre o cronograma da intervenção e os cuidados necessários para a realização das sessões, tais como: estar em um ambiente da casa que não tenha interferências externas (excesso de ruído, animais de estimação, circulação de outras pessoas etc.), ter um bom antivírus e internet de qualidade e fazer utilização de fones de ouvido. Antes da primeira sessão, foram aplicadas as medidas pré-teste DASS-21, RSES, DERS-16, IES-R, Escala de Desesperança de Beck e NSGE, as quais foram repetidas nas sondas (medidas intermediárias), no pós-teste e *follow up*.

Finalizada a coleta de dados inicial, teve início a intervenção a partir do protocolo W-ES.TEEM (ver Tabela 3) realizada pela pesquisadora – psicóloga formada há dois anos, com especialização em DBT e experiência em atendimentos clínicos remotos. No início de

cada sessão, foram reservados entre 10 e 20 minutos para acolhimento das participantes, sendo esse momento incluído pela pesquisadora considerando o personalismo da cultura latino americana (Sue et al., 2019), e não sendo componente descrito pelo protocolo original. Nesse momento, eram colocadas falas que se caracterizavam como estímulo discriminativo para que as participantes abordassem temáticas que surgiram durante a semana, as quais a terapeuta visava validar e, em seguida, utilizar como disparador para que a temática abordada fosse utilizada como contexto prático para a aplicação das habilidades treinadas naquela sessão. A partir desse momento, eram apresentados *slides* que continham as informações existentes nas fichas de TH referentes à sessão, dados esses extraídos de Linehan (2018b). Ao final da sessão, era realizado um exercício de mindfulness, previsto no protocolo original. Na primeira sessão era realizado um exercício de observação descritiva e nos seguintes exercícios de respiração.

Tratando-se de um delineamento de linha de base múltipla, cada participante iniciou o TH em diferentes momentos, e medidas de sondagem, que incluem os instrumentos DASS-21, RSES, DERS-16, IES-R, Escala de desesperança de Beck e NSGE foram coletadas antes do início de cada módulo. A descrição das atividades de cada semana para cada participante (P1, P2 e P3) está disponível na Tabela 4. Após cada encontro as participantes responderam ao formulário de aceitabilidade da intervenção.

Foram realizadas sessões semanais com duração de cerca de 50 minutos. Todas as sessões foram gravadas em áudio e vídeo, com autorização e ciência das participantes. A primeira sessão teve como foco informar as participantes sobre o ciclo da violência, utilizando-se o modelo proposto por Walker (2006), e torná-las capazes de reconhecer os fatores envolvidos (para acessar o trecho da sessão não orientado pelas fichas no manual de Linehan (2018a), ver Anexo III). No segundo módulo, as participantes deveriam ser capazes de identificar, através principalmente de habilidades de *mindfulness*, as próprias emoções,

com destaque para as emoções de tristeza, culpa, medo, vergonha e felicidade. O terceiro e último módulo teve como objetivo promover autorrespeito, autoeficácia e autoestima; esses objetivos visam ser alcançados através de fichas que trabalhavam com identificação de valores e habilidades de eficácia interpessoal. O conteúdo das fichas foi apresentado através de slides e discutido com as participantes dúvidas e possíveis aplicações dos conceitos e habilidades treinadas em seu contexto pessoal. Finalizada a intervenção, as participantes responderam novamente às medidas de sondagem. Três meses após a finalização da intervenção, as participantes foram contatadas novamente e responderam mais uma vez aos instrumentos incluídos nas sondas.

Tabela 4

Cronograma de coleta de dados

Semana	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
Módulo por participante	P1	1	2	2	2	2	2	3	3																			
	P2			1	2	2	2	2	3	3																		
	P3							1	2	2	2	2	3	3														
Sondas	x		x	x				x	x	x				x	x					x				x				x

As sessões gravadas foram assistidas pelas observadoras, que responderam ao *Formulário de adesão da intervenção – observadores*, com o objetivo de avaliar a sessão realizada e a replicabilidade da intervenção a partir das gravações, totalizando 43 avaliações ao todo, com pelo menos três avaliações de cada sessão.

Análise de dados

Todos os instrumentos foram analisados de acordo com os procedimentos de avaliação propostos pelos autores de cada um. O processo de avaliação da viabilidade da

intervenção foi guiado a partir de categorias específicas de análise de desfecho de implementação de acordo com Proctor et al. (2011) e Treichel et al. (2024), as quais estão descritas a seguir:

Alcance – análise da demanda para a intervenção, ou seja, a procura por parte do público-alvo, a necessidade desse tipo de serviço e em que extensão esse serviço seria utilizado (Durgante & Del’Aglia, 2018), a partir do número de participantes que manifestaram interesse em participar da intervenção (respostas ao formulário), o número de desistentes, o número de excluídos pelos critérios de exclusão, o número de recusas de participar da intervenção e a adesão/engajamento aos procedimentos (frequência e participação nos encontros).

Aceitabilidade e adequabilidade da intervenção – nesse quesito foram analisadas a intenção das participantes em continuar com outras propostas na área após a intervenção e como as participantes reagiram antes, durante e após a intervenção (Durgante & Dell’Aglia, 2018). Para tanto foram analisadas as questões do *Formulário de aceitabilidade da intervenção* da participante (vide Anexo I) relativas ao quanto ela considerava a intervenção adequada, se ela tinha se sentido segura ou se tinha sentido algum desconforto; se participaria de novo; conteúdos que poderiam ter sido trabalhados na sessão e impactos positivos e negativos dos conteúdos trabalhados. Além da avaliação das participantes, foram consideradas também a resposta das observadoras no *Formulário de adesão da intervenção* das observadoras (vide Anexo II) nas questões relativas à qualidade das sessões; adequação dos recursos utilizados e materiais; importância dos conteúdos para se trabalhar violência e regulação emocional; pontos positivos e negativos da sessão e impressão quanto a adesão das participantes.

Fidelidade ao protocolo original – foi feita a análise das respostas das observadoras ao do *Formulário de adesão da intervenção* considerando se a sessão atendeu ao objetivo

proposto, se a terapeuta usou as técnicas previstas no protocolo, a duração do encontro e se as atividades planejadas foram realizadas dentro do tempo previsto.

Desfechos relativos à população alvo – os dados dos instrumentos utilizados (RSES, DASS-21, DERS-16, IES-R, BHS e NSGE) foram analisados de acordo com as instruções específicas de cada um. Considerando o tamanho reduzido da amostra e a ausência de pressupostos de normalidade das diferenças, optou-se por utilizar o teste não paramétrico de *Wilcoxon* para comparação entre os momentos pré e pós-intervenção. A análise foi realizada no *software* JASP 0.19.3.

Posteriormente, foi realizada a análise do índice de mudança confiável IMC² – do inglês *Reliable Change Index* – RCI) e da significância clínica (o quanto a intervenção fez uma diferença real na vida do participante). Para tanto, os instrumentos que apresentavam dados relativos ao índice de confiabilidade (alfa de *Cronbach*) e os escores obtidos pelos participantes nos estudos de validação brasileira das escalas (e.g. Caiuby et al, 2012; Hutz & Zanon, 2011; Miguel et al, 2017; Vignola, 2013), foram analisados a partir do sistema operacionalizado por Aguiar, Aguiar e Del Prette (2009), disponível em <https://www.servidores.ufscar.br/jtsystem/src/jtLogin.php>.

Quanto ao NSGE e BHS, para o cálculo do RCI, foi utilizado o alfa de *Cronbach* reportado em estudos brasileiros NSGE, $\alpha=0,80$ (Balsan et al., 2020), BHS, $\alpha=0,85$ (Cunha, 2001), bem como o desvio-padrão da amostra no momento pré-intervenção, conforme recomendação de Jacobson e Truax (1991), considerando a ausência de dados normativos populacionais brasileiros para o instrumento. Para tanto, foi utilizada a fórmula apresentada na Equação (1). Mudanças com valores de $IMC \geq |1,96|$ foram interpretadas como clinicamente confiáveis.

$$RCI = (X_{pós} - X_{pré}) / [SD \times \sqrt{(2(1 - \alpha))}] \quad (1)$$

² O Índice de mudança confiável serve para determinar se as mudanças verificadas podem ser atribuídas aos procedimentos utilizados ou se constituem meras oscilações, artefatos ou erros de medida (Del Prette & Del Prette, 2008)

Resultados

A viabilidade do programa foi avaliada a partir de critérios propostos por Proctor et al. (2011) e Treichel et al. (2024). Dentre os aspectos analisados, verificou-se:

Alcance da intervenção

Ao todo, 33 mulheres se inscreveram buscando a intervenção em um período de cerca de quatro meses. Dessas, a maioria se encontrava em situação de violência no momento do recrutamento (N=29), sendo que quatro (12,12%) atendiam aos critérios de inclusão. Uma dessas participantes desistiu antes do início da intervenção e da avaliação inicial. As três participantes que iniciaram a intervenção finalizaram o processo de intervenção e todas participaram da intervenção sem remarcações ou interrupção no processo, obtendo-se, portanto, uma taxa de adesão de 100%. Em relação ao engajamento aos procedimentos adotados, as observadoras avaliaram que as participantes estavam totalmente ou muito engajadas em todas as sessões, com exceção de uma observadora que considerou que P1 estava “mais ou menos” engajada nas sessões 2, 3 e 4.

Aceitabilidade da intervenção

Para as observadoras, 74,42% das sessões foram avaliadas como de qualidade excelente e 25,58% como boa. Em questão aberta, as avaliadoras indicaram os pontos que mais gostaram da sessão e, ao longo das 43 avaliações, apresentaram 15 vezes sobre um bom engajamento das participantes, 14 vezes falas relacionadas a acolhimento e escuta empática por parte da terapeuta, 13 vezes estratégias da DBT, 12 vezes da habilidade de retomada de foco das participantes a partir do manejo terapêutico, 11 vezes estratégias utilizadas não específicas da DBT, 10 vezes sobre uso positivo de exemplos, nove vezes a forma de

apresentação dos conteúdos teóricos e oito vezes mudanças percebidas nos comportamentos das participantes. Em relação ao que menos gostaram, as avaliadoras indicaram em 23 respostas não terem apontamentos, em oito a percepção de compreensão parcial dos conteúdos pelas participantes, em três o aprofundamento superficial em algumas temáticas e dois terem identificado uma perspectiva mais expositiva da intervenção. Quatro avaliações também apontaram questões técnicas (falha de conexão e áudio, por exemplo) e três perceberam distrações das participantes.

Em perguntas abertas às participantes, duas delas mencionaram o desejo de continuidade da intervenção:

“Não senti falta de nada, só não queria que tivesse acabado.”

“Uma pena que foi poucas sessões mas de grande aprendizado”

Adequação à realidade

Para as observadoras, os recursos utilizados para a intervenção foram considerados muito adequados (79,07%) ou adequados (20,93%) e a intervenção considerada totalmente importante (65,12% e 76,74%) ou muito importante (27,91% e 20,93%) para trabalhar o enfrentamento da violência e para trabalhar a regulação emocional, respectivamente. Já as participantes responderam majoritariamente concordar totalmente que a intervenção é adequada para mulheres com histórico de violência (87,50% das respostas). As observadoras indicaram uma percepção de um alto engajamento das participantes e um aumento da adesão e participação ao longo das sessões, ainda que em alguns momentos tenham relatado notar dificuldade das participantes de se manterem no tema da sessão.

Todas as participantes responderam em todas as sessões se sentirem seguras e indicaram em oito sessões que preferiam que a intervenção ocorresse presencialmente,

enquanto indicaram em 16 sessões que não. Todas as participantes consideraram que não sentiram falta de algo na intervenção, com algumas adicionando que gostariam de tempo de fala não estruturada ou maior número de sessões, como nos trechos a seguir:

“Nada. Acho que a única coisa que poderia faltar seria um momento de “fala livre”, mas isso já é “corrigido” com a conversa e atualização do bem estar antes da sessão iniciar. Esse escape inicial faz com que toda a condução se de de forma mais fluido, leve e confiante. Pois ajuda a promover o lugar seguro que esperamos ter ao lhe dar com questões emocionais.”

“Não, apenas acho q poderia ter mais sessões”

“De nada, gostaria que fosse mais longa mais já foi suficientemente significativa e transformadora das nossas realidades e situações futuras.”

“Não senti falta de nada, só não queria que tivesse acabado.”

