CENTRO UNIVERSITÁRIO ALVES FARIA

GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

THAÍS DIAS CAPELA

A Reconstrução da Autopercepção a Partir de um Histórico de Violência Emocional

GOIÂNIA,
06 dezembro, 2024

THAÍS DIAS CAPELA

A Reconstrução da Autopercepção a Partir de um Histórico de Violência Emocional

Artigo apresentado ao Centro Universitário Alves Faria como requisito parcial para obtenção do título de Psicólogo.

Orientadora: Prof. Esp. Aline Santa Barbara Oliveira Pucci

GOIÂNIA,
2024

THAÍS DIAS CAPELA

A reconstrução da autopercepção a partir de um histórico de violência emocional

Artigo apresentado ao Centro Universitário Alves Faria como requisito parcial para obtenção do título de Psicólogo.

Orientadora: Prof. Esp. Aline Santa Barbara Oliveira Pucci

Profa. Esp. Aline Santa Barbara Oliveira Pucci - UNIALFA

Prof. Me. Ariana Ferreira Carvalho – UNIALFA

Prof. Esp. Jaíne Batista dos Santos – UNIALFA

GOIÂNIA,
2024

Resumo

A violência contra a mulher é um problema social e de saúde pública que afeta a percepção da vítima e dificulta a busca por apoio. Suas implicações estão associadas a problemas emocionais, como a depressão, gerando uma situação de vulnerabilidade entre a vítima e o agressor. Este estudo teve como objetivo geral analisar a relação entre as experiências sofridas e a autopercepção da vítima. Os objetivos específicos incluíram analisar comportamentos violentos, reconhecer padrões disfuncionais de pensamento, examinar o impacto da violência emocional nos relacionamentos e investigar a percepção sobre as experiências de violência e a reconstrução da autopercepção após as sessões de terapia. A metodologia utilizada foi o estudo de caso clínico com abordagem qualitativa. Os resultados mostraram que a técnica do boneco possibilitou o enfrentamento de traumas ao permitir a exposição das experiências vividas. Por si só, a realização das análises não foi suficiente para promover a evolução na terapia, sendo necessárias intervenções alinhadas à Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). A TCC ajudou a reestruturar crenças disfuncionais, desenvolver habilidades cognitivas e ampliar o repertório da vítima.

Palavras-chave: Autopercepção; violência contra a mulher; terapia cognitiva comportamental; comportamentos violentos; técnica do boneco; impactos da violência.

Abstract

Domestic violence against women is a social and public health problem that affects the victim's perception and hinders the search for support. Its implications are associated with emotional issues, such as depression, creating a vulnerable situation between the victim and the perpetrator. The main objective of this study was to analyze the relationship between the experiences suffered and the victim's self-perception. The specific objectives included analyzing violent behaviors, recognizing dysfunctional thinking patterns, examining the impact of emotional violence on relationships, and investigating the perception of violence experiences and the reconstruction of self-perception after therapy sessions. The methodology used was a clinical case study with a qualitative approach. The results showed that the "doll technique" allowed for trauma confrontation by enabling the exposure of lived experiences. By itself, the analysis was not enough to promote progress in therapy, requiring interventions aligned with Cognitive Behavioral Therapy (TCC). TCC helped restructure dysfunctional beliefs, develop cognitive skills, and expand the victim's repertoire.

Keywords: Self-perception; domestic violence against women; cognitive behavioral therapy; violent behaviors; doll technique; impacts of violence.

Lista de tabelas

Tabela 1 – Resumo das sessões .....10, 11 e 12, 13 e 14
Tabela 2 – Técnica do Boneco enquanto Criança versus Adulta..... 19
Tabela 3 – Técnica do Boneco enquanto Mãe Real versus Mãe Ideal 21
Tabela 4 – Escala de Autoestima de Rosemberg ..... 23, 24 e 25

Sumário

Introdução 1
Método 8
Identificação do caso.....8
Local.....8
Instrumentos e materiais.....8
Procedimentos.....10
Resultados e discussão 14
Referências.....28

A Reconstrução da Autopercepção a Partir de um Histórico de Violência Emocional

Thaís Dias Capela
Centro Universitário Alves Faria

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2021), 1 em cada 3 mulheres em todo o mundo sofre violência, caracterizando-se como um problema de saúde pública. Essa violência pode envolver danos físicos, sexuais e psicológicoas, independente do tipo da relação entre o agressor e a vítima. Os fatores de risco para a violência contra a mulher destacam-se a exposição à violência na família, maus-tratos na infância, além da vulnerabilidade socioecônomica. As implicações vão além de problemas emocionais e psiquiátricos, inclui prejuizos sociais e materiais, além de adoecimentos diversos. Esses danos não afetam apenas os relacionamentos da vítima, mas também sua qualidade vida e a reconstrução da autonomia (Pedrosa & Zanello, 2016).

As vítimas que sofreram violência frequentemente têm sua autoimagem e autoestima prejudicadas, o que pode levar a sentimento de culpa, vergonha e inadequação. Além de sofrer com a desvalorização de sua própria capacidade, a vítima tem dificuldade de enxergar sua realidade, o que acaba comprometendo sua saúde mental e a busca de apoio (Paiva et. al 2022). Vale salientar que se não houver uma escuta, ou acolhimento á essas vítimas, o fenômeno da violência gera mais sofrimento, angústia e sentimentos como tristeza (Trigueiro, 2017).

A percepção da vítima se mancha com o convívio da violência, ela não consegue identificar uma qualidade de vida sem ser influenciada pela intimidação do agressor, essa falta de habilidades sociais da vítima gera uma dificuldade de sair dessa situação e reforça o comportamento hostil do outro (Ferreira et. al 2022). Isso faz com que a mulher acredite que a violência irá passar, a expectativa de ser amada cega da verdadeira realidade, sentimentos de vergonha e medo sobressaem, e o modo que se percebe como mulher é questionada. Afetando sua autoestima e por busca de apoio, a vítima internaliza essas ameaças as ponto de negligenciar

suas conquistas. Nessa negligência de sua própria capacidade, a percepção da vítima muda, e leva a distorção do contexto vivido (Hoepers & Tomanik, 2021).

