REVISTA TÓPICOS
ISSN 2965-6672 | Qualis A2

ATUAÇÃO CLÍNICA DO PSICÓLOGO NO ATENDIMENTO A MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: PARÂMETROS TÉCNICOS E IMPLICAÇÕES ÉTICAS

CLINICAL PRACTICE OF THE PSYCHOLOGIST IN THE CARE OF WOMEN VICTIMS OF DOMESTIC VIOLENCE: TECHNICAL PARAMETERS AND ETHICAL IMPLICATIONS

Ciências Humanas, Ciências da Saúde • 25/11/2026

REGISTRO DOI: 10.70773/revistatopicos/795504230

Iza Vitoria Brito de Moura[1]

Italo Bruno Lima Nonato[2]

RESUMO

A presente pesquisa aborda a atuação clínica do psicólogo no atendimento a mulheres vítimas de violência doméstica, considerando parâmetros técnicos e implicações éticas dessa prática. A violência doméstica constitui fenômeno de grande relevância social e sanitária no Brasil, produzindo efeitos psíquicos que ultrapassam o sofrimento imediato e comprometem a saúde mental das mulheres atendidas, o que exige do profissional de psicologia preparo técnico, sensibilidade clínica e responsabilidade ética. O objetivo geral do estudo consiste em analisar, sob a perspectiva clínica, o papel do psicólogo no atendimento de mulheres vitimizadas, considerando os parâmetros técnicos utilizados e as implicações éticas envolvidas nesse processo. Especificamente, buscou-se examinar os parâmetros clínicos empregados no atendimento inicial, investigar os impactos psicológicos da violência na saúde mental das vítimas e discutir as implicações éticas e jurídicas da prática clínica, com destaque para a importância da psicoterapia como recurso de cuidado e fortalecimento da autonomia. Metodologicamente, trata-se de pesquisa qualitativa, de natureza bibliográfica, construída a partir de artigos científicos, documentos normativos e obras especializadas, consultados nas bases Google Acadêmico e Scientific Electronic Library Online e no portal do Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas, e interpretados por meio de análise temática. Os resultados evidenciam que a escuta qualificada, o acolhimento clínico fundamentado e a atuação eticamente orientada constituem elementos indissociáveis de uma prática psicológica capaz de reduzir os danos psíquicos decorrentes da violência doméstica, favorecendo a reconstrução subjetiva e a autonomia das mulheres atendidas.

Palavras-chave: Psicologia clínica; Violência doméstica; Ética profissional; Escuta qualificada; Saúde mental da mulher.

ABSTRACT

This research addresses the clinical practice of psychologists in the care of women victims of domestic violence, considering the technical parameters and ethical implications involved in this practice. Domestic violence constitutes a phenomenon of great social and health relevance in Brazil, producing psychic effects that go beyond immediate suffering and compromise the mental health of the women assisted, which demands technical preparation, clinical sensitivity and ethical responsibility from the psychology professional. The general objective of the study is to analyze, from a clinical perspective, the role of the psychologist in the care of victimized women, considering the technical parameters used and the ethical implications involved in this process. Specifically, the study sought to examine the clinical parameters used in initial care, investigate the psychological impacts of violence on the mental health of victims, and discuss the ethical and legal implications of clinical practice, highlighting the importance of psychotherapy as a resource for care and strengthening of autonomy. Methodologically, this is a qualitative study of bibliographic nature, built from scientific articles, normative documents and specialized works, consulted in the Google Scholar and Scientific Electronic Library Online databases and on the portal of the Reference Center for Psychology and Public Policies, and interpreted through thematic analysis. The results show that qualified listening, well-grounded clinical reception and ethically oriented practice constitute inseparable elements of a psychological practice capable of reducing the psychic damage resulting from domestic violence, favoring the subjective reconstruction and autonomy of the women assisted.

Keywords: Clinical psychology; Domestic violence; Professional ethics; Qualified listening; Women's mental health.

1. INTRODUÇÃO

A violência doméstica contra a mulher configura-se como um dos mais graves problemas de saúde pública e de direitos humanos enfrentados pela sociedade brasileira, atravessando classes sociais, faixas etárias e contextos culturais diversos. Segundo Rodrigues *et al.* (2026), a prática psicológica contemporânea vem sendo cada vez mais convocada a responder a fenômenos complexos e multideterminados, entre os quais a violência de gênero ocupa lugar central, exigindo do profissional uma atuação fundamentada em evidências científicas e comprometida com a integralidade do cuidado. Diante desse cenário, a atuação do psicólogo no atendimento a mulheres vitimizadas assume papel estratégico, pois é justamente no espaço clínico que muitas dessas mulheres encontram a primeira oportunidade de nomear seu sofrimento e de reorganizar suas referências subjetivas.

De acordo com Ferreira (2025), a psicologia enquanto ciência e profissão se constitui a partir de fundamentos teóricos e metodológicos que orientam a compreensão do sofrimento humano em suas múltiplas dimensões, o que inclui necessariamente a leitura dos determinantes sociais e relacionais que atravessam a experiência da violência. Assim, compreender o papel do psicólogo diante da violência doméstica implica reconhecer que o atendimento clínico não pode se restringir à escuta pontual dos sintomas, mas deve se organizar como um processo contínuo, tecnicamente embasado e eticamente

responsável, capaz de acompanhar a mulher em suas diferentes fases de elaboração psíquica.

Diante do exposto, a presente pesquisa parte do seguinte problema, de que forma o psicólogo pode estruturar sua prática clínica para atender mulheres vítimas de violência doméstica, garantindo acolhimento, manejo técnico e respeito ético. Tal questionamento se justifica pela necessidade de compreender criticamente os limites e as possibilidades da atuação profissional diante de um fenômeno que, além de produzir sofrimento psíquico intenso, envolve também aspectos jurídicos, institucionais e sociais que ultrapassam o setting clínico tradicional.

Para responder a essa questão, definiu-se como objetivo geral analisar, sob a perspectiva clínica, o papel do psicólogo no atendimento de mulheres vítimas de violência doméstica, considerando parâmetros técnicos e implicações éticas envolvidas nesse processo. Esse objetivo orienta a construção do referencial teórico, articulando os fundamentos clínicos da escuta, os impactos psicológicos da violência e as responsabilidades éticas e jurídicas que permeiam a prática profissional.

Como desdobramento do objetivo geral, foram estabelecidos três objetivos específicos, a saber, examinar os parâmetros clínicos utilizados pelo psicólogo no atendimento inicial de mulheres vitimizadas, investigar os impactos psicológicos da violência doméstica na saúde mental das mulheres atendidas e discutir as implicações éticas da prática clínica diante da violência doméstica, destacando a importância da psicoterapia como recurso de cuidado e fortalecimento da autonomia. Cada um desses objetivos corresponde a um eixo temático específico do referencial teórico,

permitindo uma análise integrada e progressiva do fenômeno estudado.

A relevância deste estudo se justifica tanto pela dimensão social do tema quanto pela necessidade de qualificação da prática psicológica diante de um fenômeno que atinge parcela significativa das mulheres brasileiras. Conforme discutem Lima e Santos (2022), os impactos da violência doméstica muitas vezes geram danos irreversíveis às vítimas, o que reforça a urgência de práticas de cuidado mais humanizadas, tecnicamente consistentes e capazes de atuar tanto na dimensão preventiva quanto na dimensão terapêutica. Assim, ao articular fundamentos clínicos, psicopatológicos e éticos, este trabalho pretende contribuir para a qualificação da formação e da atuação de psicólogos que atuam ou pretendem atuar nesse campo tão sensível da prática profissional.