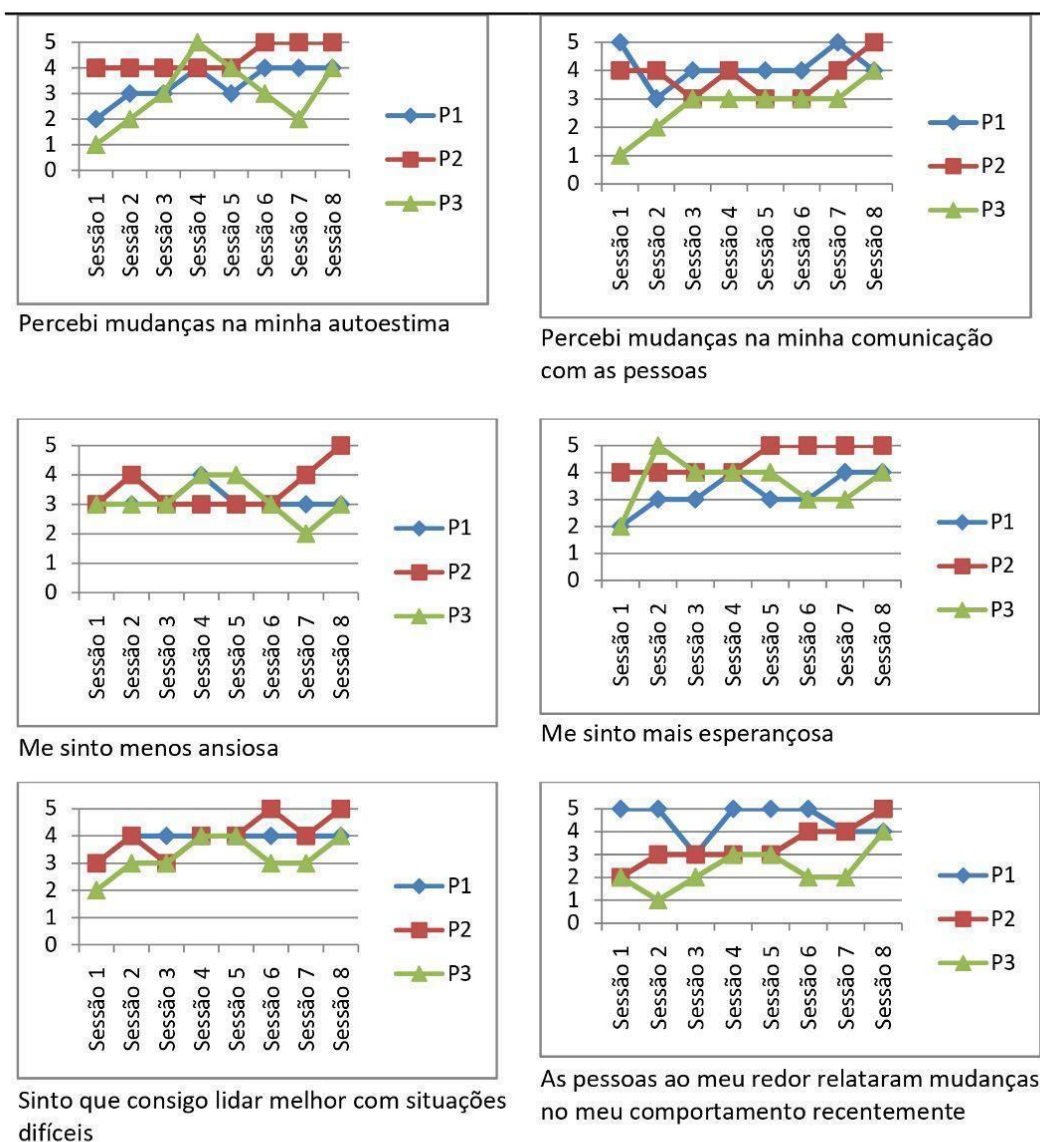
Viabilidade do programa

Em relação à viabilidade do programa, as observadoras consideraram majoritariamente que as participantes estavam totalmente (65,12%) ou muito (25,58%) engajadas com o material de apoio e receberam totalmente (86%) ou muito (11,6%) apoio que gostariam durante o encontro. As observadoras também indicaram que, no total (53,5%) ou no geral (44,2%), o conhecimento e compreensão das participantes aumentou ao longo do processo. As três participantes que iniciaram a intervenção finalizaram as sessões previstas, gerando uma taxa de adesão de 100%.

Os dados que descrevem a autopercepção das participantes sobre as mudanças percebidas durante a intervenção estão descritos na Figura 1.

Figura 1

Respostas de autopercepção das participantes ao longo das sessões



De acordo com os dados da Figura 1, P1 e P2 apresentam aumento progressivo e consistente em relação à autoestima, atingindo escores 4–5 nas sessões finais. P3 iniciou com escores baixos (1–2), mas demonstrou melhora gradual, alcançando valores mais elevados ao final. Isto é, aparentemente houve um ganho subjetivo de autoestima ao longo do processo para as três participantes. Quanto à comunicação com outras pessoas, P1 e P2 mantiveram escores altos desde o início, com estabilização em níveis elevados. Já P3 apresentou maior oscilação, terminando com escores mais altos do que os iniciais, indicando uma autopercepção de melhora nessa habilidade.

Em relação à ansiedade, notou-se escores mais moderados e estáveis, com pequenas variações, com um leve aumento nas sessões finais, especialmente para P2 e P3. Já em esperança todas as participantes demonstram aumento consistente, com escores elevados (4–5) a partir da metade do processo. Notou-se também um aumento progressivo de todas as participantes na capacidade de lidar com situações difíceis, com P1 e P2 estabilizando em escores altos; P3 apresenta evolução mais gradual. Em conjunto, os dados sugerem fortalecimento de recursos das participantes para enfrentar situações aversivas.

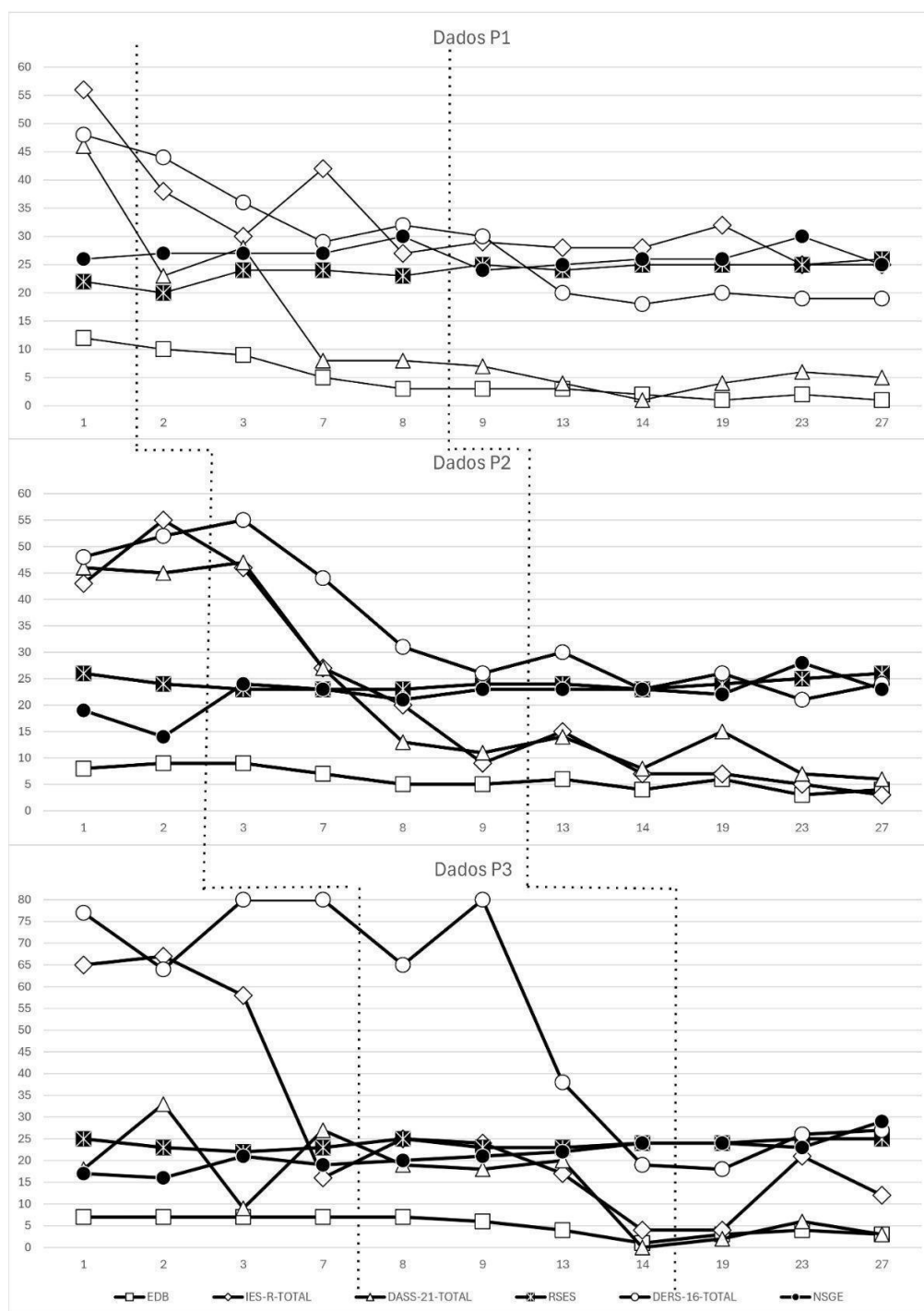
Tendo em vista a avaliação se as pessoas de seu convívio relataram mudanças no comportamento das participantes ao longo do processo, verificou-se que os escores iniciais já eram relativamente altos para P1. E P2 e P3 apresentaram crescimento mais gradual, o que parece indicar que as mudanças foram observáveis no contexto interpessoal, reforçando a validade ecológica dos resultados.

De modo geral, os dados da Figura 1 indicam uma tendência geral de aumento progressivo das percepções positivas dos participantes ao longo das oito sessões em relação a autoestima, esperança, habilidades de enfrentamento e mudanças comportamentais observadas por terceiros. Cumpre destacar que existem diferenças nos níveis iniciais entre as participantes, sendo que a participante P3 teve uma melhora gradual e consistente em todas as dimensões avaliadas. As mudanças tornam-se mais evidentes a partir das sessões intermediárias, com manutenção dos ganhos até o final do processo, sugerindo estabilidade das alterações percebidas e impacto positivo da intervenção.

A Figura 2 apresenta os dados dos instrumentos de sondagem das participantes ao longo das fases de linha de base, intervenção e *follow-up*, organizados segundo um delineamento de linha de base múltipla entre participantes.

Figura 2

Respostas das participantes aos instrumentos ao longo da intervenção



Nota: Os itens preenchidos na cor preta representam os itens que a melhora se dá pelo aumento da pontuação e os itens preenchidos na cor branca representam os itens que a melhora se dá pela diminuição da pontuação. As linhas tracejadas representam o início e o fim da intervenção para cada participante.

Observa-se que, embora haja variabilidade nos escores durante a linha de base, as mudanças mais consistentes ocorrem sistematicamente após a introdução da intervenção, em momentos distintos para cada participante. Esse padrão é observado de forma replicada nos três casos, com redução dos escores em medidas de sofrimento psicológico e relativa manutenção dos ganhos ao longo do seguimento. Tais achados sugerem uma relação funcional entre a intervenção e as mudanças observadas, fortalecendo a validade interna do estudo.

A Tabela 5 apresenta os dados obtidos a partir da Escala de Desesperança de Beck (BHS) nos diferentes momentos de aplicação.

Tabela 5

Escore na Escala de Desesperança de Beck (BHS) em todas as fases de aplicação

Participante	Pré módulo 1	Pré módulo 2	Pré módulo 3	Pós intervenção	Follow up	IMC*
P1	12 (moderado)	10 (moderado)	5 (leve)	3 (mínimo)	3 (mínimo)	-6,52051
P2	9 (moderado)	9 (moderado)	5 (leve)	6 (leve)	3 (mínimo)	-2,1735
P3	7 (leve)	7 (leve)	4 (mínimo)	3 (mínimo)	3 (mínimo)	-2,898

Nota: * IMC = índice de mudança confiável

A partir dos dados da Tabela 5, as participantes P1 e P2 apresentaram inicialmente pontuação dentro do nível moderado, enquanto a participante P3 apresentou pontuação dentro do nível leve. Ao longo dos módulos, todas reduziram a pontuação, chegando ao nível mínimo. A mudança mais expressiva para todas as participantes ocorreu após passarem pelo módulo 2, indicando possível efeito dessa intervenção nos índices de desesperança. A menor pontuação foi mantida para todas as participantes na medida de *follow up*. Para verificar se a mudança pré e pós intervenção foi estatisticamente significativa, foi aplicado o teste de

Wilcoxon. Os dados obtidos indicaram que não houve diferença estatisticamente significativa, mas apresentaram tamanho de efeito (r_{FB}) grande, sugerindo melhora consistente entre as participantes ($p=0,25$; $r_{\text{FB}}=1,00$). Visando identificar se a mudança observada era confiável, foi realizado o cálculo do índice de mudança confiável (IMC) de acordo com o método proposto por Jacobson e Truax (1991). Os dados obtidos indicaram um IMC que indica mudança confiável para as três participantes ($>1,96$).

A Tabela 6 apresenta os dados relativos ao desempenho das participantes na Escala de Impacto do Evento (IES-R).

Tabela 6

Escore na Escala de Impacto de Eventos Revisada (IES-R) em todas as fases de aplicação

Participante	Medida	Subescala			Total
		Intrusão	Evitação	Hiperestimulação	
P1	Pré módulo 1	21	15	20	56 (severo)
	Pré módulo 2	11	16	11	38 (severo)
	Pré módulo 3	10	22	10	42 (severo)
	Pós intervenção	6	21	2	29 (significativo)
	Follow up	6	15	4	25 (significativo)
P2	Pré módulo 1	15	25	15	55 (severo)
	Pré módulo 2	15	18	13	46 (severo)
	Pré módulo 3	5	8	7	20 (mínimo)
	Pós intervenção	4	7	4	15 (mínimo)
	Follow up	3	2	0	5 (mínimo)

P3	Pré módulo 1	1	8	7	16 (mínimo)
	Pré módulo 2	6	10	9	25 (significativo)
	Pré módulo 3	3	7	7	17 (mínimo)
	Pós intervenção	4	0	0	4 (mínimo)
	Follow up	8	1	3	12 (mínimo)

Todas as participantes apresentaram redução na pontuação indicativa de sintomas relacionados ao impacto do evento, mantendo a pontuação baixa na medida de *follow up*, ainda que a P3 tenha apresentado algum aumento em relação ao final da intervenção. As participantes P1 e P2 apresentaram uma redução na classificação de gravidade no final da intervenção, em relação à medida pré-intervenção, enquanto a P3 já apresentava pontuação mínima antes da intervenção, aumentando a pontuação ao iniciar o módulo 2 e retornando ao nível mínimo ao iniciar o módulo 3.