Beck (2013) relata que as crenças nucleares são interpretações profundamente enraizadas sobre si mesmas e sobre o mundo, que moldam a maneira como os indivíduos compreendem suas experiências. As vítimas ao levaram as ofensas como sendo verdadeiras, cria uma autoimagem distorcida e negativa, isso faz com que a formação das crenças nucleares seja prejudicada, pois ao invés de autoafirmarem ser dignas de sentimentos positivos, perpetuam a ideia de que não são dignas de amor ou respeito,o que predispõe a serem mais vulneráveis a casos de quadros depressivos e traumas.

Esse contexto é ainda mais perceptível devido a violência contra a mulher também ser um problema social, embora não seja um problema atual, vem sendo mais repercutido nas mídias e em pautas discutidas. A persistência de valores machistas e patriarcais, junto à desigualdade de gênero está relacionada à recorrência da violência, especialmente à toleração em relação a ela (Guimarães & Pedroza, 2015). Sua relevância para essa perpetuação são de produzir mudanças indesejáveis na percepção, sensações, comportamentos futuros, construindo uma hierarquia de opressão de gênero contra o outro e de privação de liberdade da vítima (Batista et al 2020).

A "espiral da violência" se baseia em relatar como atos de violência se retroalimentam, criando um ciclo contínuo que intensifica a agressão e afeta vítimas e comunidades, ela amplia essa discussão ao afirmar que a violência não se limita a agressões intencionais, mas se manifesta em um contexto de opressão onde comportamentos violentos são naturalizados em sistemas impessoais. O Espiral liga essa violência estrutural ao capitalismo, fundamentado na desigualdade de classes, e destaca que, nas sociedades periféricas, a violência se intensifica devido à superexploração do trabalho e à colonialidade do poder. A violência institucional, por sua vez, é incorporada à ordem social e legitimada por normas legais, perpetuando a

normatização da violência como prática sociopolítica. A dinâmica institucional contribui para a espiral da violência, o ciclo se torna autônomo, gerando uma retroalimentação contínua que dificulta a interrupção desse padrão (Martins & Lacerda, 2014).

O ciclo de violência afeta significativamente o modo de viver, pois os danos podem durar uma vida inteira, acarretar mortes, traumas físicos e emocionais (Santos et al 2020). Ao ser perpetuada a longos períodos, fragiliza as mulheres a pedir a ajuda, e assim, reduz a condição de enfrentamento após essas ofensas, a percepção do eu muda, tem uma nova configuração do outro e do mundo, faz com que camadas sejam distorcidas de impressões, e formas de violências sejam ignoradas ou toleradas. O medo passa a ser vivido diariamente, as vítimas de violência sentem-se reféns dessa sensação de angústia e pressionadas a submeterem na relação. (Ferraz & Labronici, 2015).

Com relação ao sentimento de culpa das vítimas e às denúncias, associado ao medo das mulheres, tem uma relação de aceitação e submissão através da cultura machista. Ao reproduzirmos essa lógica, contribui-se para a naturalização da violência, o que resulta em posturas passivas em relação a esse fenômeno. Falta de autonomia, dependência financeira, filhos etc. É um processo complexo ao pensar na estrutura social e psicológica após vivenciar esses episódios de violência. A reconstrução da autopercepção busca reflexão e suporte adequado de profissionais (Teixeira & Paiva, 2021).

A experiência de violência pode levar a uma diminuição na autoestima e na autoconfiança, afetando a capacidade da mulher de se relacionar e de tomar decisões sobre sua vida. Trazendo uma perspectiva de serem presas a essas relações abusivas, o que pode ser remediado por rede de apoio eficaz, com intervenções de promoção e recuperação dessa autonomia perdida (Viana et al., 2024).

A violência prolongada e os episódios traumáticos também estão associados ao Transtorno Depressivo Maior. Conforme destacado no DSM-5, os sintomas incluem apatia,

irritabilidade, dificuldade de concentração, culpa excessiva, falta de interesse em atividades prazerosas e medo. Esses sintomas refletem os efeitos colaterais da violência a longo prazo. Os eventos traumáticos experimentados de violência não são apenas estressores, mas fatores punitivos que afetam profundamente sua saúde mental (Beck, 2013).

A autoestima conhecida por ser um conceito de senso comum, é construída por aspectos neurológicos, psicológicos e culturais, e pode ser compreendida por três formas, como traço Global: visão do sujeito com si mesmo, como o Autovalor: avaliação de situações do cotidiano que diminuem ou aumentam a autoestima considerada ser um estado; e como a Autoavaliação: níveis mutáveis da autoestima em diferentes situações da vida. Todos esses aspectos enquanto a baixa autoestima é ligada com a percepção de incapacidade, déficit em habilidades sociais, ansiedade e depressão. Além disso ela é aprendida dentro do contexto cultural e está sujeita ao controle social e a circunstâncias específicas, o que influencia na percepção de si mesmo (Marrone et al., 2019).

Outrossim o autoconceito é fundamental ao se discutir a percepção que a vítima tem de si, englobando crenças, sentimentos e avaliações que formam sua identidade. Trata-se de uma construção complexa que influencia como as pessoas se veem e interagem com o mundo ao seu redor. Com o autoconceito negativo, o indivíduo depressivo fica vulnerável a esquemas cognitivos ativados por estresse, isso produz pensamentos que dominam os fenômenos motivacionais e afetivos do paciente (Lóss et al., 2018).

Uma reestruturação cognitiva possibilita uma adesão ao desenvolvimento de um novo repertório. O modelo cognitivo relata que a violência contra a mulher tem ligação com suas crenças disfuncionais, ao passar pela constante violência obtém uma naturalização de violência, e a vítima sente incapacidade de pedir ajuda. Mulheres com essas crenças tendem a se sentir impotentes e vulneráveis, dificultando a busca por ajuda, enquanto agressores muitas vezes justificam suas ações com distorções cognitivas sobre poder, controle e masculinidade. Essas

crenças surgem da relação da recorrência da violência e da falta de recursos eficazes para superá-la, agravadas pela realidade de que, muitas vezes, as denúncias não impedem a continuidade da violência (Habigzang et al., 2019)

Segundo Beck (2013), a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) surgiu na década de 1960, sendo um dos pioneiros o psiquiatra Aaron Beck, que tem como ideia a influência dos pensamentos nas emoções e comportamentos. A TCC trabalha na modificação de padrões de pensamento disfuncionais, ajudando os indivíduos a reconhecerem e reestruturarem crenças negativas sobre si mesmos. Os instrumentos e técnicas da TCC são eficazes e ajudam no tratamento de inúmeros transtornos, se destaca pelo manuseio da Ansiedade e Depressão.