Uma hipótese guia o trabalho. O atendimento clínico, quando apoiado em parâmetros técnicos consistentes e em responsabilidade ética permanente, contribui para reduzir os danos psíquicos decorrentes da violência doméstica. Para examiná-la, a investigação recorre a uma revisão bibliográfica de abordagem qualitativa, cujo percurso o capítulo 5 detalha. O capítulo 6 apresenta a análise e a discussão dos achados, organizados nos mesmos três eixos que estruturam o referencial teórico.

2. FUNDAMENTOS CLÍNICOS DA PRÁTICA PSICOLÓGICA

De acordo com o Conselho Federal de Psicologia (2024), as referências técnicas elaboradas pelo Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas, CREPOP, têm a finalidade de oferecer parâmetros consolidados para a atuação da categoria nas

políticas públicas, sem a pretensão de normatizar técnicas, mas orientando a prática a partir dos princípios éticos e políticos da profissão. Assim, a segunda edição das referências voltadas ao atendimento às mulheres em situação de violência organiza essa orientação em quatro eixos, a saber, a dimensão ético-política, a relação entre psicologia e violência contra as mulheres, a prática na Rede de Atenção e Proteção à Mulher e as condições de trabalho das profissionais, o que evidencia que a clínica com essas mulheres exige compreensão das questões de gênero, da interseccionalidade e dos marcos legais que atravessam cada atendimento.

Segundo o Conselho Federal de Psicologia (2019a), as referências técnicas para atuação na Atenção Básica à Saúde situam o psicólogo como profissional implicado no cuidado territorial, longitudinal e articulado às equipes multiprofissionais, espaço no qual muitas situações de violência doméstica são inicialmente identificadas. Além disso, as referências para atuação no CRAS/SUAS (Conselho Federal de Psicologia, 2021) e em Varas de Família (Conselho Federal de Psicologia, 2019b) mostram que a mulher em situação de violência pode circular por diferentes serviços socioassistenciais e judiciais, o que exige do profissional clareza sobre a função que exerce em cada contexto. Dessa forma, o conjunto dessas quatro publicações oferece ao psicólogo clínico um referencial comum, ou seja, uma base para articular escuta, acolhimento e trabalho em rede.

2.1. Parâmetros Técnicos e Escuta Qualificada

Segundo Rodrigues *et al.* (2026), as práticas baseadas em evidências em psicologia representam um movimento de qualificação da atuação profissional, na medida em que articulam a melhor

evidência científica disponível, a expertise clínica do profissional e as características, valores e preferências de cada pessoa atendida. Assim, esse tripé metodológico se torna especialmente relevante quando se trata do atendimento a mulheres em situação de violência doméstica, pois exige do psicólogo a capacidade de adaptar protocolos técnicos gerais às singularidades de cada história de vida, sem perder o rigor científico que sustenta a intervenção clínica.

De acordo com Souza e Gonçalves (2024), a prática baseada em evidências não deve ser compreendida como aplicação mecânica de técnicas padronizadas, mas como um processo reflexivo e contínuo de tomada de decisão clínica, fundamentado na integração entre conhecimento científico atualizado e sensibilidade diante do sofrimento singular de cada paciente. Dessa forma, ao atender mulheres vitimizadas, o psicólogo precisa articular protocolos técnicos consistentes com uma postura acolhedora, capaz de reconhecer os limites impostos pelo trauma e pela vulnerabilidade emocional vivenciada por essas mulheres.

Como exemplo de postura acolhedora, Sanson *et al.* (2024) apresentam que a escuta especializada constitui uma competência técnica que ultrapassa a simples recepção de relatos, exigindo do profissional capacidade de identificar sinais de sofrimento, validar a experiência do sujeito e conduzir a interação de forma ética e tecnicamente orientada. Assim, no contexto da violência doméstica, essa escuta assume papel decisivo, pois muitas mulheres chegam ao atendimento psicológico em estado de intensa fragilidade emocional, com discursos fragmentados e sentimentos ambivalentes em relação ao agressor, o que demanda do psicólogo

paciência clínica e domínio técnico para não reproduzir julgamentos ou pressa diagnóstica.

Da Silva *et al.* (2025) discutem a escuta qualificada como um gesto que extrapola a dimensão técnica neutra, assumindo também caráter político e ético diante do sofrimento social, conforme evidenciam os autores ao afirmarem que “a escuta é compreendida não como técnica neutra, mas como um gesto político capaz de legitimar a dor e a existência dos sujeitos” (da Silva *et al.*, 2025, p. 18).

Essa compreensão reforça que, no atendimento a mulheres vítimas de violência doméstica, a escuta qualificada cumpre a função de restituir legitimidade a experiências historicamente silenciadas, funcionando como instrumento de resistência frente à indiferença institucional e como base para a reconstrução da narrativa pessoal de cada mulher atendida.

Assim como observam Eustáquio e Barcelar (2026), a escuta psicológica no contexto da violência doméstica se relaciona diretamente com a efetividade das medidas protetivas previstas na legislação, uma vez que a qualidade do acolhimento inicial pode influenciar diretamente a decisão da mulher de romper o ciclo de violência e buscar apoio institucional. Dessa forma, os parâmetros técnicos que orientam a escuta qualificada não se limitam ao espaço da clínica privada, estendendo-se também aos contextos multidisciplinares em que o psicólogo atua junto a delegacias especializadas, centros de referência e serviços de saúde.

Teixeira *et al.* (2025) também destacam que a escuta qualificada, quando associada a práticas humanizadas, contribui para a redução da revitimização institucional, fenômeno em que a mulher, ao

relatar repetidamente sua experiência de violência a diferentes profissionais, acaba revivendo o trauma de forma fragmentada e descontextualizada. Assim, cabe ao psicólogo, ao construir vínculo terapêutico consistente, evitar que o atendimento se transforme em nova fonte de sofrimento, organizando o manejo clínico de modo a favorecer a continuidade do cuidado e a integração progressiva da experiência vivida.

Salzer e De Mattos Brazil (2026) ressaltam ainda que os parâmetros técnicos da escuta especializada devem considerar aspectos periciais e documentais, especialmente quando o atendimento psicológico se articula a processos judiciais relacionados à violência doméstica, o que exige do profissional clareza quanto aos limites entre a função terapêutica e a função avaliativa. Dessa forma, o psicólogo clínico precisa compreender que sua atuação, embora fundamentalmente voltada ao cuidado, pode produzir efeitos e registros que ultrapassam o espaço da sessão, o que reforça a necessidade de rigor técnico na condução de cada atendimento.

Segundo Zimerman (2004), o vínculo terapêutico constitui o eixo em torno do qual se organiza o processo clínico, uma vez que é na relação estabelecida com o terapeuta que o paciente reedita, por meio da transferência, modos de se relacionar construídos ao longo de sua história afetiva. Assim, no atendimento a mulheres vítimas de violência doméstica, é esperado que sentimentos de desconfiança, medo, submissão ou idealização, antes dirigidos ao agressor, se atualizem na relação com o psicólogo, o que exige do profissional atenção às próprias reações contratransferenciais, evitando ocupar inadvertidamente um lugar de autoridade, julgamento ou controle que reproduza a dinâmica violenta vivida pela paciente.

De acordo com Zimerman (2004), o enquadre clínico, ou seja, o conjunto de combinações relativas a horários, frequência, honorários, sigilo e papéis de cada participante, não representa mera formalidade administrativa, mas funciona como continente estável para as angústias do paciente, aproximando-se da noção winnicottiana de holding. Dessa forma, diante da desorganização psíquica que frequentemente marca os primeiros atendimentos de mulheres em situação de violência, a constância do enquadre, a previsibilidade das sessões e a capacidade do terapeuta de conter afetos intensos sem se deixar invadir por eles funcionam como experiências reparadoras, oferecendo à mulher um modelo de relação segura que contrasta com a imprevisibilidade do vínculo abusivo.