Já nas subescalas, houve diferenças em relação ao desempenho das mesmas nos diferentes momentos da aplicação: para o escore de intrusão, P1 apresentou diminuição após o módulo 1, tendo mantido a diminuição nos diferentes momentos da coleta, P2 apresentou diminuição após o módulo 2 e se manteve baixo nos outros momentos, e P3 teve aumento do escore após o módulo 1, mantendo o mesmo mais elevado nos diferentes momentos da aplicação; quanto a evitação, P1 teve escores mais elevados após o módulo 1, mantendo o mesmo escore da linha de base no *follow up*, P2 apresentou uma diminuição do escore após o módulo 1, mantendo a diminuição nos diferentes momentos de aplicação e P3 oscilou entre um ligeiro aumento da evitação após o primeiro módulo e a manutenção da diminuição nos outros momentos de coleta; por fim, para a hiperestimulação, tanto P1 quanto P2 tiveram uma diminuição dos escores após o módulo 1, a qual se manteve progressivamente nos

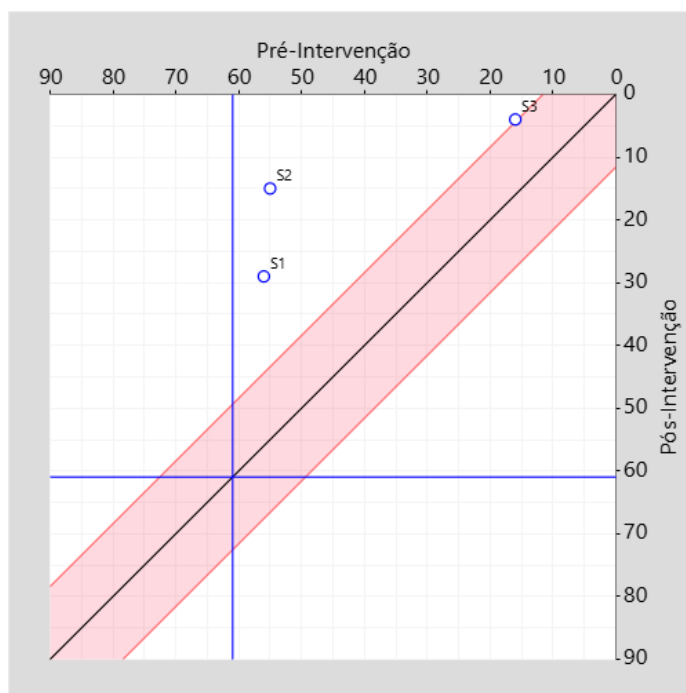
demais momentos de coleta, e P3 teve um ligeiro aumento após o módulo 1, mantendo o mesmo escore da linha de base após o módulo 2 e diminuindo o escore ao final da intervenção, com manutenção no *follow up*.

O teste de Wilcoxon indicou que as participantes não apresentaram diferença estatisticamente significativa mas apresentaram tamanho de efeito entre grande e máximo, sugerindo melhora instável e consistente entre as participantes, respectivamente (intrusão: $p=0,50$ e $r_{\text{rp}}=0,67$; evitação: $p=0,50$ e $r_{\text{rp}}=0,67$; hiperestimulação: $p=0,25$ e $r_{\text{rp}}=1,00$; total: $p=0,25$ e $r_{\text{rp}}=1,00$).

A Figura 3 apresenta a distribuição das participantes segundo o método de Jacobson e Truax (1991), considerando os escores pré-intervenção (eixo x) e pós-intervenção (eixo y). A linha diagonal representa ausência de mudança entre os dois momentos de avaliação. As linhas paralelas à diagonal delimitam o intervalo de mudança não confiável, conforme o Índice de Mudança Confiável (RCI). Os pontos localizados fora desse intervalo indicam mudanças confiáveis estatisticamente. A linha de corte clínico define a transição entre funcionamento clínico e não clínico, permitindo a classificação das participantes quanto à significância clínica da mudança. Observa-se que a localização das participantes, em relação à significância clínica, já se encontravam na população funcional e mantiveram essa posição após a intervenção. Contudo, destaca-se que todas as participantes apresentaram melhora que pode ser atribuída à intervenção (IMC P1=4,56; P2=6,76; P3=2,03).

Figura 3

Distribuição das participantes na análise dos dados pré e pós intervenção do IES-R com o método JT



A Tabela 7 apresenta os escores das participantes na escala DASS-21, indicando os sintomas de ansiedade, depressão e estresse nos diferentes momentos de aplicação.

Tabela 7

Escores no instrumento DASS-21 em todas as fases de aplicação

Participante	Medida	Subescala			Total
		Depressão	Ansiedade	Estresse	
P1	Pré módulo 1	18 (extremo)	14 (extremo)	14 (severo)	46
	Pré módulo 2	11 (severo)	4 (leve)	8 (leve)	23
	Pré módulo 3	2 (normal)	2 (normal)	4 (normal)	8
	Pós intervenção	4 (normal)	0 (normal)	3 (normal)	7
	follow up	0 (normal)	1 (normal)	5 (normal)	6
P2	Pré módulo 1	16 (extremo)	13 (extremo)	16 (severo)	45

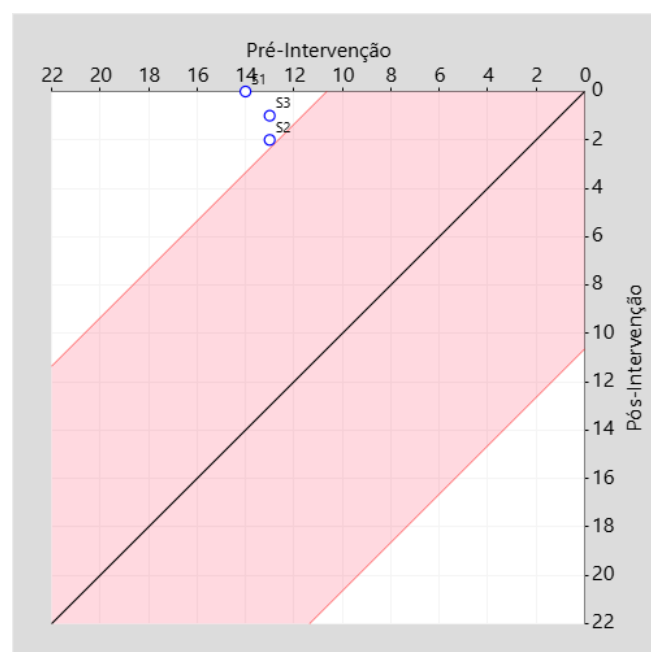
	Pré módulo 2	14 (extremo)	16 (extremo)	17 (extremo)	47
	Pré módulo 3	2 (normal)	6 (moderado)	5 (normal)	13
	Pós intervenção	5 (leve)	2 (normal)	7 (normal)	14
	follow up	1 (normal)	2 (normal)	4 (normal)	7
P3	Pré módulo 1	2 (normal)	13 (extremo)	12 (moderado)	27
	Pré módulo 2	1 (normal)	9 (severo)	9 (leve)	19
	Pré módulo 3	1 (normal)	8 (severo)	11 (moderado)	20
	Pós intervenção	1 (normal)	1 (normal)	0 (normal)	2
	follow up	2 (normal)	1 (normal)	0 (normal)	3

Os resultados da Tabela 7 indicam que as participantes P1 e P3 tiveram seus escores de depressão diminuídos após o módulo 1, mantendo a diminuição até no *follow up*, enquanto a participante P2 apresentou leve aumento após o módulo 1, reduzindo a pontuação em seguida e mantendo reduzida até no *follow up*. A pontuação na subescala depressão reduziu após o primeiro módulo para todas as participantes, com a diferença no escore total da participante P2 que mostra um leve aumento após o módulo 1 nas subescalas de ansiedade e estresse. Todas as participantes apresentaram pontuações consideradas normais ao final da intervenção, com exceção da participante P2 na subescala depressão, que apresentou um ponto acima do limite, se enquadrando na categoria leve. No teste de Wilcoxon, os resultados foram idênticos para as três subescalas, sendo que as participantes não apresentaram diferença estatisticamente significativa em nenhuma subescala ($p=0.25$) e efeito máximo, sugerindo melhora consistente entre as participantes ($r_{\text{pb}}=1,00$).

As Figuras 4, 5 e 6 apresentam a distribuição das participantes segundo o método de Jacobson e Truax (1991) em relação a ansiedade (Figura 4), depressão (Figura 5) e estresse (Figura 6).

Figura 4

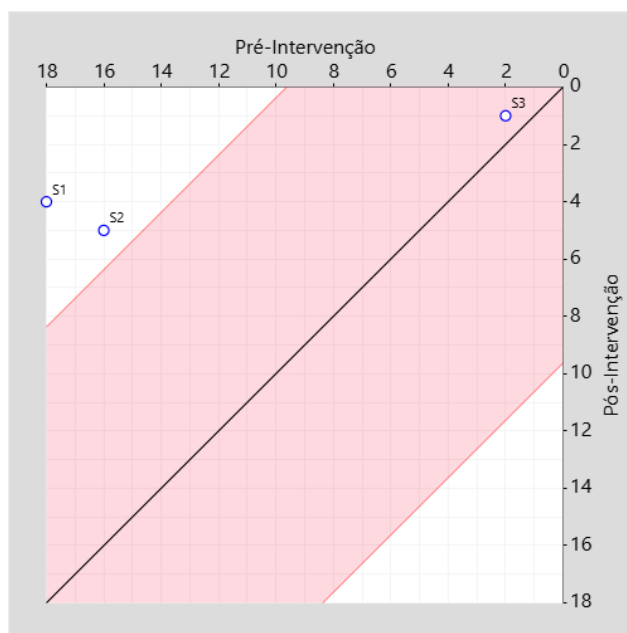
Distribuição das participantes na análise dos dados pré e pós-intervenção do DASS-21 (ansiedade) com o método JT



De acordo com a Figura 4 pode-se verificar que todas as participantes já se encontravam na população funcional com relação à ansiedade e se mantiveram nessa população após a intervenção. Quanto ao índice de Mudança Confiável (IMC), nota-se que as participantes apresentaram melhora que pode ser atribuída à intervenção (IMC: P1=2,58; P2=2,03; P3=2,21).

Figura 5

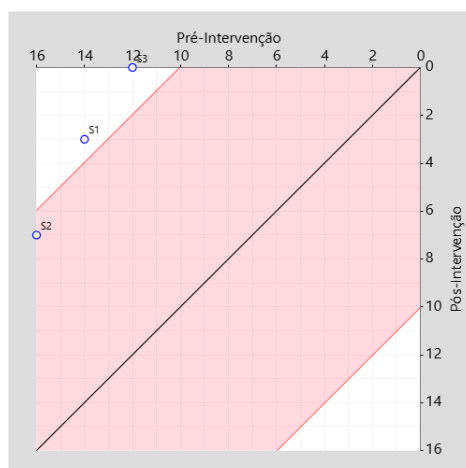
Distribuição das participantes na análise dos dados pré e pós-intervenção do DASS-21 (depressão) com o método JT



Quanto à depressão, os dados da Figura 5 indicam que as participantes já se encontravam na população funcional com relação ao atributo e continuaram nessa mesma população. Quanto ao IMC, P1 e P2 apresentaram melhora que pode ser atribuída à intervenção (IMC: P1=2,85; P2=2,24). Contudo, para P3, não podem ser feitas afirmações de melhora ou piora devido à intervenção (IMC=0,20).

Figura 6

Distribuição das participantes na análise dos dados pré e pós-intervenção do DASS-21 (estresse) com o método JT



A Figura 6 indica que todas as participantes já se encontravam na população funcional com relação ao escore de estresse e continuam nessa mesma população. P1 e P3 apresentaram melhora que pode ser atribuída à intervenção (IMC: P1=2,15; P3=2,34), mas para P2 não podem ser feitas afirmações de melhora ou piora devido à intervenção (IMC=1,76).

A Tabela 8 apresenta os dados relativos aos escores obtidos pelas participantes na Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES). Todas as participantes já apresentavam pontuações altas no início da intervenção, e mantiveram a mesma com algumas oscilações ao longo dos diferentes momentos de coleta. O teste de Wilcoxon não indicou diferença estatisticamente significativa ($p=0.37$), mas indicou efeito máximo, sugerindo melhora consistente entre as participantes ($r_{\text{r}}=-1,00$).

Tabela 8

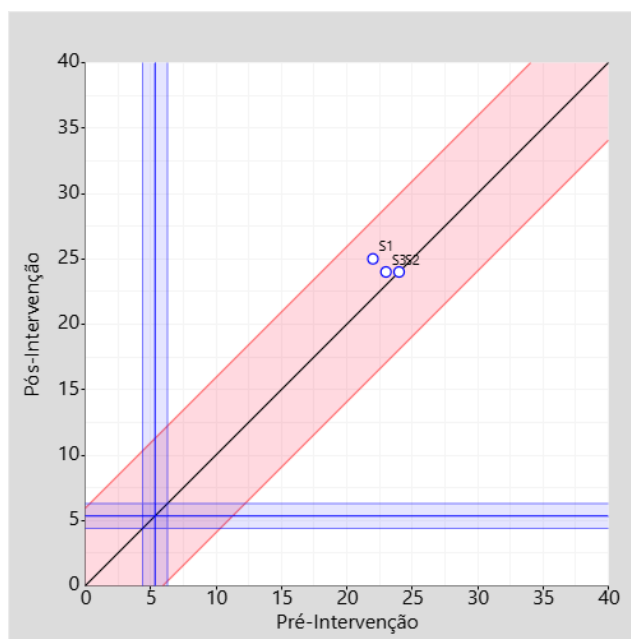
Escore na Escala de autoestima de Rosemberg - RSES em todas as fases de aplicação

Participante	Pré módulo 1	Pré módulo 2	Pré módulo 3	Pós intervenção	follow up
P1	22	20	24	25	25
P2	24	23	23	24	25
P3	23	25	23	24	25

A Figura 7 apresenta a distribuição das participantes segundo o método de Jacobson e Truax (1991) em relação à autoestima. Todas as participantes já se encontravam na população funcional e se mantiveram nessa população após a intervenção. Quanto ao IMC, não podem ser feitas afirmações de melhora ou piora devido à intervenção para nenhuma participante (IMC: P1=0,989; P2=0; P3=0,33).

Figura 7

Distribuição das participantes na análise dos dados pré e pós-intervenção do RSES com o método JT



As respostas das participantes na Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (DERS-16) estão descritas na Tabela 9. Os dados indicam que as participantes apresentaram escores altos no início da intervenção, com uma redução mais abrupta nos escores após passarem pelo módulo 2. As participantes mantiveram pontuações baixas no *follow up*, com a participante P3 apresentando um aumento, mas ainda bastante abaixo da pontuação inicial. Segundo o teste de Wilcoxon, não houve significância estatística para nenhuma pontuação e o efeito máximo variando de nenhum a máximo entre as subescalas (não aceitação: $p=0,75$ e $r_{\text{rp}}=0,33$; metas: $p=1,00$ e $r_{\text{rp}}=0,00$; impulso: $p=0,25$ e $r_{\text{rp}}=1,00$; estratégias: $p=0,25$ e $r_{\text{rp}}=1,00$; clareza: $p=0,25$ e $r_{\text{rp}}=1,00$; total: $p=0,50$ e $r_{\text{rp}}=0,67$).