Tendo como foco a reestruturação de eventos traumáticos, redução da ansiedade além da prevenção a futuras revitimividações, a TCC ajuda as vítimas através da exposição e enfrentamento como forma de reestruturação da autopercepção ao fazerem a identificação de crenças, modificação de pensamentos. Esse processo de intervenção revalida de forma crítica situações de risco e promove a apropriação dos direitos humanos básicos, resgatando o autoconceito e autoestima das vítimas (Petersen et al., 2021).

O modelo cognitivo de Aaron Beck estuda o padrão de pensamentos e crenças que influenciam os problemas psicológicos e guia na intervenção. Esses distúrbios são resultados de distorções cognitivas (pensamentos automáticos distorcidos, como respostas involuntárias e rápidas) e crenças centrais (visão sobre o eu, o outro e o mundo; mais profundas e enrijecidas) que moldam a forma como o indivíduo percebe o mundo. A TCC é uma técnica eficaz em mudar esses pensamentos e crenças, ao resultar em comportamentos e emoções mais saudáveis (Beck, 2013).

Conforme Beck (2013) o tratamento deve se adequar a cada paciente, a depender do nível intelectual, gênero, origem cultural, natureza de suas dificuldades e vínculo terapêutico do indivíduo com o terapeuta. As sessões na TCC são estruturadas e seguem intervenções que

variam de paciente para paciente. Ao estabelecer a aliança terapêutica, precisa-se checar o humor, sintomas, experiências do paciente e pedir que faça a nomeação de problemas, o terapeuta também vai estabelecer tarefas de casa visando o comprometimento do paciente sob o processo terapêutico.

Justificativa

A pesquisa sobre a violência emocional e a autopercepção das vítimas tem devida importância, ao pensar no impacto da violência no bem-estar das vítimas. Segundo Goffman (1963) a percepção individual é influenciada pelo meio social, quando atingindo por experiências externas ruins com a violência, leva-se uma percepção distorcida e internalizada de estigmas. Este estudo visa facilitar a identificação de intervenções que promovam a reconstrução do autoconceito e o protagonismo após experiências traumáticas.

Objetivos

Objetivo Geral

O presente estudo teve como objetivo geral analisar a relação entre experiências de violência emocional e física sofridas e o reflexo dessa experiência refletido na autopercepção de uma mulher.

Objetivos Específicos

Os objetivos específicos incluem analisar comportamentos violentos em diversas maneiras de serem expressos;

Reconhecer padrões disfuncionais de pensamento;

Observar o impacto da violência emocional na maneira de se relacionar a partir do indivíduo violentado;

Trabalhar a percepção da mulher acerca de suas experiências de violência e a ressignificação da autopercepção após as sessões de psicoterapia.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa descritiva sobre um estudo de caso com base no método qualitativo. O método descritivo exige a coleta de dados das informações do estudo que se quer investigar, de acordo a realidade do fenômeno que pretende descrever (Gerhardt & Silveira, 2019). Em relação a abordagem qualitativa**,** o pesquisador coleta as informações interpretando os dados correlacionando as experiências pessoais de diferentes contextos (Godoy, 1995).

Participantes

O presente estudo de caso foi elaborado a partir das sessões de atendimento psicológico gratuito com a paciente Amélia (Nome Fictício), realizados no Núcleo de Estudo, Pesquisa e Prática Psicológica (NEP) do Centro Universitário Alves Faria (UNIALFA) por uma estagiária do décimo período de Psicologia. As sessões foram realizadas sob orientação de uma professora supervisora e psicóloga.

A paciente Amélia (Nome Fictício) é uma mulher de 53 anos, do sexo feminino. A participante procurou o NEP encaminhada pelo psiquiatra com demanda de ansiedade e ideação suicida, no momento da procura apresentava sintomas de cansaço e preocupação, está em processo de aposentadoria, sua antiga profissão foi como professora, mora com o filho e seu marido. Sua primogênita não mora com ela devido a problemas de relacionamento. Amélia apresentava queixa de dores musculares, tem histórico de tentativas de suicídio.

Instrumentos e Materiais

Os encontros aconteceram em uma sala na Clínica Escola da Unialfa, equipada com mesa, poltrona, lixeira, ar-condicionado, material de folhas A4, lenços, bonecos de pano.

Foi usado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) visando assegurar o comprometimento ético da pesquisa e garantir o respeito aos direitos e à confidencialidade dos participantes da pesquisa; o Contrato Terapêutico assegurando a assiduidade, confidencialidade e sigilo das autorrevelações.

Utilizou-se a Técnica do Boneco Técnica do Boneco elaborada a priori por Margaret Lowenfeld (Khouri 2020), descreve de forma fictícia sua infância, sua mãe real e ideal, e sua vida adulta. A técnica do boneco, embora não tenha um único criador, inicou-se por Margaret e é uma abordagem terapêutica que utiliza métodos expressivos e lúdicos na psicologia. Ela é uma abordagem expressiva que utiliza bonecos ou figuras para facilitar a exploração emocional e a comunicação de experiências, sendo adaptada para as necessidades da paciente.

Também foi utilizado a Escala de Autoestima, criada por Rosemberg em 1965 (Viscardi & Correia, 2017), é um instrumento reconhecimento mundialmente para avaliar a autoestima global de uma pessoa. Mede um único conceito de autoestima por meio de dez afirmações que refletem sentimentos de autovalor e autocrítica. Os respondentes avaliam cada afirmação em uma escala Likert de quatro pontos, onde seria: 1° Discordo totalmente; 2° Discordo; 3 ° Concordo; 4° Concordo totalmente. Para as afirmações 1, 3, 4, 7 e 10 some os seguintes pontos: Concordo totalmente = 3, Concordo =

2, Discordo = 1, discordo totalmente = 0. Para as afirmações 2, 5, 6, 8, 9, some os seguintes pontos: Concordo Totalmente = 0, Concordo = 1, Discordo = 2, discordo totalmente = 3. Os itens da escala incluem:

1. Sinto que sou uma pessoa digna de respeito.
2. Sinto que não tenho muito para me orgulhar.

3. Em geral, sou satisfeito comigo mesmo.
4. Acho que tenho algumas qualidades.
5. Sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das pessoas.
6. Tenho uma boa autoimagem.
7. Às vezes, sinto que sou um fracasso.
8. Estou satisfeito com minha aparência.
9. Gostaria de ser como a maioria das pessoas.
10. Em geral, tenho uma atitude positiva em relação a mim mesmo.