Herman (2015) propõe que a recuperação de pessoas expostas a traumas interpessoais prolongados se organiza em três estágios, a saber, o estabelecimento de segurança, a rememoração e o luto, e a reconexão com a vida cotidiana, sendo a primeira etapa condição indispensável para as demais. Assim, a autora observa que nenhum trabalho de elaboração do trauma pode ser bem-sucedido enquanto a sobrevivente permanecer em situação de perigo, o que significa que, no atendimento inicial a mulheres vítimas de violência doméstica, o psicólogo precisa priorizar a construção de segurança corporal, emocional e ambiental, avaliando riscos, apoiando planos de proteção e restabelecendo, gradualmente, a sensação de controle da mulher sobre a própria vida.

Além disso, Herman (2015) compreende que o trauma produz, fundamentalmente, desempoderamento e desconexão, de modo que a relação terapêutica deve ser construída de forma colaborativa, preservando a autonomia da sobrevivente e evitando posturas

diretivas que reproduzam a lógica de dominação vivida. Dessa forma, o psicólogo que atende mulheres em situação de violência precisa sustentar uma posição de testemunha implicada, que reconhece o sofrimento relatado sem impor interpretações precoces, permitindo que a mulher recupere, no espaço clínico, a experiência de ser ouvida, respeitada e reconhecida como sujeito de sua própria história.

2.2. Diferença Entre Acolhimento Clínico e Intervenções Superficiais

Rocha (2025) discute que o acolhimento em psicologia não pode ser reduzido a um gesto protocolar de recepção, uma vez que envolve a construção de um espaço de escuta ativa, disponibilidade emocional e compromisso com a continuidade do cuidado, elementos que distinguem o acolhimento clínico propriamente dito de intervenções pontuais e superficiais. Assim, no atendimento a mulheres vítimas de violência doméstica, essa distinção se torna central, pois práticas superficiais, embora bem-intencionadas, podem gerar sensação de descaso ou de burocratização do sofrimento, comprometendo o vínculo terapêutico necessário à elaboração do trauma.

Segundo Sousa (2023), o acolhimento clínico se articula à construção de projetos terapêuticos singulares, que consideram a história, as demandas e os recursos subjetivos de cada pessoa atendida, diferenciando-se de abordagens padronizadas que tratam o sofrimento de forma genérica. Dessa forma, ao atender mulheres em situação de violência, o psicólogo precisa construir um plano de cuidado individualizado, que leve em conta o momento em que cada mulher se encontra em relação ao rompimento ou à

permanência no vínculo violento, respeitando seu tempo psíquico sem impor expectativas externas de mudança.

De acordo com Araújo *et al.* (2024), o trabalho de profissionais de psicologia em instituições de acolhimento revela que a efetividade do cuidado depende diretamente da qualidade dos vínculos institucionais e da continuidade das intervenções, o que reforça que o acolhimento verdadeiro exige investimento contínuo e não se esgota em atendimentos isolados. Assim, intervenções superficiais, ainda que cumpram formalmente a função de orientação ou encaminhamento, tendem a não sustentar o processo de elaboração psíquica necessário para que a mulher vitimizada reorganize sua subjetividade e recupere a autonomia sobre suas escolhas.

Para Yano (2025), a ética do cuidado em psicoterapia contemporânea exige que o profissional esteja atento às aparências performáticas de acolhimento, evitando práticas que priorizem a resolução rápida do sintoma em detrimento da escuta aprofundada da experiência subjetiva. Dessa forma, o acolhimento clínico genuíno se distingue de intervenções superficiais justamente por sustentar a ambivalência, a dor e o tempo próprio de cada mulher, sem pressa em produzir respostas ou soluções que, embora aparentemente eficazes, não correspondem a uma efetiva elaboração do sofrimento vivido.

Segundo Figueiredo (2012), o cuidar constitui dimensão ética da clínica que não se confunde com a simples execução de procedimentos técnicos, envolvendo diferentes modalidades de presença do cuidador, entre elas a capacidade de hospedar e sustentar o sofrimento do outro, de reconhecê-lo em sua

singularidade e de interpelá-lo quando necessário. Além disso, o autor compreende que o cuidado suficientemente bom exige equilíbrio entre presença implicada e presença em reserva, ou seja, entre o envolvimento ativo do profissional e a contenção de sua própria intervenção, de modo a deixar espaço para que o sujeito cuidado exerça sua capacidade criativa e de cuidar de si.

A partir de Figueiredo (2012), é possível compreender que o pragmatismo clínico, caracterizado pela aplicação mecânica de protocolos, pela pressa em enquadrar o sofrimento em categorias diagnósticas e pela busca de resultados imediatos, pode converter o atendimento em nova experiência de silenciamento para a mulher vitimizada. Assim, quando a escuta se limita a preencher formulários, confirmar critérios ou encaminhar a demanda sem acolher a narrativa singular, a mulher pode ser novamente colocada na posição de objeto, agora de um saber técnico, o que configura forma sutil de revitimização e reforça o sentimento de que sua dor não encontra lugar de reconhecimento, comprometendo a continuidade do cuidado.

Assim como discute Rocha (2025), a atenção primária e os demais serviços de base territorial frequentemente colocam o psicólogo diante de disputas entre demandas urgentes e a necessidade de sustentar processos de acolhimento continuado, o que exige planejamento institucional e clareza quanto aos limites de cada intervenção. Dessa forma, cabe ao profissional articular a resposta imediata às necessidades mais urgentes da mulher em situação de violência, como a garantia de segurança e o encaminhamento a redes de proteção, com a construção paulatina de um processo terapêutico que favoreça mudanças mais duradouras em sua saúde mental.

3. IMPACTOS PSICOLÓGICOS DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Nunes *et al.* (2025) evidenciam que os impactos psicológicos da violência doméstica em mulheres se manifestam de forma multidimensional, atingindo aspectos cognitivos, emocionais, comportamentais e relacionais, o que reforça a necessidade de uma compreensão ampliada do sofrimento vivenciado por essas mulheres. Assim, a violência não se restringe ao episódio agudo de agressão física, verbal ou sexual, produzindo efeitos duradouros que se manifestam mesmo após o rompimento do vínculo violento, o que demanda acompanhamento psicológico contínuo e atento às particularidades de cada trajetória.

Conforme Gomes e Barroso (2025), entre os principais impactos psicológicos identificados estão o medo constante, a hipervigilância, a culpa, a vergonha e a diminuição da autoestima, sintomas que muitas vezes se associam a barreiras significativas para a denúncia e para a busca de ajuda especializada. Dessa forma, compreender esses impactos é fundamental para que o psicólogo possa construir estratégias de enfrentamento adequadas, capazes de fortalecer a mulher em seu processo de reconhecimento da violência sofrida e de retomada progressiva de sua autonomia.

Lima e Santos (2022) discutem, em revisão integrativa da literatura, que os impactos causados pela violência doméstica podem gerar danos de grande magnitude na vida das vítimas, conforme destacam os autores ao afirmarem que “os impactos causados pela violência muitas vezes podem gerar danos irreversíveis às vítimas” (Lima; Santos, 2022, p. 9).

Tal afirmação reforça a gravidade do fenômeno estudado e evidencia a importância de intervenções psicológicas precoces e tecnicamente qualificadas, capazes de minimizar a extensão desses danos e de favorecer processos de reparação subjetiva ao longo do acompanhamento terapêutico.

3.1. Sintomas Recorrentes: Depressão, Ansiedade e Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT)

Dias, Uscocovich e Lise (2022) demonstram que mulheres que vivenciam violência doméstica apresentam alta prevalência de sintomas compatíveis com o transtorno de estresse pós-traumático, manifestando reexperimentação do evento traumático, evitação de estímulos associados à violência e alterações negativas de cognição e humor. Assim, esses sintomas frequentemente comprometem a capacidade de concentração, o sono e as relações interpessoais das mulheres atendidas, o que exige do psicólogo conhecimento técnico específico sobre o manejo clínico do trauma e de suas manifestações psicopatológicas.