Tabela 9

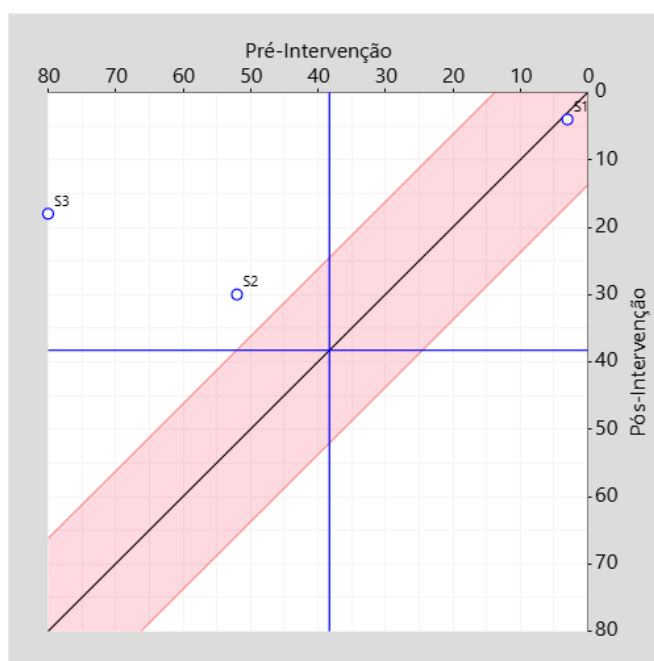
Escore na Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (DERS-16) em todas as fases de aplicação

Participante	Medida	Subescala					Total
		Não aceitação	Metas	Impulso s	Estratégia s	Clareza	
P1	Pré módulo 1	8	5	11	15	9	48
	Pré módulo 2	9	7	6	14	8	44
	Pré módulo 3	6	3	6	9	5	29
	Pós intervenção	7	4	4	9	6	30
	follow up	3	3	3	6	4	19
P2	Pré módulo 1	11	10	9	14	8	52
	Pré módulo 2	10	13	6	16	10	55
	Pré módulo 3	7	8	3	7	6	31
	Pós intervenção	6	8	3	7	6	30
	follow up	3	5	3	6	4	21
P3	Pré módulo 1	15	15	15	25	10	80
	Pré módulo 2	12	12	12	20	9	65
	Pré módulo 3	7	7	6	10	8	38
	Pós intervenção	3	3	3	5	4	18
	follow up	6	6	3	6	6	27

A Figura 8 apresenta a distribuição das participantes segundo o método de Jacobson e Truax (1991) em relação ao escore total da DERS-16.

Figura 8

Distribuição das participantes na análise dos dados pré e pós intervenção do DERS-16 (total) com o método JT



Ao analisar a Figura 8, nota-se que P2 e P3 passaram para a população funcional com relação à regulação emocional. P1 já se encontrava na população funcional com relação ao atributo e continuou nessa mesma população. O IMC indicou que houve melhora para P2 (IMC=3,13) e P3 (IMC=8,82) que pode ser atribuída à intervenção. Já para P1 (IMC=0,14) não podem ser feitas afirmações de melhora ou piora devido à intervenção.

No teste JT, os resultados indicaram mudança positiva confiável na subescala não aceitação para as participantes P2 e P3 e não confiável para P1 (IMC: P1=0,44; P2=2,20; P3=5,29) (Figura 9), mudança positiva confiável apenas para a participante P3 na subescala

metas (IMC: P1=0,53; P2=1,07; P3=6,39) (Figura 10), mudança positiva confiável para todas as participantes nas subescalas impulso (IMC: P1=3,41; P2=2,92; P3=5,84) (Figura 11) e estratégias (IMC: P1=2,08; P2=2,42; P3=6,92) (Figura 12) e mudança positiva confiável para as participantes P1 e P3 na subescala clareza, enquanto não confiável para a participante P2 (IMC: P1=2,10; P2=1,40; P3=4,19) (Figura 13).

Figura 9

Distribuição das participantes na análise dos dados pré e pós-intervenção do DERS-16 (não aceitação) com o método JT

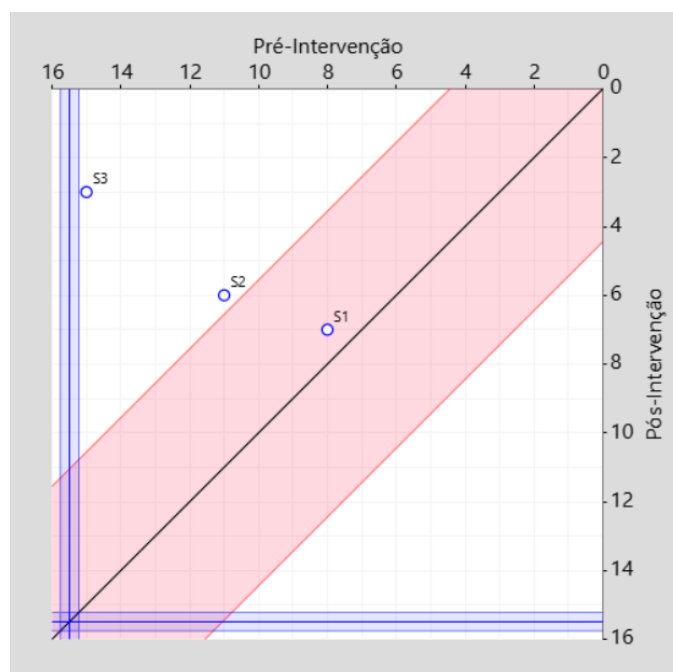


Figura 10

Distribuição das participantes na análise dos dados pré e pós intervenção do DERS-16 (metas) com o método JT

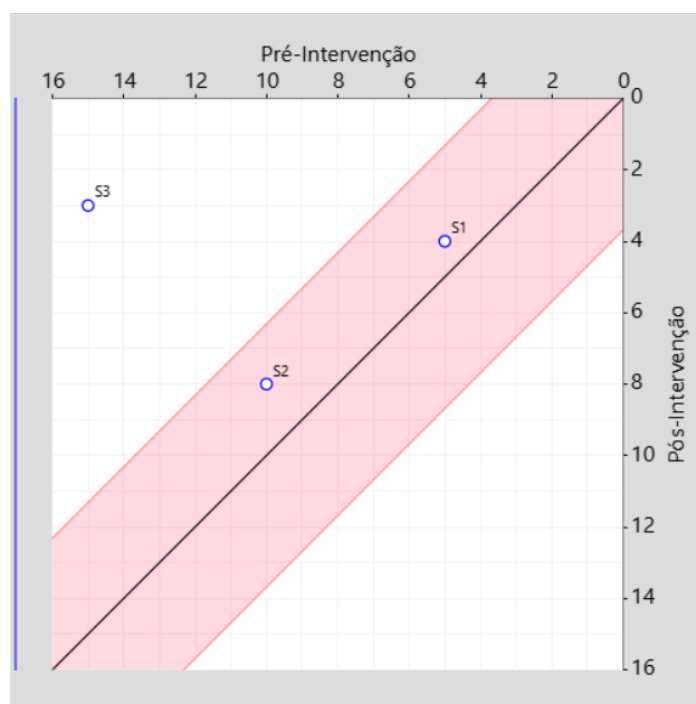


Figura 11

Distribuição das participantes na análise dos dados pré e pós-intervenção do DERS-16 (impulso) com o método JT

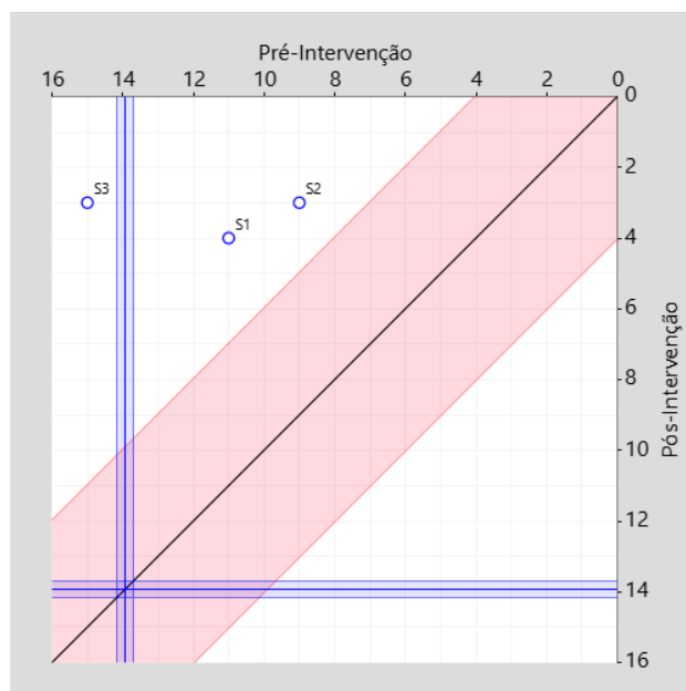
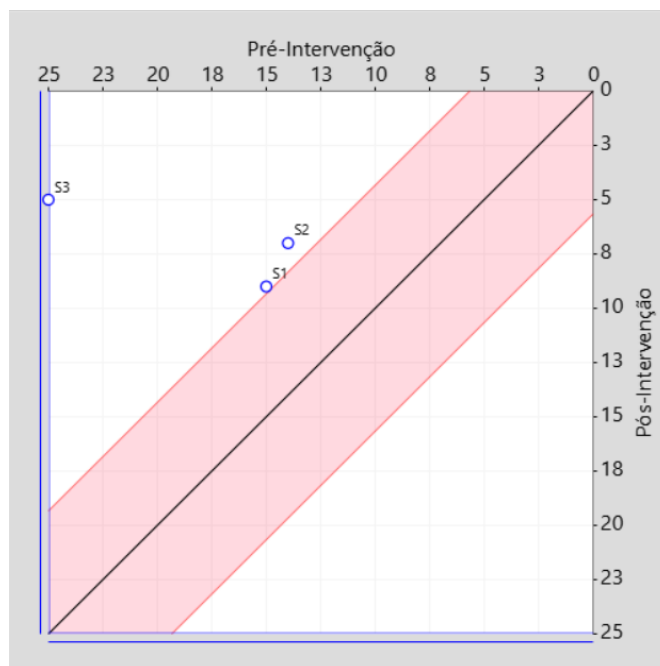
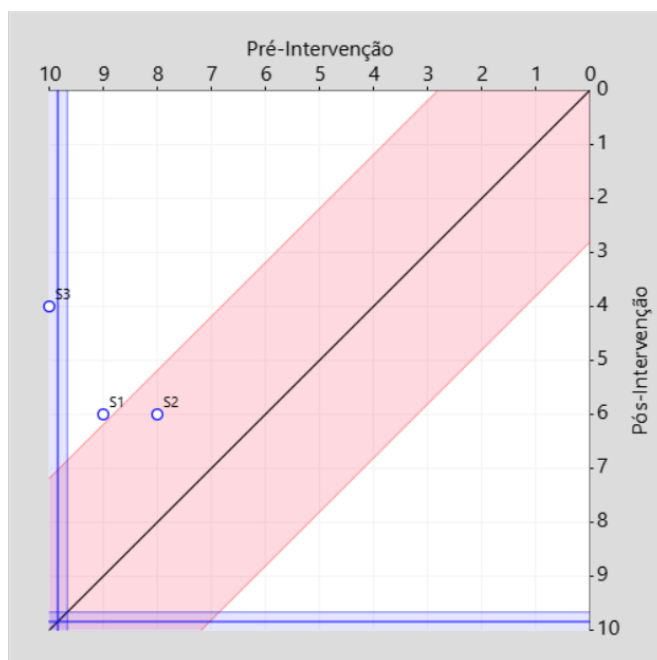


Figura 12

Distribuição das participantes na análise dos dados pré e pós intervenção do DERS-16 (estratégias) com o método JT

**Figura 13**

Distribuição das participantes na análise dos dados pré e pós-intervenção do DERS-16 (clareza) com o método JT



A Tabela 10 apresenta os dados relativos à Nova Escala Geral de Autoeficácia (NSGE).

Tabela 10

Escore na Nova Escala Geral de Auto Eficácia (NSGE) em todas as fases de aplicação

Participante	Pré módulo 1	Pré módulo 2	Pré módulo 3	Pós intervenção	follow up
P1	26	27	27	24	30
P2	14	24	21	23	28
P3	19	20	22	24	29

Os dados da Tabela 10 indicam que P3 obteve um aumento progressivo dos escores nos diferentes momentos de coleta. Já P2, teve um aumento de 10 pontos após o módulo 1, oscilando nas outras medidas, mas mantendo escores mais elevados após a intervenção e no *follow up*. P1, em contrapartida, teve um ligeiro aumento, com uma queda pós-intervenção e aumento no *follow up*. O teste de Wilcoxon indicou que não houve diferença estatisticamente

significativa ($p=0.50$) e indicaram efeito grande, sugerindo melhora das participantes ($r_{\text{r}\beta}=0,67$).

Por não possuir dados normativos populacionais brasileiros para o instrumento, para calcular o IMC foi utilizada a fórmula proposta por Jacobson e Truax (1991). Os resultados indicaram mudança positiva confiável apenas para a participante P2 (IMC=2,56). Já para P1 (IMC=0,57) e P3 (IMC=1,42) não podem ser feitas afirmações de melhora ou piora devido à intervenção.

Fidelidade ao protocolo original

A fidelidade ao protocolo foi mensurada a partir da análise das observadoras das gravações das sessões realizadas. De acordo com as observadoras, a terapeuta atendeu aos objetivos propostos em todas as sessões, com avaliações variando em sim totalmente e sim no geral. Apenas uma observadora considerou que na sessão 3 a facilitadora atingiu parcialmente os objetivos com a participante 1.

Em relação às técnicas utilizadas pela facilitadora, as observadoras julgaram que todas as técnicas previstas no protocolo foram utilizadas em todas as sessões. Ademais, todas as avaliações identificaram que as atividades planejadas foram realizadas, que os recursos utilizados funcionaram e que o encontro teve a duração prevista.