Esses itens ajudam a capturar a complexidade da autoestima e, quando analisados, fornecem uma visão clara sobre a autopercepção. A escala é conhecida por ser usada mundialmente e ter boas propriedades psicométricas, sendo um padrão na avaliação da autoestima (Marrone et al., 2019).

Procedimento

A priori, foi realizado o cadastro na Clínica Escola da UNIALFA – Centro Universitário Alves Faria, em seguida foi feito uma triagem e a estagiária entrou em contato e alinhou horário e dia de atendimento, sendo realizado o atendimento clínico duas vezes na semana devido ao tempo curto para colhimento de informações e pela complexidade do caso. Ocorreram no total 24 sessões com duração de aproximadamente 50 minutos.

Tabela 1

Resumo das sessões

N° de sessões	Demandas	Objetivo e procedimento

1°	Consequências emocionais de violências sofridas a partir da infância.	Identificar detalhes das queixas, acolhimento, vínculo e definição dos objetivos terapêuticos.
2°	Raiva, culpa, medo ao detalhar da violência sofrida na gestação.	Investigar a história de vida, acolhimento, vínculo terapêuticos.
3°	Culpa e sentimento de vergonha ao lembrar de sua infância.	Identificar detalhes das queixas, acolhimento, vínculo terapêutico.
4°	Reconhecimento de novos sentimentos e aceitação.	Aplicação da Técnica do boneco criança e boneco adulto, nomear sentimentos e relacionar com a vida atual.
5°	Conflitos de violência sofrida pela filha adulta usuária de drogas, trouxe profunda angústia.	Psicoeducação e acolhimento.
6°	Reconhecimento de novas possibilidades de ver um ponto de vista.	Metáfora do velório e túmulo, escrever o próprio jazigo.
7°	Reconhecimento de tipos de violência e reflexão.	Psicoeducação e acolhimento.
8°		

9°	Dificuldade de aceitar sentimentos de culpa e raiva ao senti-los.	Identificar violências sofridas, acolhimento e psicoeducação
10°	Paciente chorou, conseguiu identificar violências verbais sofridas pela mãe atualmente.	Identificar violências sofridas, acolhimento e explicação sobre a lei maria da penha.
11°	Recordou uma lembrança sofrida na infância, nomeou as emoções. Paciente chorou muito.	Aplicação da Técnica do Boneco representando Mãe real e Mãe ideal. Acolhimento.
12°	Paciente chegou bastante reflexiva desde o último encontro, trouxe mais posicionamento.	Psicoeducação e acolhimento.
13°	Relatado dor de cabeça disse ser devido as emoções. Foi feito o rapport, paciente chorou muito.	Técnica do Boneco representando Amélia adulta. Acolhimento.
14°	Paciente chegou mais posicionada com suas vontades, está fazendo acompanhamento com nutricionista e pneumologista.	Psicoeducação e acolhimento.

15°	Processo de retirar o uso de medicação para ansiedade, desconfortos estomacais, reflexão sobre livros que gostou de protagonistas femininas.	Psicoeducação e acolhimento.
16°	Retirado o remédio de ansiedade, retornou uma lembrança de violência física, trouxe reflexões.	Psicoeducação e acolhimento.
17°	Reflexão e questionamento sobre suas escolhas individuais.	Psicoeducação e acolhimento.
18°	Preocupação com saúde física, disposição, planejamento sobre reformas de sua casa.	Reforçamento positivo, psicoeducação.
19°	Paciente relata visita inesperada de sua filha agressiva. Chorou muito e trouxe reflexões claras.	Aplicado a Escala de Autoestima de Rosemberg, acolhimento, psicoeducação.
20°	Buscou orientação jurídica para fazer Medida Protetiva contra a filha, a fez sofrer violência matrimonial,	Psicoeducação, acolhimento.

	paciente chorou, mais sente que conseguiu reagir e se posicionar.	
21°	Pontuados reflexões sobre suas vontades e opiniões	Psicoeducação e acolhimento.
22°	Trouxe lembrança de sua gestação, não chorou ao recordar	Reforçamento da reflexão, acolhimento.
23°	Paciente pontuou planejamentos com o dinheiro que irá receber. Manifestou motivação e alegria	Psicoeducação.
24°	Trouxe bastante ideias sobre cursos que irá fazer, está motivada	Encerramento de atendimento clínico, realizado psicoeducação e acolhimento.

Resultados e Discussão

O início do processo terapêutico se deu devido a relato de traumas relacionados a violências, história de vida e informações atuais. Será descrito informações e características

importantes da paciente e sua trajetória psicoterapêutica, assim como suas nuances enquanto mulher que passou pela violência. Foi proposto o ambiente menos punitivo o possível e acolhedor, sendo a abordagem Terapia Cognitiva Comportamental.

Amélia, 53 anos, nascida e atualmente residente da cidade de Goiânia, mãe de 1 filha e 1 filho ambos maiores de 18 anos, possui casa própria e carro próprio, mora com seu filho e seu marido, está em seu terceiro casamento, está em processo de Aposentadoria, sua rotina é feita através de cuidados da casa e de seu jardim, regularmente vai a consultas médicas como medida de promoção a saúde, foi paciente oncológica três vezes, aos finais de semana gosta de ir à igreja e de assistir filmes com sua família. Seu contato com amigos é frequente, possui mais contato social na religião, tem contato distante com sua família, não tem contato com sua filha que é dependente de drogas a qual frequentemente a agride de forma física e verbal.

Sua infância e adolescência foi conturbada, sofria diversos abusos verbais e físicos do pai violento, sua mãe era omissa a esses abusos e negligente enquanto genitora, o que perpetuava ainda mais a violência e gerava angústia na nossa paciente. Disse que sua mãe teve uma gestação que não queria e não a amamentou, seu tratamento era e continua sendo diferente com seus outros irmãos que vieram de gestação planejada e amamentados.

Amélia cresceu em um ambiente familiar machista e sobretudo violento, os pais frequentemente brigavam na frente dos filhos, a mãe também sofria violência doméstica, assim ficando para nossa paciente Amélia a responsabilidade de cuidar e criar seus irmãos menores e protegê-los dessas cenas.