Segundo Barbosa, Da Nóbrega e Da Silva (2026), a violência doméstica contínua favorece o desenvolvimento de quadros crônicos de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), especialmente quando associada à convivência prolongada com o agressor, o que amplia a complexidade do quadro clínico e demanda abordagens terapêuticas mais extensas e cuidadosamente planejadas. Dessa forma, o psicólogo precisa estar atento à diferenciação entre reações agudas ao estresse e quadros consolidados de TEPT, uma vez que essa distinção orienta diretamente as estratégias de intervenção mais adequadas para cada caso atendido.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2019), a Classificação Internacional de Doenças, em sua 11ª revisão, CID-11, passou a reconhecer o transtorno de estresse pós-traumático complexo (TEPT-C), categoria que pode se desenvolver após a exposição a eventos extremamente ameaçadores, geralmente prolongados ou repetitivos, dos quais a fuga é difícil ou impossível, entre os quais a própria classificação inclui a violência doméstica prolongada. Assim, além dos sintomas centrais do TEPT, o quadro complexo se caracteriza por problemas graves e persistentes na regulação dos afetos, por crenças de si mesma como diminuída, derrotada ou sem valor, acompanhadas de vergonha, culpa ou fracasso, e por dificuldades duradouras em sustentar relacionamentos.

Conforme a OMS (2019), a CID-11, em vigor desde janeiro de 2022, oferece ao psicólogo um referencial diagnóstico mais preciso para compreender o sofrimento de mulheres submetidas à violência doméstica continuada, uma vez que muitas delas não apresentam apenas reexperimentação, evitação e hiperativação, mas alterações profundas na identidade, na autoestima e na capacidade de confiar no outro. Dessa forma, o reconhecimento do TEPT-C orienta o planejamento terapêutico para intervenções de maior duração, que priorizem a estabilização emocional, a regulação afetiva e a reconstrução dos vínculos, em consonância com as etapas de tratamento descritas por Herman (2015).

De acordo com Ribeiro, De Amorim Mendonça e Pinho (2022), existe correlação relevante entre a exposição à violência contra a mulher e o desencadeamento de sintomas ansiosos, que se manifestam por meio de preocupação excessiva, tensão muscular, irritabilidade e sensação constante de ameaça iminente. Assim, esses sintomas

ansiosos frequentemente coexistem com quadros depressivos, formando um espectro de sofrimento psíquico que exige avaliação clínica cuidadosa e planejamento terapêutico integrado, capaz de abordar simultaneamente as diferentes dimensões do adoecimento psíquico vivenciado pela mulher.

Pires e Teixeira (2024), em revisão sistemática com metanálise, evidenciam associação significativa entre a exposição à violência doméstica e a incidência de transtorno depressivo, sugerindo que mulheres vitimizadas apresentam risco consideravelmente mais elevado de desenvolver quadros depressivos em comparação às mulheres não expostas à violência. Dessa forma, tal achado reforça a importância de protocolos de rastreamento sistemático da saúde mental em serviços que atendem mulheres em situação de violência, permitindo identificação precoce de sintomas depressivos e encaminhamento oportuno para acompanhamento psicológico especializado.

Basílio e Muner (2023) discutem que os transtornos mentais comuns, categoria que engloba sintomas depressivos e ansiosos não necessariamente enquadrados em diagnósticos formais, apresentam prevalência elevada entre mulheres em situação de violência doméstica, o que reforça a necessidade de abordagens clínicas sensíveis mesmo diante de quadros subclínicos. Assim como reforça Cabreiro (2022), o estresse pós-traumático associado à violência doméstica pode ainda se articular a vivências de perseguição e assédio continuado, o que amplia a complexidade diagnóstica e demanda do psicólogo atenção redobrada às múltiplas formas de violência sobrepostas na trajetória de cada mulher atendida.

Van der Kolk (2020) demonstra que o trauma crônico produz alterações neurobiológicas duradouras, uma vez que estruturas responsáveis pela detecção de ameaças, como a amígdala, permanecem hiperativadas, enquanto regiões do córtex pré-frontal envolvidas no julgamento, na percepção do tempo e na regulação das emoções têm sua atividade reduzida diante de lembranças traumáticas. Assim, o corpo da mulher exposta à violência doméstica continuada passa a reagir como se o perigo ainda estivesse presente, mantendo estados de alerta, tensão muscular, alterações do sono e reações de sobressalto mesmo quando a ameaça concreta já não existe, o que ajuda a compreender a persistência de sintomas ansiosos e somáticos após o rompimento do vínculo violento.

Segundo Van der Kolk (2020), as experiências traumáticas também podem reduzir a atividade de áreas cerebrais associadas à linguagem, como a área de Broca, o que dificulta a tradução da experiência vivida em palavras e favorece a fragmentação das memórias e os estados dissociativos. Dessa forma, o psicólogo que atende mulheres em situação de violência precisa compreender que relatos confusos, lacunas de memória ou aparente indiferença afetiva podem ser expressões do próprio trauma, e não sinais de incoerência ou de falta de credibilidade, o que reforça a importância de intervenções que incluam a dimensão corporal, a regulação fisiológica e o restabelecimento progressivo da sensação de segurança.

3.2. Efeitos Inconscientes e Padrões Relacionais

Marquardt, Lima e Borges (2026) discutem que os padrões de apego construídos ao longo do desenvolvimento infantil exercem

influência significativa sobre a permanência de mulheres em relacionamentos marcados pela violência, uma vez que vínculos de apego inseguro tendem a favorecer a tolerância a dinâmicas relacionais disfuncionais. Assim, compreender essa dimensão inconsciente do funcionamento psíquico permite ao psicólogo ampliar sua leitura clínica para além do episódio de violência em si, alcançando também os padrões relacionais que se repetem ao longo da história afetiva da mulher atendida.

Toledo *et al.* (2021) apresentam o conceito de esquemas iniciais desadaptativos, estruturas cognitivas e emocionais formadas precocemente que podem predispor a mulher a reproduzir, de forma inconsciente, padrões de submissão, desconfiança ou privação emocional dentro de relacionamentos abusivos. Dessa forma, o trabalho clínico com mulheres vítimas de violência doméstica frequentemente exige a identificação e a ressignificação desses esquemas, permitindo que a mulher compreenda a origem de certos padrões repetitivos e construa, gradualmente, novas formas de se relacionar consigo mesma e com o outro.

Segundo Costa (2025), a violência intrafamiliar vivenciada na infância pode se refletir diretamente nas relações afetivas estabelecidas na vida adulta, favorecendo a repetição inconsciente de dinâmicas de dominação e submissão observadas no contexto familiar de origem. Assim, essa perspectiva reforça a importância de uma escuta clínica atenta à história de vida completa da mulher atendida, e não apenas ao episódio de violência doméstica mais recente, uma vez que a compreensão desses padrões transgeracionais amplia as possibilidades de intervenção terapêutica efetiva.

Assim como observam Morais (2025) e Silva (2023), a regulação emocional na vida adulta se relaciona diretamente às experiências de maus-tratos vivenciadas ao longo do desenvolvimento, o que reforça a hipótese de que os efeitos inconscientes da violência ultrapassam a esfera comportamental, atingindo estruturas mais profundas da organização psíquica, como a capacidade de reconhecer, nomear e regular emoções intensas. Dessa forma, o trabalho psicoterapêutico precisa favorecer, ao longo do processo, o fortalecimento dessa capacidade de regulação emocional, elemento essencial para que a mulher consiga romper com padrões relacionais repetitivos e construir vínculos mais saudáveis.