Vale destacar que foram realizadas adaptações para atender a uma demanda manifestada pelas participantes nas avaliações dos encontros de ter um espaço para que elas pudessem ter “*um momento de fala livre*”. Nesse sentido, a terapeuta reservou um momento de cerca de 10 a 20 minutos antes de iniciar a aplicação das atividades previstas pelo protocolo para que as participantes pudessem trazer questões pessoais recentes que poderiam ser relacionadas com as habilidades treinadas naquela sessão ou indicar como utilizaram

habilidades treinadas em sessões anteriores. Tal estratégia foi positivamente avaliada pelas participantes, que consideraram que *“a conversa e atualização do bem estar antes da sessão iniciar (...) fez com que toda a condução se desse de forma mais fluido, leve e confiante. Pois ajuda a promover o lugar seguro que esperamos ter ao lhe dar com questões emocionais.”*

Sustentabilidade após implementação e intenção de adoção

Quando assistidas pelas observadoras, a gravação das sessões foram avaliadas quanto ao seu potencial para replicação. A maioria das observadoras (72,09%) considerou que assistir a gravação da sessão seria suficiente para replicar a intervenção, e as demais (27,9%) julgaram que seria importante a adoção de outros recursos.

Discussão

O objetivo do presente estudo foi verificar a viabilidade da aplicação da intervenção W-ES.T.EEM a mulheres brasileiras com histórico de violência por parceiros íntimos, a partir da avaliação dos desfechos de alcance, aceitabilidade, adequação, viabilidade, fidelidade ao protocolo original e sustentabilidade após a implementação.

Em relação a essa população, vale ressaltar que levantamentos realizados indicam que mais de um quarto das mulheres entre 15 e 49 anos no mundo relataram ter vivenciado alguma situação de VPI, sendo que 13,7% haviam estado nessa situação no último ano (WHO, 2025). No Brasil, dados da pesquisa *Visível e Invisível: a Vitimização de Mulheres no Brasil* (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2023) destacam que 28,9% das mulheres com 16 anos ou mais relatam ter sido vítima de algum tipo de violência ou agressão, isto é, uma estimativa de 18,6 milhões de mulheres. Considerando que o companheiro/ex-companheiro foram apontados como os principais autores de violência (58,1%), tem-se que um número expressivo de mulheres brasileiras foram vítimas de VPI. Ademais, ao propor um modelo de

intervenção online, barreiras geográficas poderiam ser minimizadas e aumentaria o alcance da proposta.

A pesquisa foi divulgada nas redes sociais da pesquisadora e de pessoas e entidades vinculadas ao grupo de pesquisa ao qual a pesquisadora faz parte, durante um período de quatro meses. Foram obtidas 33 respostas ao formulário disponibilizado no material de divulgação da pesquisa. Pesquisas realizadas a respeito da rota crítica de mulheres vítimas de VPI apontam que fatores de resposta de experiências prévias de acesso a serviços e profissionais especializados podem contribuir para diminuir ou aumentar a probabilidade dessa mulher buscar apoio (Arboit et al, 2019; Baragatti et al, 2019). É possível também que muitas das potenciais participantes que não buscaram o atendimento utilizem o mecanismo de esquiva experiencial para lidar com o trauma, ou seja, evitem serviços que estejam relacionados à situação de violência como forma de esquiva de contato com emoções desconfortáveis que possam ser eliciadas por eles (Bardeen, 2015). Apesar de ser um mecanismo importante para a sobrevivência em relação ao trauma, a esquiva pode causar prejuízos psicológicos futuros, sendo importante planejar intervenções que alcancem essa população a fim de instrumentalizá-la com ferramentas comportamentais que permitam o enfrentamento do trauma, não só apenas que retirem essas mulheres do ambiente violento momentaneamente.

Um dado importante de se destacar refere-se ao número de interessadas que coabitavam com o parceiro (N=28; 84,8%), o que parece indicar que mulheres que estavam vivenciando a situação de VPI tinham um interesse maior em buscar apoio psicológico. Possivelmente a carência de serviços especializados voltados a esse público, somada a facilidades de uma intervenção remota, podem ter contribuído para uma busca mais expressiva dessas mulheres. Pesquisas futuras poderiam ser realizadas com mulheres vítimas de VPI no relacionamento atual de modo a verificar as potencialidades do protocolo nesse

contexto. Sugere-se, contudo, que caso esse seja o público alvo, adaptações ao protocolo sejam realizadas no sentido de inclusão da avaliação do risco da mulher e da elaboração de um plano de segurança, etapa essencial no atendimento de mulheres em situação de violência a qual envolve a identificação de riscos específicos, recursos disponíveis e estratégias para aumentar a segurança no curto e longo prazo, visando reduzir possíveis revitimizações e fortalecer o suporte psicossocial e legal da vítima (Kahriman & Bell, 2017; Sabri et al., 2021).

Cumprе destacar que a taxa de retenção das participantes foi de 100%, isto é, todas as mulheres que iniciaram, completaram a intervenção. Estudos realizados com mulheres vítimas de VPI usando o protocolo DBT também tiveram altas taxas de adesão (e.g. 77% em Iverson et al., 2009; 65,3% em Lee & Fruzzetti, 2017; 61,5% em Newlands & Benuto, 2021), sendo que no estudo original do W-ES.T.EEM, houve a desistência de duas participantes antes de completarem a bateria inicial de questionários, e nenhuma desistência durante a intervenção (Taccini et al., 2025). É válido notar que no estudo de Taccini et al (2025), assim como no presente estudo, a intervenção foi individual e online, ao contrário dos outros estudos que utilizaram o protocolo DBT em formato de grupo e presencialmente. Intervenções em grupo podem enfrentar dificuldades em relação à aderência dos participantes (Delitti & Derdyk, 2008), especialmente com temas sensíveis como a VPI. As evidências sobre modalidades digitais e presenciais em intervenções de psicoterapia são heterogêneas, o que limita conclusões a respeito da eficácia diferencial entre a oferta digital e a presencial. Análises não agregadas e meta-analíticas não indicaram superioridade de nenhuma das modalidades de intervenção (Erasmus et al., 2025). No presente estudo, apenas P3 indicou que preferia que a intervenção fosse realizada presencialmente. Assim, pesquisas futuras poderiam verificar se o formato de entrega da intervenção (presencial/online) seria equivalente ou se uma modalidade seria superior à outra.

Além da alta adesão, ressalta-se o engajamento das participantes no processo (e.g. não tiveram faltas ou desmarques das sessões), o que parece indicar o estabelecimento de uma aliança terapêutica de confiança com a terapeuta da intervenção. Existe um certo consenso na literatura de que existem fatores comuns e específicos ao processo psicoterapêutico que são importantes para o sucesso terapêutico (Isolan, Souza & Cordioli, 2019). Dentre os fatores comuns, Greencavage e Norcross (1990) destacam fatores do paciente (e.g. expectativa positiva e esperança de mudança), do terapeuta (e.g. calor humano, empatia, entusiasmo, capacidade de escuta terapêutica, desenvolver expectativas positivas sobre a terapia), do processo de mudança (e.g. oportunidade para ventilação, aquisição e prática de novos comportamentos, formulação de uma base lógica, aprendizado emocional e interpessoal, teste de realidade), da estrutura do tratamento (e.g. uso adequado de técnicas, foco nas experiências emocionais, setting curativo e comunicação verbal e não verbal) e elementos da relação terapêutica (e.g. desenvolvimento da aliança paciente-terapeuta, envolvimento emocional e reações transferenciais).

A partir da análise das observadoras, verificou-se que a terapeuta demonstrou habilidade de manejo clínico, como empatia, calor humano e capacidade de escuta, além de ter uma estrutura adequada do tratamento, com foco nas experiências emocionais das participantes e usando adequadamente as técnicas, como pode ser observado nos excertos:

A forma como a psicóloga conduziu os momentos em que a participante relatou os episódios de violência, acolhendo com empatia e retomando posteriormente o rumo da sessão.

Eu gostei que a psicóloga conseguiu sempre retomar a atenção da participante para o assunto em questão de maneira atenciosa e gentil, mas ainda assim respeitava os momentos de desabafo.

A forma como a profissional conseguiu acolher a participante sem fugir do tema, sempre a paciente falava mais sobre outros assuntos, a profissional conseguia acolher e usar o assunto para se relacionar com o tema.

A forma que a psicóloga conduzia a participante de volta ao foco quando ele se perdia e a maneira como a participante se abriu sobre aquilo, sendo respondida com acolhimento.

A terapeuta soube manejar muito bem a sessão, deixando a paciente confortável para se expressar.

Nesse sentido, vale ressaltar a formação teórica e técnica da terapeuta como um elemento importante. A terapeuta tinha experiência clínica e formação em DBT. Ademais, ela tinha experiência no atendimento a mulheres vítimas de violência. Habigzang e Curia (2025) destacam que profissionais que atendem mulheres com experiência de violência devem adquirir conhecimentos específicos como, por exemplo, a compreensão da violência a partir de uma perspectiva de gênero; leis e políticas públicas existentes para o enfrentamento da violência; as consequências da VPI na saúde física, mental e social e de processos que promovam uma aliança terapêutica colaborativa. Ademais, as autoras ainda ressaltam a importância dos profissionais estarem atentos a crenças pessoais, em especial sobre papéis e relações de gênero, que possam reforçar estigmas, discriminar e revitimizar as mulheres.

Outro ponto que merece destaque e que pode ter contribuído para uma maior adesão das participantes ao processo, foi a realização de uma entrevista inicial com as participantes antes da intervenção, momento no qual pudessem tirar dúvidas sobre o processo e conhecer a terapeuta. Além disso, foram enviados lembretes da sessão no dia anterior. Recomenda-se que pesquisas futuras utilizem dessas estratégias antes de iniciar a intervenção.

Além dos aspectos destacados anteriormente, a adequação do material à realidade das participantes (*“Gostei que a participante falou bastante e se identificou muito com os aspectos discutidos”*) e a sensibilidade e flexibilidade da facilitadora em acrescentar um período inicial para acolhimento das participantes e troca de experiências parecem ter sido fatores importantes para a satisfação com a intervenção e adesão ao processo. A DBT foi desenvolvida no contexto norte-americano e reflete valores culturais que enfatizam estrutura, limites técnicos claros, definição explícita de papéis e contratos terapêuticos bem estabelecidos, características comuns à prática psicoterapêutica anglo-saxônica (Linehan,

2015). No entanto, estudos em psicoterapia multicultural indicam que clientes latinos tendem a valorizar o *personalismo*, isto é, expectativa de uma relação terapêutica mais calorosa, próxima e interpessoal, com maior envolvimento relacional do terapeuta (Sue et al., 2019).

Ao realizar a adaptação cultural de intervenções, Menezes e Murta (2018) enfatizam a necessidade do processo ser sistemático para preservar os componentes centrais da intervenção original, mas também ter a sensibilidade cultural para com a cultura adotante de modo a respeitar a sua identidade, valores e necessidades. Desse modo, adaptações como o acolhimento no início das sessões e a associação das habilidades com as temáticas trazidas pelas participantes, foram considerados essenciais para o engajamento das participantes, mesmo não estando previsto no protocolo inicial (*“Ter o momento de atualização da semana antes da sessão com os desabafos é minha parte preferida. É um momento de cuidado a mais que faz toda a diferença no processo”* – P2). Durgante e Del’Aglia (2019) ressaltaram a importância de se observar modificações necessárias nos conteúdos, estrutura, processos de implementação e avaliação do programa que sejam compatíveis ao público-alvo.

Considerando a aceitabilidade da intervenção, os dados obtidos com as participantes e com as observadoras indicam uma alta aceitação, como pode ser ilustrado nos excertos abaixo:

A participante aderiu muito bem às propostas realizadas, interagindo, trazendo sua experiência e se mostrando disponível para o exercício final apresentado. Além disso, me parece que a participante se sentiu muito acolhida e confortável para compartilhar as situações de violência que sofreu, demonstrando confiança na terapeuta. (Observadora)

A participante foi emitindo respostas mais elaboradas, com exemplificações, e menos objetivas. Além disso, no final, ela relatou estar se sentindo mais leve e com maior bem-estar. (Observadora)

Me senti ouvida, respeitada e segura, pela primeira vez. (P1)

Após o término do relacionamento me senti adoecida (mesmo antes, na verdade) e essa não é a primeira vez que procuro intervenção psicológica, mas essa é a primeira vez que sinto que estou caminhando

verdadeiramente em direção à cura. Sinto que quando você sofre violência de alguém que você ama e que deveria te amar e apoiar o mundo sai do eixo comum e parece que você está desconectado do todo. Você passa a duvidar não só desse relacionamento, mas a duvidar de você mesmo. Porém na intervenção eu tenho sentido que posso me reconectar comigo mesma e que sou digna. O impacto negativo está relacionado a vivenciar da forma correta a dor que você estava querendo ignorar e quanto mais você percebe que as vivências negativas realmente aconteceram mais você se conecta a dor. Com certeza essa conexão é importante para superação, mas ainda assim é difícil. (P2)

Não percebi qualquer impacto negativo em nenhum atendimento. Nessa intervenção tenho me sentido extremamente validada, tenho tido a oportunidade de me fortalecer, entender meus sentimentos e aprender a discernir o que é fruto da minha observação e o que é de fato. Assim me conhecendo e interpretando os contextos corretamente terei mais ferramentas para me sentir segura em quaisquer situações difíceis do passado, presente e futuro. (P2)

Cada dia estou cada vez melhor para lidar com situações conflitos onde consigo me expressar com clareza e mais calma (P1)

Me deixa mais confortável e esperançosa sobre eu conseguir lidar melhor com minhas emoções. Senti uma melhora na autoestima por causa disso (P3).

A intervenção me trouxe inúmeros benefícios, entre eles a permissão para sentir e o olhar racional para o meu sentimento, essa racionalização me leva a entender o caminho para resolução das minhas questões. Apreendi também a estar mais presente através do Mindfulness que pode ser aplicado a várias situações do nosso cotidiano (P2)

As estratégias da DBT utilizadas na intervenção também foram mencionadas em grande parte das avaliações, sugerindo um potencial positivo da intervenção. Como questões apontadas como possíveis problemáticas na intervenção, a maioria das avaliadoras não indicou questões, sendo que dentre as que indicaram, a maioria apontou percepção de compreensão parcial do conteúdo por parte das participantes. A intervenção em formato protocolar e a limitação de tempo podem estar associados a uma aplicação menos individualizada, estando, portanto, sujeita a incompreensão em alguns aspectos da intervenção para algumas participantes. Ainda assim, de maneira geral, tanto as observadoras

quanto as participantes indicaram adequação do material e compreensão do conteúdo, estando essa percepção sujeita à interpretação de terceiros e não sendo predominante. Mesmo não sendo conclusivo, orienta-se que estudos futuros avaliem o nível de aprendizado das participantes em relação às habilidades treinadas, de modo a ter acesso à real absorção de conteúdo.