P: *Com 12 anos, eu amei, eduquei, criei meus irmãos, queria dar aquilo que eu não tinha, muitas vezes senti inveja da minha irmã, queria ser desejada também.*

Enquanto criança e jovem, era uma estudante empenhada, terminou o Ensino Médio, gostava de ler livros, curiosa, lia histórias e se envolvia nos contextos, muitas vezes imaginando estar ali e não em sua realidade. Seu suporte financeiro frequentemente era de fazer faxinas e ir

para a escola a pé, devido não ter dinheiro e precisar economizar para comprar comida para casa.

P: *Minha mãe perguntava para mim se eu queria morrer de tanto apanhar ou de fome*.

A violência era constante, até chegar a ficar anos sem falar com o pai dentro da própria casa, era ignorada, isso se prolongou até Amélia engravidar aos seus 19 anos. O pai do bebê não quis assumir a paternidade, veio então a maternidade solo. Foi expulsa de casa assim que a gestação foi comentada, seu pai a ofendeu com severas palavras. Seu avô tentando intervir conversou com seu pais, e como recurso de sobrevivência conseguiu um cômodo para morar no quintal de seus genitores.

P: *Meu avô falou para o meu pai que toda casa tinha uma puta, e como ele era o homem da família ele tinha que se responsabilizar e assumir minha gestação logo (...) se tornou normal para mim justificar a violência*.

Como tentativa de ter uma família, Amélia se submeteu a inúmeras tentativas de se envolver com o pai de seu bebê, muito agressivo, a desrespeitava frequentemente alegando que a criança não era dele. Entre esse meio tempo, fazia faxinas enquanto gestante, realizava crochê e vendia revista de cosméticos para ter dinheiro e como possibilidade de comprar os itens de enxoval. Pontuou que recebeu bastante ajuda de uma amiga que hoje é falecida. Sozinha e vivendo em 1 cômodo, precisou se adaptar em sua nova realidade.

Vivendo sob essas circunstâncias e com ajuda de doações, foi mãe solo até conhecer seu segundo marido, qual tinha muitos ciúmes de seu ex. Os ciúmes foram tolerados devido ao fato dela não estar mais ‘’sozinha’’, a possibilidade de outra pessoa cuidar dela tampou os olhos para enxergar do homem que de fato, era mais agressivo. Sua atitude passiva era de trabalhar, cuidar do filho e esperar não decepcionar o marido. Essa atitude de cuidadora conformista se alinha com o conceito de Martín-Baró sobre a violência, em um processo de adaptação e

sobrevivência, a vítima é inserida em uma violência estrutural (Martins & Lacerda, 2014). Nesse meio tempo, Amélia passou em um concurso público no Estado.

Com a sobrecarga de ser mulher, mãe, esposa e profissional surgiu mais uma novidade, depois de 9 anos sendo mãe, descobriu estar grávida novamente de sua filha. Em um contexto não favorável, é relatado percepções de efeitos da violência na mulher, tinha um contexto familiar que alimentava a culpa e o peso no papel de ser mãe.

P: *Tentei blindar minha filha de todas as formas, me sentia culpada quando lembrava que as pessoas falavam que o feto sente as agressões que a mãe passa.*

O sentimento de culpa adicionado pelo medo é muito persistente em Amélia, (Batista et. al, 2020). Por mais de seu cuidado em não passar a violência para seus filhos, em seu segundo casamento também foi marcado por violência. Ela tentava não aborrecer o marido, pagava todas as despesas, sempre muito proativa com a criação das crianças. Seu casamento era distante, o marido fazia viagens frequentes à Europa deixando todo encargo financeiro e de criar os filhos para Amélia. Em uma de suas voltas a casa foi detalhado com muita emoção:

P: *Ele perguntou sobre o quintal, eu estava na cozinha arrumando alguma coisa, eu respondi que estava tudo limpo, só pude perceber seu movimento rápido, colocou a faca atrás do meu pescoço, veio por traz sabe, ele riu e falou algo que não lembro, mas eu tomei aquilo para mim, foi uma brincadeira na cabeça dele (...) meu primeiro marido precisou morrer para eu entender que a violência não era só por ciúmes, era meu marido o violento, ele só justificava pelo ciúmes e eu aceitava.*

Estando no limite, Amélia procurou redes de apoio psicológico, já no CAPS foi atendida por uma psicóloga, a qual ela relatou sobre sua condição de pessoa vítima de violência. Em seu histórico de vida marcada por tantas violências foi difícil ver onde estava Amélia, quando foi amada, em que momento tiveram anseio por sua presença ou perguntaram de sua opinião. Em tantos momentos de abandono, convívio de violência e desprezo, enxergar possibilidades de

sair dessa violência é quase que impossível sem pensar no método de autoextermínio. Considerado a violência por parceiro um fator de alto risco para depressão e comportamentos suicidas (Llosa & Canetti, 2019).

P: *Meu mundo caiu quando a psicóloga falou que eu estava sofrendo por violência, mudou a minha vida, eu tinha um nome agora, a vítima. Sai do CAPS e me joguei na Avenida perimetral.*

Sua saída de emergência foi brusca e impedida por seu filho, por mais que tivesse em um ciclo que dificilmente sentisse que conseguiria romper; foi mostrado uma vida real a Amélia, de violência e submissão. Essa nova percepção veio carregada de mais culpa, sentia-se frustrada por ter essa vida e desencorajada a mudá-la. A mulher em situação de violência é mostrada como um objeto de dominação e propriedade, sem vontades próprias (Ferraz, 2015).

Entretanto, pois mais que tivesse ajuda de seu filho, não conseguia estabelecer vínculos com profissionais da psicologia, tentou sem sucesso diversas vezes atendimento psicológico. O que Beck explica como bloqueio emocional, evitar enfrentar situações que considera ser aversivas, dorolosas ou traumáticas, em seu livro Terapia Cognitiva Comportamental. Uma vez que Amélia tinha pouco apoio familiar e sofreu por muita influência da violência.

P: *Lembro que tentei dois psicólogos, falavam para mim que eu não poderia falar do passado, que deveria focar no presente no agora, o outro psicólogo disse que eu devia focar em trabalhar os traumas do meu passado, eu não queria focar só em uma coisa, queria amenizar todas essas dores.*

Como forma de coletar mais informações, no início das sessões foi feito *rapport* e acolhimento, deixando o ambiente terapêutico o menos punitivo possível. Para estimular o reconhecimento de violências foi utilizado a Técnica do Boneco como forma de expressar suas emoções e compreender essas experiências de perspectivas diferentes. Estando fora do contexto

de violência a visão de suas possibilidades muda, assim como seu entendimento e compreensão sobre os agressores (as).