Walker (2017) descreve o ciclo da violência como padrão recorrente nas relações conjugais abusivas, composto por três fases, a saber, a acumulação de tensão, marcada por agressões menores, críticas e clima de ameaça, a explosão, em que ocorre o episódio agudo de agressão, e a contrição amorosa, também chamada de lua de mel, na qual o agressor demonstra arrependimento, oferece carinho e promete mudança. Assim, a alternância entre violência e reconciliação alimenta a esperança da mulher de que o relacionamento possa se transformar, o que ajuda a compreender sua permanência no vínculo violento sem atribuí-la a uma suposta escolha passiva ou a um desejo de sofrer.

Segundo Walker (2017), a exposição repetida a agressões imprevisíveis e incontroláveis pode produzir na mulher um estado de desamparo aprendido, conceito derivado dos estudos de Seligman, no qual a percepção de que nenhuma ação será capaz de interromper a violência reduz progressivamente as tentativas de reação e de saída da relação. Dessa forma, a autora inclui esse desamparo entre os componentes da síndrome da mulher agredida,

compreendida como conjunto de efeitos psicológicos próximo ao TEPT, o que oferece ao psicólogo uma chave de leitura para os padrões de submissão observados na clínica, articulando a repetição relacional às condições objetivas de dominação vividas pela mulher.

De acordo com Saffioti (2015), a violência contra a mulher não pode ser compreendida apenas como expressão de conflitos individuais, uma vez que se inscreve na ordem patriarcal de gênero, sistema de dominação e exploração que confere aos homens poder sobre as mulheres e que atravessa as instituições, a família e as relações afetivas. Assim, a autora observa que a violência doméstica ocorre em relações marcadas pelo afeto e pela convivência cotidiana, o que favorece sua rotinização e torna sua ruptura particularmente difícil, frequentemente dependente de intervenção externa, aspecto que reforça a importância do psicólogo como ponto de apoio para que a mulher reconheça e nomeie a violência sofrida.

Segundo Saffioti (2015), a ordem patriarcal de gênero não opera apenas no plano das estruturas sociais, sendo também internalizada pelos sujeitos e reproduzida nas práticas cotidianas, inclusive pelas próprias mulheres, o que ajuda a compreender por que padrões de submissão podem se repetir ao longo de diferentes relacionamentos e gerações. Dessa forma, a articulação entre a leitura psicanalítica da repetição inconsciente, a teoria do apego e a análise estrutural do patriarcado permite ao psicólogo evitar interpretações que culpabilizem a mulher pela violência sofrida, reconhecendo que os padrões relacionais observados na clínica são atravessados tanto pela história singular de cada paciente quanto por relações de poder historicamente construídas.

4. IMPLICAÇÕES ÉTICAS E JURÍDICAS DA PRÁTICA CLÍNICA

4.1. Código de Ética Profissional do Psicólogo

Segundo Santos (2022), o sigilo profissional constitui um dos pilares fundamentais da prática psicológica, funcionando como condição necessária para a construção de vínculo de confiança entre psicólogo e paciente, o que se torna particularmente sensível no atendimento a mulheres vítimas de violência doméstica, situações em que informações reveladas podem envolver risco à integridade física da própria paciente ou de terceiros. Assim, o profissional precisa conhecer com precisão os limites éticos da quebra de sigilo, avaliando cuidadosamente cada situação em que a proteção da vida se sobrepõe à garantia de confidencialidade.

Conforme o Código de Ética Profissional do Psicólogo, é dever do profissional respeitar o sigilo a fim de proteger, por meio da confidencialidade, a intimidade das pessoas a que tenha acesso no exercício profissional (BRASIL, 2005, art. 9º), garantia que assume valor particular para mulheres em situação de violência, cuja revelação do sofrimento frequentemente envolve medo de retaliação, vergonha e receio de exposição. Todavia, o próprio Código prevê situações em que essa confidencialidade pode ser relativizada, conforme dispõe o artigo 10:

> *Nas situações em que se configure conflito entre as exigências decorrentes do disposto no Art. 9º e as afirmações dos princípios fundamentais deste Código, excetuando-se os casos previstos em lei, o psicólogo poderá decidir pela quebra de sigilo, baseando sua decisão na busca do menor prejuízo (BRASIL, 2005, art. 10).*

Dessa forma, a quebra de sigilo não constitui decisão automática, mas resultado de avaliação ética fundamentada no princípio do menor prejuízo, devendo o profissional restringir-se às informações estritamente necessárias (BRASIL, 2005, art. 10, parágrafo único). Assim, no atendimento a mulheres vítimas de violência doméstica, essa decisão se torna especialmente delicada quando há risco iminente à vida da paciente, como em situações de ameaça de morte, escalada da violência, acesso do agressor a armas ou tentativas anteriores de estrangulamento, fatores contemplados no Formulário Nacional de Avaliação de Risco (BRASIL, 2021), uma vez que a preservação da vida passa a se sobrepor à confidencialidade, sem dispensar, sempre que possível, uma decisão construída junto com a própria mulher.

Segundo a Lei nº 10.778/2003, alterada pela Lei nº 13.931/2019 (BRASIL, 2019), constituem objeto de notificação compulsória os casos em que houver indícios ou confirmação de violência contra a mulher atendida em serviços de saúde públicos e privados, devendo esses casos ser obrigatoriamente comunicados à autoridade policial no prazo de 24 horas, para as providências cabíveis e para fins estatísticos (BRASIL, 2003, art. 1º, § 4º). Dessa forma, o psicólogo que atua em serviços de saúde precisa conhecer esse dever legal, que corresponde aos casos previstos em lei ressalvados pelo artigo 10 do Código de Ética, e esclarecer à mulher, desde o início do acompanhamento, os limites do sigilo, de modo que a notificação seja compreendida como instrumento de proteção, e não como quebra de confiança.

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente, os casos de suspeita ou confirmação de castigo físico, de tratamento cruel ou degradante e de maus-tratos contra criança ou adolescente devem

ser obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade (BRASIL, 1990, art. 13), o que alcança situações em que os filhos da paciente presenciam ou sofrem diretamente a violência doméstica. Assim, quando o relato clínico revela risco à integridade de crianças e adolescentes, o dever de proteção se impõe ao psicólogo, cabendo-lhe comunicar o estritamente necessário, registrar de forma cuidadosa os fundamentos da decisão e acolher a mulher nesse processo, evitando que ela se sinta culpabilizada ou desautorizada em sua função materna.

Conforme o Conselho Federal de Psicologia (2024), as profissionais que atuam na rede de proteção precisam conhecer os casos cuja notificação é compulsória e articular sua prática ao compromisso ético-político da profissão com a defesa dos direitos das mulheres. Dessa forma, o manejo do sigilo no atendimento a mulheres em situação de violência deve equilibrar o dever de confidencialidade, a obrigação legal de notificar e a proteção da vida, o que exige do psicólogo avaliação contínua do risco, registro documental fundamentado e diálogo transparente com a paciente, garantindo que a segurança da mulher e de seus filhos permaneça como critério central de cada decisão.

De acordo com o Código de Ética Profissional do Psicólogo (BRASIL, 2005), compete ao profissional atuar com responsabilidade, indo além da ausência de erros no exercício profissional, e assumindo compromisso com as consequências previsíveis de sua atuação, o que reforça a centralidade da avaliação ética contínua no atendimento a mulheres em situação de violência. Dessa forma, o psicólogo precisa considerar, a cada etapa do acompanhamento, os possíveis desdobramentos de suas intervenções, sobretudo diante

de casos em que há risco iminente de reincidência da violência ou de agravamento do quadro psíquico da paciente.

Almeida *et al.* (2026) discutem que o Código de Ética Profissional do Psicólogo constitui instrumento dinâmico, cujos princípios vêm sendo continuamente ressignificados para responder às demandas contemporâneas relacionadas à diversidade, à inclusão e aos direitos humanos, conforme evidenciam os autores ao afirmarem que "a ética profissional não é um conjunto estático de normas, mas como um instrumento dinâmico que acompanha as transformações sociais" (Almeida *et al.*, 2026, p. 6).