O presente estudo indicou melhora na sintomatologia das participantes a partir de medidas de autorrelato, sem a mensuração direta de processos comportamentais. Estudos futuros poderiam adicionar medidas voltadas à verificação do repertório comportamental das participantes, podendo assim acessar de forma mais direta a aquisição de habilidades comportamentais, o qual é objetivado pelo treino de habilidades. Tal implementação permitiria a obtenção de medidas mais compatíveis com um delineamento de sujeito único, especialmente de linha de base múltipla, onde a medida de efetividade de cada módulo da intervenção se dá a partir da observação de ocorrência dos comportamentos-alvo dessa intervenção específica.

A viabilidade do programa, sendo medida pela autopercepção das participantes, respostas aos instrumentos e avaliação das observadoras, foi no geral considerada positiva. Em relação ao sofrimento causado por um evento traumático, mensurado pelo IES-R, verificou-se que todas as participantes apresentaram melhora que pode ser atribuída à intervenção, resultado que vai ao encontro dos resultados obtidos por Taccini et al. (2025) que indicaram mudança estatisticamente significativa em relação ao sofrimento causado por um evento traumático (IES-R) nas participantes do seu estudo. Ademais, outros estudos que utilizaram protocolo DBT para mulheres vítimas de violência também indicaram melhoras em relação aos sintomas de estresse pós-traumático (Lee & Fruzzetti, 2017; Newlands & Benuto, 2021a; Newlands & Benuto, 2021b).

Quanto à desesperança (BHS), os dados obtidos indicaram índice de mudança confiável para as três participantes, sugerindo uma diminuição do sentimento de desesperança ao término da intervenção. Tal dado reforça a análise subjetiva das participantes, que relataram ao longo dos encontros que estavam se sentindo mais otimistas e esperançosas em relação ao futuro. Resultados semelhantes foram obtidos por Iverson et al. (2009) e Lee e Fruzzetti (2017).

Em relação aos sintomas de ansiedade, todas as participantes apresentaram melhora que pode ser atribuída à intervenção, dado que corrobora com o estudo de Newlands e Benuto (2021a).

Quanto à depressão, P1 e P2 apresentaram melhoras que poderiam ser atribuídas a intervenção, contudo para P3 não se pode afirmar se houve melhora ou piora atribuída à intervenção, uma vez que a participante já se encontrava com escores baixo antes da intervenção. Tal situação é conhecida como efeito de piso, isto é, quando os participantes apresentam escores muito baixos no pré-teste, próximos ao limite inferior da escala, o que reduz ou impede a detecção de mudanças após a intervenção — mesmo que a intervenção tenha sido eficaz (Streiner et al, 2015). Logo, os resultados do presente estudo corroboram estudos anteriores que indicaram melhoras nos escores de depressão das participantes após a intervenção (Iverson et al., 2009; Lee & Fruzzetti, 2017 ; Newlands & Benuto, 2021a, b).

Nesse mesmo sentido, em relação ao estresse, verificou-se que P1 e P3 apresentaram melhora que pode ser atribuída à intervenção, mas para P2 não podem ser feitas afirmações de melhora ou piora devido à intervenção. Embora a participante tenha apresentado redução dos sintomas, passando de 16 (severo) para 7 (normal), essa mudança não atingiu o critério de mudança clínica confiável segundo o método de Jacobson e Truax (1991). O Índice de Mudança Confiável (RCI) é um critério estatisticamente conservador, que depende da confiabilidade do instrumento e do erro padrão de medida, podendo não captar mudanças

cl clinicamente relevantes quando a magnitude da diferença não ultrapassa o limiar estatístico exigido (Streiner et al., 2015). Assim, os achados sugerem melhora clínica observável, embora não seja possível atribuir tal mudança de forma confiável à intervenção com base exclusivamente no critério estatístico do RCI. P2 na subescala de estresse, ainda que tenha saído na medida pré-intervenção da classificação severa para a classificação normal na medida pós-intervenção.

No tocante à regulação emocional, os resultados obtidos indicaram que houve melhora para P2 e P3 que pode ser atribuída à intervenção, mas para P1 não podem ser feitas afirmações de melhora ou piora devido à intervenção. Embora a diferença não tenha sido estatisticamente significativa, houve uma redução do escore geral de P1 de 48 antes da intervenção para 30 após a intervenção. Assim, considera-se que os resultados corroboram estudos prévios (Lee & Fruzzetti, 2017; Newlands & Benuto, 2021a; Taccini et al, 2025).

No que diz respeito à autoestima, verificou-se uma estabilidade dos escores ao longo da intervenção, com discreto aumento no pós-intervenção e no *follow-up*. Observa-se que as participantes já apresentavam níveis altos em medidas relacionadas à autoestima no início do estudo, com escores indicando uma autoestima normal/saudável, o que pode ter limitado a detecção de mudanças mais expressivas ao longo do tratamento. Esse padrão sugere a presença de um efeito de teto, reduzindo a sensibilidade do instrumento para captar variações em um construto que não se encontrava clinicamente comprometido. Além disso, a DBT não tem como objetivo primário o aumento direto da autoestima global, mas sim a promoção de habilidades de regulação emocional e redução de comportamentos prejudiciais, o que pode explicar a manutenção dos níveis de autoestima ao longo do tempo, com leve incremento observado no *follow-up*.

Os resultados obtidos na Nova Escala Geral de Autoeficácia (NSGE) indicam uma oscilação dos escores ao longo da intervenção, com ganhos mais expressivos observados no

follow-up. O estudo de Taccini et al. (2025), embora não estatisticamente significativas, indicou melhoras relativas à autoeficácia. Padrão semelhante foi observado no presente estudo, em que após a intervenção os resultados indicaram mudança positiva confiável apenas para a P2.

Vale destacar que embora os instrumentos padronizados utilizados no presente estudo não tenham demonstrado sensibilidade suficiente para detectar mudanças significativas em alguns desfechos mensurados, a autoavaliação das participantes ao longo das sessões indicou uma percepção de melhora subjetiva em relação a autoestima, comunicação, sintomas de ansiedade, desesperança e aumento de repertório comportamental, havendo uma percepção mais positiva principalmente no módulo 2, com um segundo salto no módulo 3. A percepção subjetiva de mudança constitui um indicador relevante de progresso terapêutico. Assim, acredita-se que a discrepância entre medidas psicométricas e relatos subjetivos pode refletir limitações dos instrumentos utilizados, e não necessariamente ausência de efeitos clínicos da intervenção.

Devido ao número reduzido de participantes, as variações identificadas ao longo dos escores nos instrumentos, principalmente quando pequenas ou inconsistentes entre os momentos das medidas ou as participantes, podem se dar por variáveis estranhas específicas não relacionadas ao estudo, não podendo esses dados serem tidos como conclusivos. Na mesma direção, deve-se analisar com cautela a utilização do teste de Wilcoxon para análise de comparação das medidas pré e pós-intervenção dos instrumentos. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os momentos para os sintomas de trauma (IES-R), esperança (BHS), depressão, ansiedade, estresse (DASS-21), autoestima (RSES), regulação emocional (DERS-16) e autoeficácia (NSGE) (todos os valores de $p > 0,05$). Ainda que o teste de Wilcoxon não tenha indicado diferenças significativas estatisticamente, este possui diversas limitações, possivelmente relacionadas ao tamanho reduzido da amostra. Os

tamanhos de efeito apresentaram ampla variabilidade e intervalos de confiança extensos, sugerindo baixo poder estatístico. Estudos futuros devem ampliar o número de participantes, considerando variáveis discutidas a partir dos resultados aqui apresentados e verificando sua replicabilidade em maiores escalas.

O número reduzido de participantes e o uso do delineamento de linha de base múltipla permitem a análise dos dados de forma mais individualizada. Tradicionalmente, a DBT é continuamente associada à terapia baseada em evidências (PBE), considerando apenas protocolos definidos em manuais como tratamentos empiricamente sustentados. Na mesma direção, Taccini et al. (2025) realizam um ensaio clínico randomizado, considerado o delineamento adequado para validar tais protocolos. Apesar das convergências nas experiências de mulheres vítimas de VPI, a adoção de uma lógica quase-médica — que patologiza o histórico comportamental como sintomatologia — mostra-se insuficiente para captar a singularidade desses casos.

A estrutura do presente estudo buscou aproximar-se de uma pesquisa em terapia baseada em processos (TBP), ao realizar um delineamento experimental de sujeito único, utilizar análises qualitativas associadas a esses dados e incluir elementos não estruturados, como o acolhimento inicial nas sessões. Tais decisões metodológicas se deram pelo entendimento de necessidades das participantes, ao compreender que a intervenção psicoterapêutica comportamental, para que interaja efetivamente com as contingências do contexto, não deva ser rigidamente associada a protocolos e determinada exclusivamente pela topografia dos comportamentos-alvo (Banaco & Zamignani, 2023). Ainda assim, o presente estudo possui limitações nesse sentido, uma vez que utiliza apenas de medidas sintomatológicas e não de processos comportamentais, sendo as medidas realizadas indiretas e, portanto, estando sujeitas a interpretações. O estudo evidencia mudanças comportamentais positivas das participantes ao participarem da intervenção, ainda que não especifique

diretamente os processos comportamentais alterados a partir da introdução dessa variável. Recomenda-se que estudos futuros incluam medidas diretas de processos comportamentais, a fim de acessar diretamente as variáveis dependentes associadas ao processo de mudança.

A pequena amostra de participantes foi ainda limitada pela baixa disponibilidade de profissionais com formação em DBT para realizar a intervenção. Esse dado sinaliza uma limitação da sustentabilidade da aplicação da intervenção em maiores escalas, cabendo a futuros estudos analisar a possibilidade de uma estrutura eficaz de formação de profissionais para replicação e disseminação da intervenção.

Referências

- Arboit, J., Padoin, S. M. de M., & Paula, C. C. de. (2019). Critical path of women in situation of violence: an integrative literature review. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 72, 321–332. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0265>
- Bahadir-Yilmaz, E., & Öz, F. (2018). The Effectiveness of empowerment program on increasing self-esteem, learned resourcefulness, and coping ways in women exposed to domestic violence. *Issues in mental health nursing*, 39(2), 135–141. <https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1368750>
- Balsan, L. A. G., Carneiro, L. L., Bastos, A. V. B., & Costa, V. M. F. (2020). Adaptação e validação da nova escala geral de autoeficácia. *Avaliação Psicológica*, 19(4), 409–419. <https://doi.org/10.15689/ap.2020.1904.16654.07>
- Banaco, R. A., & Zamignani, D. R. (2023). Terapia baseada em processos. In R. Gorayeb, M. C. Miyazaki, & M. Teodoro (Orgs.), *PROPSICO: Programa de Atualização em Psicologia Clínica e da Saúde: Ciclo 7* (pp. 9–56, Vol. 3). Artmed Panamericana.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Baragatti, D. Y., Rolim, A. C. A., Castro, C. P. de, Melo, M. C. de, & Silva, E. M. (2019). *Rota crítica de mulheres em situação de violência: revisão integrativa*. Pan American Health Organization. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/50552>

- Bardeen, J. R. (2015). Short-term pain for long-term gain: The role of experiential avoidance in the relation between anxiety sensitivity and emotional distress. *Journal of Anxiety Disorders*, 30, 113–119.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.12.013>
- Beck, A. T. & Steer, R. A. (1993). *Beck Depression Inventory*.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861–865.
- Bellot, A., Izal, M., & Montorio, I. (2022). The role of women's resources in the prediction of intimate partner violence revictimization by the same or different aggressors. *Frontiers in Psychology*, 13, 1014683.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1014683>
- Bender, A.E., McKinney, S.J., Schmidt-Sane, M.M. *et al.* Childhood exposure to intimate partner violence and effects on social-emotional competence: A systematic review. *J Fam Viol*, 37, 1263–1281 (2022).
<https://doi.org/10.1007/s10896-021-00315-z>
- Bjureberg, J., Ljótsson, B., Tull, M. T., Hedman, E., Sahlin, H., Lundh, L. G.. ... & Gratz, K. L. (2015). Development and validation of a Brief Version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale: The DERS-16. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 38, 284.
doi:[10.1007/s10862-015-9514-x](https://doi.org/10.1007/s10862-015-9514-x)
- Bohus, M., Dyer, A. S., Priebe, K., Krüger, A., Kleindienst, N., Schmahl, C., Niedtfeld, I., & Steil, R. (2013). Dialectical behaviour therapy for post-traumatic stress disorder after childhood sexual abuse in patients with and without borderline personality disorder: A randomised controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(4), 221–233.
- Caiozzo, C., Yule, K., & Grych, J. H. (2018). Caregiver behaviors associated with emotion regulation in high-risk preschoolers. *Journal of Family Psychology*, 32(5), 565–574.
- Caiuby, A. V. S., Lacerda, S. S., Quintana, M. I., Torii, T. S., & Andreoli, S. B. (2012). Adaptação transcultural da versão brasileira da Escala do Impacto do Evento – Revisada (IES-R). *Cadernos de Saúde Pública*, 28(3), 597-603.
<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300019>

- Carvalho, L. de F., & Rocha, G. M. A. da. (2009). Tradução e adaptação cultural do Outcome Questionnaire (OQ-45) para o Brasil. *Psico-USF*, 14(3), 309–316. <https://doi.org/10.1590/s1413-82712009000300007>.
- Cattaneo, L. B., & Goodman, L. A. (2015). What is empowerment anyway? A model for domestic violence practice, research, and evaluation. *Psychology of Violence*, 5(1), 84–94. <https://doi.org/10.1037/a0035137>
- Cavanaugh, M. M., Solomon, P. L., & Gelles, R. J. (2011). The Dialectical Psychoeducational Workshop (DPEW) for males at risk for intimate partner violence: A pilot randomized controlled trial. *Journal of Experimental Criminology*, 7(3), 275–291.
- Clemente-Teixeira, M., Magalhães, T., Barrocas, J., Dinis-Oliveira, R. J., & Taveira-Gomes, T. (2022). Health outcomes in women victims of intimate partner violence: a 20-year real-world study. *International journal of environmental research and public health*, 19(24), 17035. <https://doi.org/10.3390/ijerph192417035>
- Conrad, A. M., Sankaranarayanan, A., Lewin, T. J., & Dunbar, A. (2017). Effectiveness of a 10-week group program based on dialectical behaviour therapy skills among patients with personality and mood disorders: Findings from a pilot study. *Australasian Psychiatry*, 25(5), 466–470. doi:10.1177/1039856217707393
- Cummings, E. M., Vogel, D., Cummings, J. S., & El-Sheikh, M. (1989). Children's responses to different forms of expression of anger between adults. *Child Development*, 1392–1404.
- Cunha, J. A. *Manual da versão em português das Escalas Beck*. Casa do Psicólogo, 2001.
- Dantas, M. R. *Treino de efetividade interpessoal da dbt (dialectical behavior therapy) para ansiedade social: Um estudo piloto* (Dissertação de mestrado). Centro Paradigma Ciências do Comportamento, SP.
- Dasgupta, S., & Melvin, E. (2024). Technology-Based intimate partner violence intervention services for generation z victims of violence. *Social Sciences*, 13(3), 169–169. <https://doi.org/10.3390/socsci13030169>
- Davies, J., Lyon, E., & Monti-Catania, D. (1998). *Safety planning with battered women: Complex lives/difficult choices* (p. 202). Sage.