A Técnica do Boneco foi importante a Amélia pois deu a oportunidade de se permitir estar em uma posição de não julgamento sobre ela. O que é comum em mulheres com histórico de violência; os efeitos colaterais como o medo, culpa e vergonha contaminam seu posicionamento e não favorecem em sua percepção real.

Tabela 2

Técnica do Boneco enquanto criança versus adulta

Amélia Criança	**Amélia Adulta**
Sonhadora - Testa	Sonhadora – Testa
Abandono – Boca	Tristeza – Olhos
Vergonha - Ouvidos	Vitoriosa – Boca
Aflição – Garganta	Pânico – Garganta
Medo de ficar só – Coração	Coração – Medo de ficar só
Medo da Fome – Barriga	
Violência Física - Pernas	

A nomeação de sensações e sentimentos ao posicionar as partes do boneco trouxe uma perspectiva profunda para representar o sofrimento de Amélia. Essa dor, inicialmente manifestada de forma psicossomática, precisou ser exteriorizada para que pudesse ser enfrentada. Nas duas versões, o "Sonhadora", que remete à esperança, foi o primeiro a ser escrito, simbolizando os sonhos e o desejo de escapar da dor. A Garganta, associada à "Aflição/Pânico", representava a ansiedade e a reação ao sofrimento que Amélia carregava. A "Boca", inicialmente vista como "Abandono", foi ressignificada como "Vitoriosa", refletindo o

processo terapêutico que Amélia viveu ao aprender a expressar seu sofrimento, buscando alívio e transformação através da fala.

Na infância, cada parte do corpo estava conectada a experiências traumáticas que Amélia não sabia como processar. A "Barriga", relacionada ao "Medo da Fome", simbolizava uma fome tanto física quanto emocional, um vazio interno que ela não conseguia preencher. As "Pernas", marcadas pela "Violência Física" sofrida por seu pai, refletiam o sofrimento físico constante e as marcas de uma violência repetida.

Como adulta, Amélia foi capaz de reconfigurar essas partes do corpo, atribuindo-lhes novos significados. A "Testa", ainda associada ao "Sonhadora", continua a representar a esperança, que, embora ainda presente, amadureceu ao longo do processo terapêutico. A "Garganta", agora associada ao "Pânico", simboliza o medo de reviver os traumas, mas também reflete o processo de enfrentamento das ansiedades, à medida que Amélia aprende a lidar com elas. A "Boca", antes símbolo do "Abandono", tornou-se a expressão da "Vitoriosa", destacando a habilidade de Amélia em falar sobre sua dor, o que antes parecia impossível.

Ao perceber essa discrepância entre as percepções de sua infância e da vida adulta, foi possível observar reflexão nas sessões posteriores à Técnica do Boneco. Apesar dos anos passados, alguns sintomas e dores emocionais permaneceram, como o "Medo de Ficar Só", identificado no coração, e que foi amplamente trabalhado durante a terapia. Essa frase representou a angústia que Amélia sentia em relação ao cuidado materno, ou melhor, à ausência desse cuidado.

Ao longo das sessões, a relação de Amélia com sua mãe foi abordada de forma profunda. Ela relatou um histórico de omissão materna, especialmente em relação às violências que sofreu, e descreveu o sofrimento causado pelas comparações entre seus filhos e pela manipulação de seus cuidados, principalmente na velhice de sua mãe. Ao expressar sua dor, frequentemente com muitas lágrimas, Amélia encontrou uma oportunidade de transformação

através da Técnica do Boneco, que funcionou como uma representação lúdica do seu sofrimento e das mudanças que vinha vivenciando. Através desse processo, ela conseguiu externalizar suas emoções, fazendo enfrentamento gradual a eventos considerados ansiogênicos.

Tabela 3

Técnica do Boneco enquanto Mãe Real versus Mãe Ideal

Mãe Real	**Mãe Ideal**
Passiva	Cuida
Omissa	Ama
Ficava em Paz depois da surra	Não exclui
Cobra	Aconselha
Venenosa	Amiga

P: Ela dizia sempre pra mim: se eu queria morrer de tanto apanhar ou de fome.

Emocionada ao descrever o que esperava de uma mãe e o que possui de fato, é recordado uma frase que marcou sua infância. Tomar a perspectiva do verdadeiro contexto sem a manipulação foi muito doloroso, perguntar como é a Mãe Real trouxe uma realidade que estava invisível aos seus olhos. Esse ambiente violento e machista colocou Amélia como um indivíduo vulnerável a repassar por situações de submissão e o controle (Martins & Lacerda, 2021).

Após a técnica de boneco, as sessões foram pontuadas por clareza e posicionamento por parte de Amélia. Enlutada por uma mãe que não existia, foi esclarecido sobre o acolhimento a essa dor, a psicoeducação foi importante para saber nomear seus sentimentos. Sobretudo com o espelhamento de violências verbais em Amélia, foi momento de reflexão.

P: *Eu to mais eu (...) Dessa vez é por dentro e não por fora.*

Ao desenvolver da sessão, foi importante destacar seu poder de protagonismo levando em conta sua história de vida em cima de suas possibilidades existentes. Ao pensar em Amélia

e sua história de vida, foi proposto fazer a última Técnica do Boneco, agora representando ela Criança, Gestante e Adulta.

Foi mostrado um boneco e colocado apoiado na mesa, foi pedido que Amélia pensasse em sua representação Criança, depois chamamos a representação de sua Amélia Gestante também de sua Amélia Adulta; emocionada, Amélia chorou muito. Foi pedido para pensar na perspectiva de olhar as três juntas, suas possibilidades e seu acolhimento.

A proposta pensada foi de incluir reflexões de Amélia sobre ela, fazer a técnica pelo boneco foi uma ferramenta eficaz, dando efeitos significativos em seu posicionamento e sua tomada de atitude enquanto o que representava a violência. Ao expressar com carinho o que entendia de suas três representações, foi reforçado o acolhimento e empatia com essas mulheres, sobretudo vítimas recorrentes de violência.