Essa compreensão reforça que a atuação ética do psicólogo diante da violência doméstica não pode se limitar à observância formal de normas, exigindo reflexão crítica permanente sobre os contextos sociais, culturais e relacionais em que cada mulher atendida está inserida.

Para Passos (2023), a articulação entre ética e psicologia exige que o profissional compreenda a dimensão política de sua prática, reconhecendo que decisões técnicas aparentemente neutras podem reproduzir ou romper com relações de poder historicamente naturalizadas, especialmente em contextos de violência de gênero. Assim, o compromisso ético do psicólogo se estende para além da relação clínica individual, alcançando também sua responsabilidade social diante de um fenômeno estrutural que atinge parcela significativa das mulheres brasileiras.

Da Costa *et al.* (2021) analisam as principais infrações éticas cometidas por profissionais de psicologia, destacando que falhas relacionadas à documentação inadequada, à condução

inconsistente do processo terapêutico e à ausência de fundamentação técnica das intervenções figuram entre as mais recorrentes. Dessa forma, no atendimento a mulheres vítimas de violência doméstica, tais falhas podem comprometer não apenas o processo terapêutico, mas também eventuais desdobramentos jurídicos do caso, o que reforça a necessidade de registro cuidadoso e de fundamentação técnica consistente em cada etapa do acompanhamento psicológico.

4.2. Limites da Prática Clínica Diante da Legislação

Pasinato (2015) analisa o acesso à justiça das mulheres em situação de violência doméstica e familiar a partir das percepções dos operadores jurídicos, evidenciando que a aplicação integral da Lei Maria da Penha, que prevê medidas de natureza criminal, protetiva e assistencial, depende da integração entre o sistema de justiça e os demais serviços da rede de atendimento. Assim, a autora observa que a fragmentação dos serviços e a persistência de concepções que tratam a violência como conflito privado limitam a efetividade da lei, o que reforça que a mulher só encontra proteção integral quando delegacias, juizados, defensorias, centros de referência e serviços de saúde e assistência social atuam de forma articulada.

Segundo a Lei Maria da Penha, a assistência à mulher em situação de violência doméstica e familiar deve ser prestada de forma articulada, conforme os princípios e as diretrizes da Lei Orgânica da Assistência Social, do Sistema Único de Saúde e do Sistema Único de Segurança Pública, entre outras normas e políticas públicas de proteção (BRASIL, 2006, art. 9º). Dessa forma, o psicólogo clínico, ainda que atue em consultório particular, integra potencialmente essa rede, cabendo-lhe conhecer os serviços do território, como o

Centro de Referência de Assistência Social, CRAS, o Centro de Referência Especializado de Assistência Social, CREAS, os Centros de Referência de Atendimento à Mulher, as Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher e a Defensoria Pública, realizando encaminhamentos responsáveis sem abandonar o vínculo terapêutico.

Bastos *et al.* (2023) discutem que o papel do psicólogo no atendimento a vítimas de violência doméstica no contexto jurídico exige clareza quanto às diferentes funções que o profissional pode assumir, seja como terapeuta clínico, seja como perito ou assistente técnico em processos judiciais, funções que não devem ser exercidas simultaneamente junto à mesma pessoa atendida. Assim, o psicólogo precisa avaliar previamente qual função está sendo demandada em cada situação, evitando conflitos éticos que possam comprometer tanto o vínculo terapêutico quanto a validade de eventuais laudos ou pareceres produzidos.

De acordo com a Resolução CFP nº 008/2010, que dispõe sobre a atuação do psicólogo como perito e assistente técnico no Poder Judiciário, é vedado ao psicólogo que esteja atuando como psicoterapeuta das partes envolvidas em um litígio atuar como perito ou assistente técnico de pessoas atendidas por ele ou de terceiros envolvidos na mesma situação litigiosa (BRASIL, 2010, art. 10, I). Dessa forma, a resolução estabelece fronteira clara entre a função terapêutica, voltada ao cuidado e à elaboração do sofrimento, e a função pericial, voltada à produção de prova técnica para subsidiar decisões judiciais, uma vez que a sobreposição desses papéis compromete tanto a imparcialidade exigida da perícia quanto a confiança que sustenta o processo psicoterapêutico.

Conforme a mesma Resolução CFP nº 008/2010, também é vedado ao psicoterapeuta produzir documentos advindos do processo psicoterápico com a finalidade de fornecer informações à instância judicial sem o consentimento formal das pessoas atendidas, à exceção de declarações (BRASIL, 2010, art. 10, II). Assim, quando a mulher atendida em psicoterapia solicita documentos para instruir processos de guarda, medidas protetivas ou ações criminais, o psicólogo precisa avaliar o tipo de documento cabível e, quando houver necessidade de avaliação técnica, orientar o encaminhamento a profissional distinto, resguardando o espaço de cura e de escuta da mulher e evitando a contaminação de papéis.

Segundo Campagnaro e Rodrigues (2025), a percepção das mulheres protegidas pela Lei Maria da Penha acerca da efetividade das medidas protetivas está diretamente relacionada ao suporte psicológico recebido ao longo do processo, uma vez que o acompanhamento terapêutico contribui para que a mulher compreenda seus direitos e se sinta amparada durante o trâmite jurídico. Dessa forma, ainda que o psicólogo não deva assumir função jurídica, sua atuação clínica pode fortalecer psicologicamente a mulher para lidar com os desdobramentos legais decorrentes da denúncia.

De acordo com Macarini e Miranda (2018), a atuação da psicologia em delegacias especializadas de atendimento à mulher revela particularidades técnicas importantes, uma vez que o profissional atua em articulação direta com equipes multidisciplinares, o que exige domínio de protocolos institucionais específicos, sem que isso comprometa a escuta clínica qualificada. Assim, os limites entre a atuação psicológica institucional e a atuação psicoterapêutica tradicional precisam estar claramente delimitados, evitando

sobreposição de funções que possa gerar prejuízo ao processo de cuidado da mulher atendida.

Coimbra, Ricciardi e Levy (2018) analisam a atuação de equipes multidisciplinares na aplicação de medidas protetivas previstas na Lei Maria da Penha, evidenciando que a articulação entre psicologia, serviço social e sistema de justiça amplia a efetividade da proteção oferecida às mulheres vitimizadas. Dessa forma, o psicólogo que atua junto a essas equipes precisa compreender os limites de sua intervenção clínica diante das exigências legais, reconhecendo que sua contribuição, embora fundamental, constitui apenas uma das dimensões de uma rede de proteção mais ampla e necessariamente intersetorial.

4.3. Psicoterapia Como Recurso de Cuidado e Fortalecimento da Autonomia

Martins, Nobre e Martins (2021) discutem que a Terapia Cognitivo-Comportamental oferece recursos técnicos relevantes para a intervenção junto a mulheres em situação de violência doméstica, especialmente por meio da identificação e reestruturação de crenças disfuncionais associadas à culpa, à autodesqualificação e à naturalização da violência sofrida. Assim, a utilização de estratégias cognitivo-comportamentais permite à mulher desenvolver ferramentas concretas de enfrentamento, favorecendo mudanças progressivas em seus padrões de pensamento e comportamento diante das situações de violência vivenciadas.

Guimarães *et al.* (2018) demonstram que mulheres em situação de violência doméstica atendidas em serviços de saúde apresentam impacto significativo na autoestima, o que reforça a importância de

intervenções psicológicas voltadas ao fortalecimento da autoimagem e da percepção de valor pessoal dessas mulheres. Dessa forma, a psicoterapia assume papel central nesse processo, na medida em que oferece espaço seguro para que a mulher reconstrua gradualmente sua identidade para além do lugar de vítima, favorecendo a retomada da autonomia sobre suas próprias escolhas de vida.