- Delitti, A. M. C., & Derdyk, K. P. R. (Orgs.). (2008). *Terapia analítico-comportamental em grupo* (pp. 127-156). Esetec.
- Derogatis, L. R., & Lazarus, L. (1994). SCL-90 R, Brief Symptom Inventory, and matching clinical rating scales. In M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment* (pp. 217–248). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Dufour, G.K., Gerhardt, E., McArthur, J., Ternes, M. (2023). Help-seeking behavior and domestic violence. In: Shackelford, T.K. (eds.), *Encyclopedia of Domestic Violence*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-85493-5_741-1
- Durgante, H., & Dell’Aglío, D. D. (2017). Critérios metodológicos para a avaliação de programas de intervenção em psicologia. *Revista Avaliação Psicológica*, 17(01).
- Emezue, C., Chase, J. D., Udmuangpia, T., & Bloom, T. L. (2022). Technology-based and digital interventions for intimate partner violence: A systematic review and meta-analysis. *Campbell Systematic Reviews*, 18(3), e1271.
- Erasmus, P., Borrmann, M., Becker, J., Kuchinke, L., & Meinschmidt, G. (2025). Comparing digital versus face-to-face delivery of systemic psychotherapy interventions: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Interactive Journal of Medical Research*, 14, e46441. <https://doi.org/10.2196/46441>
- Forthofer, R. N., Lee, E. S., & Hernandez, M. (2007). Nonparametric tests. In R. N. Forthofer, E. S. Lee, & M. Hernandez (Eds.), *Biostatistics* (2nd ed., pp. 249–268). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-369492-8.50014-5>
- Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2022. Violência contra meninas e mulheres no 1º semestre de 2022. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2022/12/violencia-contra-meninas-mulheres-2022-1sem.pdf>.
- Flett, G. L., Blankstein, K. R., & Obertynski, M. (1996). Affect intensity, coping styles, mood regulation expectancies, and depressive symptoms. *Personality and Individual Differences*, 20(2), 221–228. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(95\)00163-8](https://doi.org/10.1016/0191-8869(95)00163-8)

- Flynn, D.; Kells, M.; Joyce, M. Dialectical behaviour therapy: Implementation of an evidence-based intervention for borderline personality disorder in public health systems. *Curr. Opin. Psychol.* 2021, 37, 152–157.
- Goodman, L. A., & Epstein, D. (2008). *Listening to battered women: A survivor-centered approach to advocacy, mental health, and justice*. (1st ed., p. 184). American Psychological Association. doi:10.1037/11651-000
- Gorenstein C., Moreno R. A., Bernick M. A., Carvalho S. C., Nicastrí S., Cordás T. A. et al. Validation of the portuguese version of the social adjustment scale in Brazilian samples. *J Affect Disord* 2002; 69 (1-3):167-75.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54.
<http://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Grencavage, L. M., & Norcross, J. C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional Psychology: Research and Practice*, 21 (5), 372–378. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.21.5.372>
- Habigzang, L.F. & Curia, B.G. (2025) *Manual para atendimento psicológico de mulheres com histórico de violência por parceiro íntimo*. Afirmativa.
- Hagen, E. H. (2011). Evolutionary theories of depression: A critical review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 56 (12), 716–726.
- Hatcher RL, Gillaspay JA. Development and validation of a revised short version of the Working Alliance Inventory. *Psychother Res.* 2006;16:12-25.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experimental avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(6), 1152–1168. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.64.6.1152>
- Heise, L. L. (1998). *Violence against women*. SAGE Publications.
- Hemanny, C., Moura, I., Pimenta Mello, M.A., Figueiredo, A. M., Demarzo, M. & De-Oliveira, I. R. Stressful life events and passive behavioral patterns in women with major depressive disorder: A mixed method analysis nested in a

- clinical trial. *Middle East Curr Psychiatry* 30, 51 (2023).
<https://doi.org/10.1186/s43045-023-00321-5>
- Horner, R. H., & Spaulding, S. (2010). Single-case research designs. In N. J. Salkind (Ed.), *Encyclopedia of research design*. Sage Publications.
- Hutz, C. S., & Zanon, C. (2011). Revisão da adaptação, validação e normatização da escala de autoestima de Rosenberg: Revision of the adaptation, validation, and normatization of the Roserberg self-esteem scale. *Avaliação Psicológica*, 10(1), 41-49.
- Isolan, L., Souza, L. H., & Cordioli, A. V. (2019). Fatores comuns e específicos das psicoterapias. In A. V. Cordioli & E. H. Grevet (Eds.), *Psicoterapias: Abordagens atuais* (4^a ed., pp. 64–77). Artmed.
- Iverson, K. M., McLaughlin, K. A., Gerber, M. R., Dick, A., Smith, B. N., Bell, M. E., Cook, N., & Mitchell, K. S. (2013). Exposure to interpersonal violence and its associations with psychiatric morbidity in a U.S. national sample: a gender comparison. *Psychology of violence*, 3(3), 273–287. <https://doi.org/10.1037/a0030956>
- Iverson, K. M., Shenk, C., & Fruzzetti, A. E. (2009). Dialectical behavior therapy for women victims of domestic abuse: A pilot study. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(3), 242–248.
- Jacobson, N. S & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Joksimovic, N., Vallières, F., & Hyland, P. (2024). Gender differences in intimate partner violence: Risk factors and associations with suicide. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 16(3), 470–477.
<https://doi.org/10.1037/tra0001457>
- Jones, B., Umer, M., Kittur, M. E., Finkelstein, O., Xue, S., Dimick, M. K., Ortiz, A., Goldstein, B. I., Mulsant, B. H., & Muhammad Ishrat Husain. (2023). A systematic review on the effectiveness of dialectical behavior therapy for improving mood symptoms in bipolar disorders. *International Journal of Bipolar Disorders*, 11(1). <https://doi.org/10.1186/s40345-023-00288-6>

- Kahriman, S., & Bell, K. (2017). Safety planning: A vital preliminary step for professionals working with intimate partner violence victims. *Journal of Cognitive Behavioral Psychotherapies and Research*, 6(3), 141–150.
<https://doi.org/10.5455/JCBPR.247567>
- Karakurt, G., Smith, D. & Whiting, J. (2014). Impact of intimate partner violence on women's mental health. *Journal of Family Violence*, 29(7), 693–702. doi:10.1007/s10896-014-9633-2
- Kothgassner, O., Goreis, A., Robinson, K., Huscsava, M., Schmahl, C. & Plener, P. (2021). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescent self-harm and suicidal ideation: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 51(7), 1057-1067.
- Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L., & Zwi, A. B. (2002). The world report on violence and health. *Lancet (London, England)*, 360(9339), 1083–1088.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)11133-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)11133-0)
- Laloni, D. T. (2001). *Escala de avaliação de sintomas- 90-R - SCL-90-R: Adaptação, precisão e validade* (Tese de Doutorado não publicada). Pontifícia Universidade Católica de Campinas, SP, Brasil.
- Lambert, M. J., Burlingame, G. N., Umphress, V., Hansen, N. B., Vermeersh, D. A., Clouse, G. C. & Yanchar, S.C. (1996). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3, 249-258.
- Lawson, J. (2012). Sociological theories of intimate partner violence. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 22(5), 572–590.
<https://doi.org/10.1080/10911359.2011.598748>
- Lee, J., & Fruzzetti, A. E. (2017). Evaluating a Brief Group Program for Women Victims of Intimate Partner Abuse. *Journal of Trauma Stress Disorder Treatment*. 6, 3, 2. doi: 10.4172/2324-8947.1000174
- Lee, K. D. M., Rodriguez, L. M., Edwards, K. M., & Neal, A. M. (2020). Emotional dysregulation and intimate partner violence: A dyadic perspective. *Psychology of Violence*, 10(2), 162–171. <https://doi.org/10.1037/vio0000248>
- Lilly, M. M., & Phyllice, H. (2012). Shared Pathogeneses of Posttrauma Pathologies: Attachment, Emotion Regulation, and Cognitions. *Journal of Clinical Psychology*, 69(7), 737–748. <https://doi.org/10.1002/jclp.21934>

- Linehan, M. (2010). *Terapia cognitivo-comportamental para transtorno da personalidade borderline: Guia do terapeuta*. Porto Alegre: Artmed.
- Linehan, M. (2018a). *Treinamento de habilidades em DBT: manual de terapia comportamental dialética para o terapeuta*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed.
- Linehan, M. M. (2018b). *Treinamento de habilidades em DBT: manual de terapia dialética comportamental para o paciente*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed.
- in-Roark, I.H., Church, A.T. & McCubbin, L.D. Battered Women's Evaluations of Their Intimate Partners as a Possible Mediator Between Abuse and Self-Esteem. *J Fam Viol* 30, 201–214 (2015).
<https://doi.org/10.1007/s10896-014-9661-y>
- Micklitz, H. M., Glass, C. M., Bengel, J., & Sander, L. B. (2024). Efficacy of psychosocial interventions for survivors of intimate partner violence: A systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 25(2), 1000–1017.
- Menezes, J. C. L. de & Murta, S. G. (2018) Adaptação Cultural de Intervenções Preventivas em Saúde Mental Baseadas em Evidências. *Psico-USF*, 23, pp. 681-691. <https://doi.org/10.1590/1413-82712018230408>
- Meyer, S. B., Villas-Bôas, A., Franceschini, A. C. T., Oshiro, C. K. B., Kameyama, M., Rossi, P. R. & Mangabeira, V. (2015). *Terapia analítico-comportamental: Relato de casos e de análises*. São Paulo, SP: Paradigma Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento.
- Miguel, F. K., Giromini, L., Colombarolli, M. S., Zuanazzi, A. C., & Zennaro, A. (2017). A Brazilian investigation of the 36- and 16-item difficulties in Emotion Regulation Scales. *Journal of Clinical Psychology*, 73(9), 1146-1159.
<https://doi.org/10.1002/jclp.22404>
- Muñoz-Rivas, M. J., Bellot, A., Montorio, I., Román Ronzón-Tirado, & Redondo, N. (2021). Profiles of Emotion Regulation and Post-Traumatic Stress Severity among Female Victims of Intimate Partner Violence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13), 6865–6865.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18136865>
- Newlands, R. T., & Benuto, L. T. (2021a). A Modified Dialectical Behavioral Therapy for Victims of Intimate Partner Violence With Intellectual Disabilities: A Case

- Study. *Clinical Case Studies*, 20(3), 233–247.
<https://doi.org/10.1177/1534650120981766>
- Newlands, R. T., & Benuto, L. T. (2021b). Enhancing mental health services for survivors of intimate partner violence: a stage one pilot. *Community Mental Health Journal*, 57, 1588–1594. <https://doi.org/10.1007/s10597-021-00782-0>
- Ogbe E, Harmon S, Van den Bergh R, Degomme O (2020) A systematic review of intimate partner violence interventions focused on improving social support and/ mental health outcomes of survivors. *PLoS ONE* 15(6): e0235177.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235177>
- Panos, P. T., Jackson, J. W., Hasan, O., & Panos, A. (2014). Meta-Analysis and Systematic Review Assessing the Efficacy of Dialectical Behavior Therapy (DBT). *Research on social work practice*, 24(2), 213–223.
<https://doi.org/10.1177/1049731513503047>
- Parveen Azam Ali, Dhingra, K., & McGarry, J. (2016). A literature review of intimate partner violence and its classifications. *Aggression and Violent Behavior*, 31, 16–25. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2016.06.008>
- Pavao, J., Alvarez, J., Baumrind, N., Induni, M., & Kimerling, R. (2007). Intimate partner violence and housing instability. *American Journal of Preventive Medicine*, 32, 143–146. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2006.10.008>
- Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., Griffey, R., & Hensley, M. (2011). Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Administration and policy in mental health*, 38(2), 65–76.
- Raver, C. C., Blair, C., & Garrett-Peters, P. (2015). Poverty, household chaos, and interparental aggression predict children's ability to recognize and modulate negative emotions. *Development and Psychopathology*, 27(03), 695–708.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image* Princeton: Princeton University Press.
- Ruork, A. K., McLean, C. L., & Fruzzetti, A. E. (2022). It Happened Matters More Than What Happened: Associations Between Intimate Partner Violence Abuse Type, Emotion Regulation, and Post-Traumatic Stress Symptoms. *Violence against women*, 28(5), 1158–1170.
<https://doi.org/10.1177/10778012211013895>