P: *Sabe Thaís eu quero ficar atoa, me curtir, eu quero agradecer você por ter conseguido ver o meu pedido de ajuda, pois não me sinto bem há vários anos, não enxergo que tudo seja maldade hoje (..) tô mais segura, mas ainda não resolvida.*

Um resultado das sessões de terapia foi a suspensão de seu remédio para Ansiedade, depois de um longo tempo de uso obteve a autorização de seu Médico Psiquiátrica para encerrar a cartela, depois suspendido. Amélia está livre de medicação e pode sentir seus reais sentimentos.

T: *Como foi para você ficar sem a medicação?*

P: *Eu pensava que seria difícil, que eu sentiria falta, mas a verdade é que não senti nada.*

T: *E como é sentir você mesma?*

P: *É maravilhoso.*

Após essa conversa foi observado mais posicionamento e clareza em Amélia, discutido acerca de sua atualidade trouxe mais questionamentos sobre suas vontades e o que poderia fazer

quando terminar o processo de Aposentadoria. Ao estabelecer limites de respeito a si e sua opinião, foi relatado ainda um pouco de culpa ao falar de sua filha; com uma relação conflituosa:

P: *Minha filha disse que ela é o resultado de todas as coisas que eu fiz para ela, que coisas Thaís? Não fui uma mãe perfeita, mas estou cansada, eu dei amor, educação, levava a nutricionista e a psicólogo, pagava o aluguel dela, custeava suas despesas, ela chegou até falar que eu participo de seita secreta, ela partia pra cima de mim quando eu negava algo, eu não entendo porque ela é assim (...) Thaís eu estava numa frigideira e não sabia, antes de comprar uma blusa para mim eu pensava duas vezes pois pensava que a minha filha poderia querer, e na minha cabeça eu teria que dar.*

Ao pensar em uma proposta de entender sua evolução foi aplicado a Escala de Autoestima de Rosemberg. Essa escala possui caráter somatório, e quanto maior for a pontuação melhor é sua representação de autoestima. Possui dez itens, sendo seis referentes a uma visão positiva de si mesmo e quatro referentes a uma visão autodepreciativa.

Tabela 4

Escala de Autoestima de Rosemberg

Questões	**Concordo Plenamente**	**Concordo**	**Discordo**	**Discordo Plenamente**
1. No geral, estou satisfeito comigo mesmo	X			
2. Às vezes, acho que não sou nada bom.			X	

3. Sinto que tenho várias qualidades boas.		X		
4. Sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das outras pessoas.		X		
5. Sinto que não tenho muito do que me orgulhar.			X	
6. Eu certamente me sinto inútil às vezes.		X		
7. Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos em um plano igual aos outros.	X			
8. Eu gostaria de ter mais				X

respeito por mim mesmo.				
9. De modo geral, estou inclinado a achar que sou um fracasso.				X
10. Tenho uma atitude positiva em relação a mim mesmo.		X		

É possível identificar melhora significativa em Amélia, de acordo com a tabela 4 o posicionamento e a representação dela com suas vivências foi ponto de partida para o enfrentamento a esses traumas, assim como seu reconhecimento de possibilidades serem maiores hoje. Obtém pontuação alta na Escala de Autoestima, significa que seu autoconceito está em bom desenvolvimento, sugerindo que saiba se auto reafirmar sem esperar segurança externa.

Conforme descrito por Beck em seu livro Terapia Cognitivo Comportamental, alguns problemas não podem ou talvez nunca poderão ser resolvidos, e ter essa esperança infeliz dessa solução trará expectativas irreais, que com o tempo trará mais insatisfação e frustações, contribuir com estratégias possíveis gratifica a vida e enriquece a experiência de adquirir novas experiências, assim como parte do Terapeuta validar essa aceitação no paciente, o que foi possível ver eficaz no processo de Amélia.

P: *Hoje sou mais namorável Thaís (...) estou namorando mais meu marido, está gostoso nossa relação.*

Foi pontuado na terapia uma boa receptividade e comprometimento em Amélia. Isso foi, sobretudo,através da construção da relação terapêutica; confiança e *rapport*. Assim como a empatia, outro método utilizado importante foi de comunicação não verbal como expressões corporais: olhares e reflexos afirmativos, assim como a autoeficácia ao trazer a compreensão de conseguir ver o bônus de seu processo terapêutico na resolução de problemas, e não um ambiente hóstil, mecanizado e punitivo (Beck, 2013).

Ademais, alinhado à tabela 4, 3, 2 que seriam respectivamente: Escala de Autoestima de Rosemberg, Técnica do Boneco enquanto Amélia criança, Técnica do boneco enquanto Mãe Real *versus* Mãe Ideal juntamente com a Técnica do Boneco representando suas três mulheres expostas a violência, foram necessárias para construir um novo olhar sobre sua vivência. Fazer a exposição gradual de eventos ansiogênicos trazem a diminuição de ansiedade, a esquiva é uma prática adotada para proteção, por vezes diminuída, trazem o enfretamento a situações consideradas arriscadas e traumáticas, o que Beck explica em seu livro Terapia Cognitiva Comportamental.

Amélia foi uma vítima de violência, o que é considerado um problema social comum.

Ela perpassou por distorções de sua percepção desde criança, foi exposta a violência diversas vezes. Foi reforçado sua anulação como pessoa; passiva, para os agressores serem os beneficiados, e tantas vezes sofreu com agressões físicas e verbais, precisou-se adaptar frequentemente ao ambiente e considerar sempre se o que fazia estava no acordo de seus familiares ou ex-maridos. Esse espiral da violência acaba quando a fase de reconciliação torna cada vez mais curta, torna-se extremamente punitivo a vida da vítima.

A TCC aborda a importância do desenvolvimento de habilidades sociais ao paciente, uma vez que a assertividade entra na terapia, a comunicação é mais bem compreendida e as

técnicas são melhores aprendidas, pode-se perceber pelo comprometimento que Amélia possuiu com as sessões e as respostas que obteve. Essa presunção de possíveis resultados positivos despertou habilidade de um contexto novo, de não ser mais a vítima, e sim a protagonista de sua história (Beck, 2013).

Nos últimos encontros foi observado uma aproximação e melhor intimidade com seu esposo atual e o filho, ao conseguir fortalecer esse laço afetivo comprovou-se um desenvolvimento à sua autoestima, trabalhada nas sessões. Sua filha e mãe permanecem afastadas por desejo de Amélia, e assim, sobressai sua saúde mental como prioridade, longe de indivíduos com comportamentos violentos.