Conforme destaca a Unit (2021), mulheres vítimas de violência necessitam de assistência psicológica contínua, uma vez que o rompimento do vínculo violento não significa, por si só, a resolução do sofrimento psíquico acumulado, o que reforça a importância da psicoterapia como recurso de acompanhamento de médio e longo prazo. Assim, o acesso a serviços especializados de psicologia deve ser garantido de forma articulada às demais políticas públicas de proteção à mulher, evitando que a interrupção precoce do cuidado comprometa os ganhos terapêuticos já conquistados.

Segundo Herman (2015), o princípio que orienta toda a recuperação do trauma é o empoderamento da sobrevivente, uma vez que somente ela pode ser autora de sua própria recuperação, cabendo às demais pessoas, inclusive ao terapeuta, oferecer apoio, orientação e cuidado, mas nunca decidir em seu lugar. Assim, a psicoterapia com mulheres vítimas de violência doméstica precisa evitar posturas tutelares, que, embora bem-intencionadas, reproduzem a lógica de controle vivida na relação abusiva, favorecendo, ao contrário, que a mulher reconheça sua capacidade de agência, ou seja, sua possibilidade de fazer escolhas, estabelecer limites e reconstruir o próprio projeto de vida.

Timm, Pereira e Gontijo (2011) defendem uma clínica política no atendimento a mulheres em situação de violência conjugal, articulando psicologia e feminismo e criticando interpretações psicologizantes que reduzem o sofrimento a questões estritamente individuais, despolitizando experiências que têm raízes sociais e patriarcais. Dessa forma, as autoras apontam que essas mulheres já não desejam ser tratadas como deprimidas, histéricas ou coniventes, o que convoca o psicólogo a sustentar uma escuta que reconheça a dimensão política do sofrimento e favoreça a ressignificação da posição de vítima, permitindo que a mulher se compreenda como sujeito capaz de resistir às normas que naturalizam sua submissão.

De acordo com Sawaia (1999), o sofrimento ético-político corresponde à dor produzida pelas situações sociais de dominação, exclusão e desigualdade, que atingem o sujeito em sua dignidade e em sua possibilidade de agir, não podendo ser reduzido a categorias exclusivamente individuais ou psicopatológicas. Assim, compreender o sofrimento das mulheres em situação de violência doméstica também como ético-político permite à psicoterapia ultrapassar a remissão de sintomas, assumindo o compromisso de fortalecer a potência de ação dessas mulheres, ou seja, sua capacidade de agir sobre a própria vida e sobre as condições que produzem sua dor, o que sustenta a saída do lugar de submissão.

Assim como discutem Ferreira (2025) e Rodrigues *et al.* (2026), a prática clínica fundamentada em evidências científicas favorece a construção de intervenções mais eficazes e adaptadas às necessidades específicas de cada mulher atendida, integrando técnicas cognitivo-comportamentais, escuta psicanalítica dos padrões inconscientes e compreensão sistêmica das dinâmicas familiares. Dessa forma, a psicoterapia se consolida como espaço

privilegiado de reconstrução subjetiva, no qual a mulher pode elaborar o trauma vivido, revisar padrões relacionais disfuncionais e fortalecer progressivamente sua autonomia psíquica, social e afetiva.

5. METODOLOGIA

Toda revisão depende de escolhas feitas antes da primeira leitura. Este capítulo expõe essas escolhas: o tipo de investigação, as bases consultadas, os critérios que delimitaram o material e o modo de interpretar as fontes. Oliveira *et al.* (2022) lembram que a metodologia científica não se reduz a um roteiro formal. Ela define o caminho pelo qual o pesquisador seleciona, organiza e interpreta aquilo que sustenta suas conclusões, e sem esse caminho explícito o leitor não tem como avaliar o alcance do que se afirma.

5.1. Tipo E Abordagem da Pesquisa

Quanto aos procedimentos, a investigação é bibliográfica. Gil (2017) a caracteriza como pesquisa feita a partir de material já publicado, em especial livros e periódicos científicos. Sua maior vantagem, segundo o autor, está na amplitude, já que o investigador alcança uma gama de fenômenos muito maior do que alcançaria por observação direta. No caso da violência doméstica, essa escolha tem também um sentido ético. Ela evita expor mulheres em sofrimento a entrevistas que, sem um vínculo de cuidado, poderiam reativar a experiência traumática.

A abordagem é qualitativa. Minayo (2014) afirma que a pesquisa qualitativa trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das crenças e dos valores, dimensão da realidade que não se deixa traduzir em variáveis numéricas. Interessa aqui compreender sentidos. Como a literatura entende a escuta, o sofrimento e a

responsabilidade ética do psicólogo diante da mulher em situação de violência? Contar ocorrências de termos não responderia a essa pergunta.

Marconi e Lakatos (2017) advertem que a pesquisa bibliográfica não equivale à repetição do que já se escreveu sobre um assunto, pois permite examinar o tema sob novo enfoque e chegar a conclusões próprias. Com esse propósito, o material passou por leitura crítica, e não por simples compilação. Quanto aos objetivos, o estudo tem caráter descritivo e analítico. Descreve os parâmetros clínicos e éticos que a literatura aponta e, em seguida, examina as convergências e as tensões entre eles.

5.2. Bases de Dados e Estratégia de Busca

O levantamento ocorreu em duas bases principais. O Google Acadêmico amplia o alcance da busca e recupera dissertações, teses e periódicos regionais que nem sempre aparecem em indexadores mais restritos. A Scientific Electronic Library Online, SciELO, reúne periódicos revisados por pares, com acesso aberto ao texto completo.

Os documentos técnicos vieram de uma terceira fonte, o portal do Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas, CREPOP, do Conselho Federal de Psicologia. Dele provêm as referências técnicas para atuação no atendimento às mulheres em situação de violência (Conselho Federal de Psicologia, 2024) e na atenção básica à saúde (Conselho Federal de Psicologia, 2019a). As referências sobre varas de família e sobre o CRAS/SUAS completam esse conjunto (Conselho Federal de Psicologia, 2019b; 2021). A legislação, por fim, veio do portal oficial da Presidência da República.

Essa opção assegura a leitura do texto vigente, já com as alterações posteriores, como ocorre com a Lei nº 10.778/2003 depois das mudanças trazidas pela Lei nº 13.931/2019.

Cinco descritores orientaram a busca: violência doméstica, psicologia clínica, ética profissional, escuta qualificada e saúde mental da mulher. Eles apareceram isoladamente e em combinações com o operador booleano AND, como “violência doméstica AND psicologia clínica” e “escuta qualificada AND saúde mental da mulher”. As combinações aproximaram o tema amplo da violência de gênero do recorte desta investigação, que é a prática clínica.

5.3. Critérios de Inclusão e Exclusão

Entraram no corpus artigos, dissertações, teses, trabalhos acadêmicos e documentos normativos publicados majoritariamente entre 2018 e 2026. Os textos deveriam estar redigidos em português, espanhol ou inglês e disponíveis na íntegra, de forma gratuita. Havia ainda uma exigência de conteúdo. Cada material precisava tratar diretamente da atuação psicológica diante da violência doméstica, dos impactos psíquicos dessa violência ou das implicações éticas e jurídicas do atendimento.

Ficaram de fora os materiais duplicados e os resumos sem acesso ao texto integral. Também saíram as produções sem relação direta com o objeto de estudo e as publicações anteriores ao recorte temporal que não tivessem relevância conceitual para o tema. A triagem seguiu três etapas sucessivas: leitura dos títulos, leitura dos resumos e leitura integral dos textos que passaram pelas duas primeiras.