- Sabri, B., Glass, N., Campbell, J. C., Messing, J. T., & Aboul-Hosn, S. (2021). Safety planning interventions for intimate partner violence: A systematic review. *National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine*.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK27425/>
- Sambrook, S., Abba, N., & Chadwick, P. (2007). Evaluation of DBT emotional coping skills groups for people with parasuicidal behaviours. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35(2), 241–244.
- Serralta, F. B., da Cruz Benetti, S. P., Laskoski, P. B., & Abs, D. (2020). The Brazilian-adapted Working Alliance Inventory: Preliminary report on the psychometric properties of the original and short revised versions. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 42(3), 256–261.
<https://doi.org/10.1590/2237-6089-2019-0099>
- Silva, S. M. (2013). Escala de Avaliação de Resultados (Outcome Questionnaire) – OQ-45.2: Validade e precisão. Tese de Doutorado [não publicada]. Universidade de São Paulo.
- Soler, J., Pascual, J. C., Tiana, T., Cebrià, A., Barrachina, J., Campins, M. J., Gich, I., Alvarez, E., & Pérez, V. (2009). Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: a 3-month randomised controlled clinical trial. *Behaviour research and therapy*, 47(5), 353–358. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.01.013>
- Streiner, D. L., Norman, G. R., & Cairney, J. (2015). *Health measurement scales: A practical guide to their development and use* (5th ed.). Oxford University Press.
- Sue, D. W., Sue, D., Neville, H. A., & Smith, L. (2019). *Counseling the culturally diverse: Theory and practice* (8^a ed.). John Wiley & Sons.
- Summerell, E., O’Dean, S., Wong, I., & Denson, T. F. (2025). Evolving conceptualizations of masculinity and intimate partner violence: Implications for prevention and intervention. *Aggression and Violent Behavior*, 102109.
<https://doi.org/10.1016/j.avb.2025.102109>
- Taccini, F.; Rossi, A.A.; Mannarini, S. Women’s EmotionS, Trauma and EmpowErMent (W-ES.T.EEM) study protocol: A psychoeducational support intervention for victims of domestic violence—A randomised controlled trial. *BMJ Open* 2022,12, e060672

- Taccini, F., Rossi, A.A. & Mannarini, S. The Women's EmotionS, Trauma and EmpowErMent (W-ES.T.EEM) Pilot Study: A Randomised Psychoeducational Intervention for Women with an Experience of Intimate Partner Violence. *J Fam Viol* (2025). <https://doi.org/10.1007/s10896-025-00828-x>
- Tavares, A.C.C. Nery, I.S. Violência doméstica conjugal contra as mulheres: uma reflexão acerca da dimensão simbólica proposta por Pierre Bordieu. www.ufpb.br/evento/Iti/ocs/index.php/17redor/paper/view/125.2012
- Trabold, N., McMahon, J., Alsobrooks, S., Whitney, S., & Mittal, M. (2020). A Systematic Review of Intimate Partner Violence Interventions: State of the Field and Implications for Practitioners. *Trauma, Violence, & Abuse*, 21(2), 311-325. <https://doi.org/10.1177/1524838018767934>
- Vignola, R. C. B. (2013). *Escala de depressão, ansiedade e estresse (DASS): Adaptação e validação para o português do Brasil* (Dissertação de mestrado). Universidade Federal de São Paulo, Instituto de Saúde e Sociedade.
- Walker, L. E. A. (2006). Battered woman syndrome: empirical findings. *Ann N Y Acad Sci*. 1087, 142–57.
- Weiss, N. H., Dixon-Gordon, K. L., Peasant, C., & Sullivan, T. P. (2018). An Examination of the Role of Difficulties Regulating Positive Emotions in Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 31(5), 775–780. <https://doi.org/10.1002/jts.22330>
- Weissman, M. M., Prusoff, B. A., Thompson, W. D., Harding, P. S., & Myers, J. K. (1978). Social adjustment by self-report in a community sample and in psychiatric outpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 166(5), 317–326.
- World Health Organization. (2025). *Violence against women prevalence estimates, 2023: Global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and non-partner sexual violence against women*. World Health Organization.
- Zimmerman M. A. (1995). Psychological empowerment: issues and illustrations. *American journal of community psychology*, 23(5), 581–599.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ausência de intervenções baseadas em DBT no Brasil aponta ainda uma lacuna e possibilidade de expansão da pesquisa com mulheres com histórico de VPI. O presente estudo indica que o desenvolvimento dessas intervenções no contexto brasileiro é viável, sendo recomendado explorar esse recurso. Apesar da amostra de participantes indicar resultados positivos e ser consistente entre si, é necessário considerar que esta não é representativa da população brasileira com histórico de VPI como um todo e a necessidade de novos estudos que confirmem esses achados. O teste de viabilidade é um importante passo para análise da aplicabilidade da intervenção no contexto brasileiro, mas ainda é necessária a pesquisa com um maior grupo amostral e considerando as especificidades identificadas como necessárias para esse contexto. Considera-se ainda, a importância do cuidado metodológico considerando as variáveis culturais dessa adaptação, devendo ser compreendidos os processos comportamentais envolvidos nas melhoras observadas.

ANEXOS

ANEXO I - Formulário de aceitabilidade da intervenção - versão participante

Questão	Alternativas de resposta	Categoria de avaliação de viabilidade associada
1. Nome completo	Resposta aberta	Nenhuma
2. Sua resposta é referente a qual sessão?	Sessão 1 Sessão 2 Sessão 3 Sessão 4 Sessão 5 Sessão 6 Sessão 7 Sessão 8	Nenhuma
3. Classifique de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente): Percebi mudanças na minha autoestima	1 2 3 4 5	Viabilidade
4. Classifique de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente): Percebi mudanças na minha	1 2 3	Viabilidade

comunicação com as pessoas	4 5	
5. Classifique de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente): Me sinto menos ansiosa	1 2 3 4 5	Viabilidade
6. Classifique de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente): Me sinto mais esperançosa	1 2 3 4 5	Viabilidade
7. Classifique de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente): Sinto que consigo lidar melhor com situações difíceis	1 2 3 4 5	Viabilidade
8. Classifique de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente): As pessoas ao meu redor relataram mudanças no meu	1 2 3 4 5	Viabilidade

comportamento recentemente		
9. Classifique de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente): Acho que a intervenção é adequada para mulheres que sofreram violência	1 2 3 4 5	Adequabilidade
10. Classifique de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente): Eu participaria da intervenção outra vez se tivesse a oportunidade	1 2 3 4 5	Aceitabilidade
11. Você se sentiu segura ao participar da intervenção?	Sim Não	Adequabilidade
12. Você preferiria que essa intervenção tivesse sido presencialmente?	Sim Não	Adequabilidade
13. Você sentiu falta de algo na intervenção?	Resposta aberta	Adequabilidade
14. Te gerou desconforto a maneira que algum assunto foi trabalhado? Se sim, descreva de que	Resposta aberta	Aceitabilidade

forma esse desconforto aconteceu		
15. Qual impacto mais positivo a intervenção te causou? E qual o impacto mais negativo?	Resposta aberta	Aceitabilidade
16. Há algo mais que você gostaria de acrescentar?	Resposta aberta	Nenhuma

ANEXO II - Formulário de adesão da intervenção - observadoras

Questão	Alternativas de resposta	Categoria de avaliação de viabilidade associada
1. Data do encontro (DD/MM/AAAA)	Resposta aberta	Nenhuma
2. Selecione a sessão que você está avaliando	Sessão 1 Sessão 2 Sessão 3 Sessão 4 Sessão 5 Sessão 6 Sessão 7 Sessão 8	Nenhuma
3. A sessão de qual participante você avaliou?	Participante 1 Participante 2 Participante 3	Nenhuma
4. Como você avalia a qualidade da sessão?	Excelente Boa Regular Ruim	Aceitabilidade
5. Você acha que a sessão atendeu aos objetivos pretendidos? <i>Responda considerando os seguintes objetivos: Sessão [número da descrição]</i>	Sim, totalmente Sim, no geral Sim, parcialmente Não	Fidelidade

correspondente] - [inserida descrição do objetivo específico da sessão]		
6. Você acha que a sessão utilizou as técnicas previstas? <i>Responda considerando as seguintes técnicas previstas:</i> Sessão [número da descrição correspondente] - [inserido o objetivo específico da sessão]	Sim, totalmente Sim, no geral Sim, parcialmente Não	Fidelidade
7. Os recursos e materiais de apoio utilizados foram	Muito adequados Adequados Pouco adequados Nada adequados	Adequabilidade
8. Quanto você considera que o conteúdo abordado foi importante para trabalhar o enfrentamento da violência	Nada Um pouco Neutro Muito Totalmente	Adequabilidade
9. Quanto você considera que o conteúdo abordado foi importante para trabalhar a regulação emocional	Nada Um pouco Neutro Muito Totalmente	Adequabilidade
10. Você considera que as participantes estavam	Totalmente Muito	Viabilidade

engajadas com o material de apoio?	Mais ou menos Pouco Nada	
11. Em qual grau você sente que as participantes receberam o apoio que gostariam durante o encontro?	Totalmente Muito Mais ou menos Pouco Nada	Viabilidade
12. Você acredita que o conhecimento e compreensão das participantes sobre o tema tenham aumentado?	Sim, totalmente Sim, no geral Sim, parcialmente Não	Viabilidade
13. O que você mais gostou na sessão assistida?	Resposta aberta	Aceitabilidade
14. O que você menos gostou na sessão assistida?	Resposta aberta	Aceitabilidade
15. Quais suas impressões sobre a adesão das participantes ao encontro?	Resposta aberta	Adequabilidade
16. Sugestões e comentários adicionais	Resposta aberta	Nenhuma
17. Sobre as afirmações abaixo, marque as que se aplicam	O encontro foi realizado O encontro teve a duração prevista O tópico planejado foi trabalhado	Fidelidade

	Todas as atividades planejadas foram realizadas Todos os recursos utilizados funcionaram para a realização das atividades	
18. Observações sobre o checklist anterior – justifique caso não tenha selecionado algum(ns) do(s) item(ns) (duração, tópicos faltantes, atividades não realizadas, recursos que falharam)	Resposta aberta	Fidelidade
19. Considerando a função de aprendizagem para que você possa replicar a intervenção, você sente que a sessão assistida foi	Suficiente para replicar a intervenção Importante para replicar a intervenção, ainda que outros recursos sejam necessários Sem relevância para replicar a sessão	Sustentabilidade após implementação e intenção de adoção

ANEXO III - Estrutura de sessão de psicoeducação sobre o ciclo da violência

Início:

Esta sessão se chama "orientar-se". A ideia aqui é falar sobre alguns dos pensamentos que temos relacionados à violência, que podem ser difíceis de entender.

“Me sinto culpada!”:

“Muitas mulheres se sentem culpadas pelo processo de violência, mesmo sentindo que não deveriam. Esse sentimento é muito comum nesse contexto e inclusive acaba muitas vezes postergando o processo de denúncia ou de deixar o agressor. Algumas mulheres se sentem responsáveis pela violência que ocorreu, outras tem receio do que pode acontecer com o agressor, com os filhos ou mesmo temer pela própria vida.”

“Você já sentiu culpa relacionada às situações vividas?”

“Como eu não vi acontecendo?”

“A questão é que é difícil compreender que a mesma pessoa que começou dizendo todas aquelas coisas bonitas seja a mesma pessoa que acabamos conhecendo. As falas tendem a se iniciar com um tom carinhoso como essas aqui... [transição de slide] e irem aos poucos mudando para esse tom, com acusações e agressividade.”

“Você se identifica com essas frases? Tem exemplos de frases semelhantes?”

“As três fases”:

“Não vemos acontecendo também porque as coisas tendem acontecer de uma forma cíclica, que mascara essas mudanças, como vamos ver aqui. Dessa forma, as fases tendem a ocorrer uma após a outra; depois da fase 3, a fase 1 tende a se repetir, e assim por diante.”

“Momento de tensão”:

“Durante a primeira fase, há uma escalada gradual da tensão, demonstrada por atos discretos que aumentam o atrito, como xingamentos, comportamentos intencionalmente maldosos e/ou abuso físico.

O agressor expressa insatisfação e hostilidade, mas não de forma extrema ou explosiva.

A mulher, por sua vez, tenta apaziguar o agressor, fazendo o que ela acredita que possa agradá-lo, acalmá-lo, ou pelo menos, o que não irá agravá-lo ainda mais.

Ela tenta não reagir às suas ações hostis e utiliza técnicas gerais de redução da raiva.

Frequentemente, ela consegue ter algum sucesso temporário, o que reforça sua crença irrealista de que pode controlar esse homem — mas isso não se sustenta.

Ela se vê em situações imprevisíveis, que levam ao fenômeno de desamparo aprendido, uma forma de desesperança causada pelo ambiente.”

“Episódio intenso de violência”:

“Exausta do estresse constante, a mulher geralmente se afasta do agressor, com medo de, inadvertidamente, provocar uma explosão.

O agressor começa a agir de maneira ainda mais opressiva ao perceber esse afastamento... A tensão entre os dois se torna insuportável.

Às vezes, a mulher consegue prever quando ocorrerá a inevitável explosão, o que lhe permite controlar onde e quando isso acontecerá, permitindo-lhe tomar precauções para minimizar seus ferimentos e sofrimento.

O agressor, então, normalmente descarrega uma enxurrada de agressões verbais e físicas, que podem deixar a mulher profundamente abalada e ferida.

A fase aguda de agressão termina quando o agressor para, trazendo consigo uma redução fisiológica brusca da tensão. Isso, por si só, é naturalmente reforçador. A violência muitas vezes “funciona” porque é eficaz em alcançar esse alívio momentâneo.”

“Arrependimento ou ‘lua de mel’”:

“Na fase três que se segue, o agressor pode pedir desculpas repetidamente, tentar ajudar a vítima, demonstrar bondade e remorso, e presenteá-la e/ou fazer promessas.

Neste momento, o próprio agressor pode acreditar sinceramente que nunca mais permitirá que a violência ocorra novamente.

A mulher quer acreditar no agressor e, especialmente no início do relacionamento, pode renovar suas esperanças na capacidade dele de mudar.

Muitos dos comportamentos que ele demonstrava durante o período de namoro — quando ela se apaixonou por ele — voltam a ocorrer nesta fase.”

[em seguida, os slides são referentes à ficha de habilidades DBT estabelecidas no cronograma]