Por fim, é importante destacar que tal estudo não aborda todas as nuances de percepção da vítima acerca de violência, sendo necessários mais estudos que utilizem a TCC para melhores informações e intervenções, promovendo o papel ético do psicólogo na elaboração de violência nas relações sociais.

Diante disso, é essencial pensar sobre as perspectivas que garantam que mulheres vítimas de violência recuperem suas potencialidades, alcançando maior autonomia, em contraste com os aspectos de impotência e prejuízos à saúde mental inicialmente abordados. Para que isso seja possível, é fundamental oferecer o acolhimento necessário, por meio de intervenções terapêuticas adequadas e políticas públicas que promovam a reconstrução da identidade dessas mulheres.

Referências

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Batista, V. C., Marcon, S. S., Peruzzo, H. E., Ruiz, A. G. B., Reis, P., Silva, A. M. N., & Mandú, E. N. T. (2020). Prisioneiras do sofrimento: Percepção de mulheres sobre a violência praticada por parceiros íntimos. Revista Brasileira de Enfermagem, 73(Suppl 1), 1-8.

Beck, J. S., Beck, A. T., Knapp, P., Meyer, E., & Mallmann da Rosa, S. (2013). Terapia cognitivo-comportamental: Teoria e prática.

Ferraz, M. I. R., & Labronici, L. M. (2015). Fragmentos de corporeidades femininas vítimas de violência conjugal: uma aproximação fenomenológica. Texto & Contexto – Enfermagem, 24(3), 842-849

Ferreira, I. M. F., Barletta, J. B., Mansur-Alves, M., & Neufeld, C. B. (2022). Do autoconhecimento ao autoconceito: Revisão sobre construtos e instrumentos para crianças e adolescentes. *Psicologia em Estudo*

Gerhardt, E. T., Silveira, T. D. (2009) Pesquisa Descritiva Métodos de Pesquisa. Curso de Graduação Tecnológica Planejamento e Gestão para o desenvolvimento Rural. Série Educação a Distância. UFRGS – Editora. 1° ed. Porto Alegre.

Godoy, S. A. (1955). Pesquisa Qualitativa: Tipos Fundamentais. Revista de Administração de Empresas. São Paulo, v. 35, n.3, p, 20-29.

Goffman, E. (1963). Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Editora Perspectiva.

Guimarães, M. C., & Pedroza, R. L. S. (2015). Violência contra a mulher: Problematizando definições teóricas, filosóficas e jurídicas. Psicologia & Sociedade, 27(2), 256-266.

Habigzang, L. F., Petersen, M. G. F., & Maciel, L. Z. (2019). Terapia cognitivo comportamental para mulheres que sofreram violência por seus parceiros íntimos: Estudos de casos

múltiplos. *Ciencias Psicológicas*, 13(2), 149-264. https://doi.org/10.22235/cp.v13i2.1882

Hoepers, A. D., & Tomanik, E. A. (2021). Violência doméstica contra mulheres: um olhar pela via dos afetos. Psicologia em Revista, 27(1), 1-20. https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2021v27n1p1-20

Khouri, G. S. (2020). Psicoterapia psicodramática bipessoal com bonecos. Revista Brasileira de Psicodrama, 28(1). https://doi.org/10.15329/2318-0498.19948

Llosa Martínez, S., & Canetti Wasser, A. (2019). Depresión e ideación suicida en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Sicología, Conocimiento y Sociedad, 9*(1), 178-204.

Lóss, J. S., Dias, V. E., Boechat, H. T., & Souza, C. H. M. (2018). Terapia cognitiva comportamental frente à teoria de Aaron Beck no tratamento do transtorno depressivo. *Revista Transformar*, 12(2), 1-12.

Martins, K. O., & Lacerda Jr., F. (2014). A contribuição de Martín-Baró para o estudo da violência: uma apresentação. *Revista Psicologia Política*, *14*(31), 1-10

Marrone, D. B. D. I., de Souza, L. K., & Hutz, C. S. (2019). O uso de escalas psicológicas para avaliar autoestima. *Avaliação Psicológica*, 18(3), 15982. https://doi.org/10.15689/ap.2019.1803.15982.02

Organização Pan-Americana da Saúde (2021). Violência contra as mulheres.

Paiva, T. T., Lima, K. da S., & Cavalcanti, J. G. (2022). Abuso psicológico, autoestima e dependência emocional de mulheres durante a pandemia de COVID-19. Ciencias Psicológicas, 16(2), e-2257.

Pedrosa, M., Zanello, V. (2016). (In)visibilidade da violência contra as mulheres na saúde mental. Teor. e Pesq. 32.

Petersen, M. G. F., Zamora, J. C., Fermann, I. L., Crestani, P. L., & Habigzang, L. F. (2021). Psicoterapia cognitivo-comportamental para mulheres em situação de violência doméstica: Revisão sistemática. *Psicologia Clínica*, 31(1), 1-15.

Rocha, R. Z., Galeli, P. R., & De Antoni, C. (2019). Rede de apoio social e afetiva de mulheres que vivenciaram violência conjugal. *Contextos Clínicos*, 12(1), 89-102.

Santos, I. B. dos, Leite, F. M. C., Amorim, M. H. C., Maciel, P. M. A., & Gigante, D. P. (2020). Violência contra a mulher na vida: estudo entre usuárias da Atenção Primária. Ciência & Saúde Coletiva, 25(5), 1975-2018

Teixeira, J. M. da S., & Paiva, S. P. (2021). Violência contra a mulher e adoecimento mental: Percepções e práticas de profissionais de saúde em um Centro de Atenção Psicossocial. Physis: Revista de Saúde Coletiva, 31(2).

Trigueiro, T. H., Silva, M. H., Merighi, M. A. B., Oliveira, D. M., & Jesus, M. C. P. (2017). O sofrimento psíquico no cotidiano de mulheres que vivenciaram a violência sexual: Estudo fenomenológico. *Pesquisa Brasileira em Enfermagem*, 21(3), e20160282.

Viana, A. C., Ribeiro, L. B., & Rennó, G. M. (2024). Os impactos da violência contra a mulher na saúde mental das vítimas: Revisão integrativa de literatura. *Research, Society and Development*, 13(8), e6513846561. https://doi.org/10.33448/rsd-v13i8.46561

Viscardi, A. A. da F., & Correia, P. M. dos S. (2017). Questionários de avaliação da autoestima e/ou da autoimagem: Vantagens e desvantagens na utilização com idosos. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*, *9*(3), 261-280.