O recorte temporal admitiu exceções deliberadas. Obras como as de Sawaia (1999), Zimerman (2004), Figueiredo (2012), Saffioti (2015), Herman (2015) e Walker (2017) permaneceram no corpus porque formulam conceitos que a produção recente continua a mobilizar, como trauma, vínculo terapêutico, cuidado e violência de gênero. O mesmo critério justificou a presença de normas anteriores a 2018 que seguem em vigor. Entre elas estão o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990) e o Código de Ética Profissional do Psicólogo (BRASIL, 2005). A Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006) e a Resolução CFP nº 008/2010 (BRASIL, 2010) também permanecem.

5.4. Procedimento de Análise

Minayo (2014) forneceu o método de interpretação. Sua análise temática se organiza em três momentos, que são a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados com sua interpretação. Na pré-análise, uma leitura flutuante dos textos permitiu retomar os objetivos e reconhecer os núcleos de sentido mais recorrentes. Na exploração, cada fonte recebeu um fichamento e foi associada a um ou mais eixos temáticos.

Os eixos correspondem aos objetivos específicos. O primeiro reúne os parâmetros clínicos do atendimento inicial, com ênfase na escuta e no acolhimento. O segundo trata dos impactos psicológicos da violência, dos sintomas mais frequentes aos efeitos inconscientes e relacionais. No terceiro ficaram as implicações éticas e jurídicas, do sigilo profissional à articulação com a rede de proteção. Na última etapa, a leitura buscou pontos de convergência e de divergência entre os autores e os relacionou ao problema de pesquisa.

Não houve submissão ao sistema CEP/Conep. A Resolução CNS nº 510/2016 dispensa esse registro quando a investigação utiliza apenas textos científicos para revisão da literatura (BRASIL, 2016, art. 1º, parágrafo único, VI). Esse desenho tem um limite que convém reconhecer. As conclusões dependem da qualidade e do alcance das fontes disponíveis e não substituem a investigação empírica junto a profissionais e usuárias dos serviços.

6. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O corpus final reuniu 59 fontes. Predominam os artigos científicos, que somam 28 textos. Doze documentos normativos e técnicos, entre leis, resoluções, referências do CREPOP e a CID-11, formam o segundo grupo. Completam o conjunto dez livros ou capítulos, oito dissertações e trabalhos acadêmicos e um texto institucional. Essa composição já diz algo sobre o campo. No Brasil, quem escreve sobre violência doméstica e clínica psicológica publica sobretudo artigos recentes, muitos deles de revisão. Os conceitos de base, no entanto, ainda vêm das obras clássicas sobre trauma, cuidado e gênero.

O Quadro 1 mostra como as fontes principais se distribuíram entre os três eixos da análise.

Quadro 1. Distribuição das principais fontes por eixo temático

Eixo temático	Principais fontes	Síntese dos achados
Parâmetros clínicos: escuta e acolhimento	Conselho Federal de Psicologia (2019a; 2024); Rodrigues *et al.* (2026); Souza e Gonçalves (2024); Rosa e Laport (2021); Sanson	A escuta qualificada aparece como competência técnica e como gesto ético. O acolhimento clínico exige

	et al. (2024); Da Silva *et al.* (2025); Rocha (2025); Figueiredo (2012); Herman (2015)	continuidade, segurança e plano de cuidado singular.
Impactos psicológicos da violência	Pires e Teixeira (2024); Dias, Uscocovich e Lise (2022); Barbosa, Da Nóbrega e Da Silva (2026); OMS (2019); Van der Kolk (2020); Marquardt, Lima e Borges (2026); Walker (2017); Saffioti (2015)	Depressão, ansiedade e TEPT predominam, com destaque para o TEPT complexo. Padrões de apego, esquemas desadaptativos e a ordem patriarcal ajudam a explicar a permanência no vínculo.
Implicações éticas e jurídicas	Brasil (2003; 2005; 2006; 2010; 2019); Conselho Federal de Psicologia (2024); Santos (2022); Bastos *et al.* (2023); Pasinato (2015); Coimbra, Ricciardi e Levy (2018); Campagnaro e Rodrigues (2025)	O sigilo convive com a notificação compulsória e com o dever de proteção. A separação entre função terapêutica e pericial e o trabalho em rede delimitam a prática clínica.

Fonte: elaborado pela autora (2026).

6.1. Escuta e Acolhimento Como Parâmetros Clínicos

No primeiro eixo, a convergência entre os autores é ampla. Sanson *et al.* (2024) tratam a escuta especializada como competência técnica, que exige identificar sinais de sofrimento e conduzir a interação com método. Da Silva *et al.* (2025) vão além e atribuem à escuta um caráter político, capaz de legitimar a dor de quem fala. As duas leituras não se excluem. Juntas, indicam que escutar bem uma mulher em situação de violência é, ao mesmo tempo, um procedimento clínico e um ato de reconhecimento.

Uma tensão aparece quando se comparam a prática baseada em evidências e a clínica de orientação psicanalítica ou política. Rodrigues *et al.* (2026) e Souza e Gonçalves (2024) defendem a integração entre evidência científica, expertise do profissional e características da pessoa atendida. Figueiredo (2012), em outra direção, alerta para o pragmatismo que aplica protocolos de modo mecânico e transforma o atendimento em nova forma de silenciamento. A oposição, porém, é menor do que parece. Rosa e Laport (2021) mostram que a prática psicológica baseada em evidências inclui, em sua própria definição, as preferências e as características do paciente no processo de decisão sobre as intervenções. É exatamente nesse terceiro elemento que a singularidade da mulher entra no planejamento clínico.

Herman (2015) oferece o critério que organiza essa articulação. Sem segurança, nenhum trabalho de elaboração do trauma avança. Por isso a escuta inicial precisa incluir a avaliação de risco e o apoio a planos de proteção, ponto que as referências do Conselho Federal de Psicologia (2024) também enfatizam ao situar o atendimento na rede. Eustáquio e Barcelar (2026) acrescentam um dado relevante: a qualidade do primeiro acolhimento influencia a decisão da mulher de romper o ciclo e buscar as medidas protetivas. A escuta, portanto, não complementa a técnica. Ela é sua condição de possibilidade.

Rocha (2025) e Araújo *et al.* (2024) apontam o principal obstáculo concreto. Nos serviços de base territorial, a pressão por respostas rápidas compete com a continuidade do cuidado, e o acolhimento tende a se reduzir a triagem e encaminhamento. A literatura analisada é unânime ao recusar essa redução, embora poucas fontes discutam as condições institucionais necessárias para evitá-la. Fica aí uma lacuna.

6.2. Sofrimento Psíquico: Do Sintoma à História Relacional

O segundo eixo concentra a base empírica mais sólida do corpus. A metanálise de Pires e Teixeira (2024) associa a exposição à violência doméstica a um risco maior de transtorno depressivo. Dias, Uscocovich e Lise (2022) encontram alta prevalência de sintomas de TEPT em mulheres atendidas em Cascavel. Ribeiro, De Amorim Mendonça e Pinho (2022) relacionam a violência ao desencadeamento de quadros ansiosos e pós-traumáticos. Os achados se repetem com consistência. Depressão, ansiedade e TEPT formam o núcleo do adoecimento.

O reconhecimento do TEPT complexo pela CID-11 (OMS, 2019) muda a leitura clínica desse núcleo. A violência prolongada, da qual a fuga é difícil, produz alterações na regulação dos afetos, na imagem de si e na capacidade de se vincular. Barbosa, Da Nóbrega e Da Silva (2026) observam que a convivência continuada com o agressor favorece a cronificação do quadro. Van der Kolk (2020) explica a base neurobiológica do fenômeno e ajuda a entender por que relatos fragmentados não indicam falta de credibilidade. Essa constatação tem peso fora do consultório, sobretudo quando a palavra da mulher é avaliada em processos judiciais.

Os autores divergem quanto ao lugar do diagnóstico. Uma parte do corpus privilegia a descrição sintomática e o rastreamento, como fazem Basílio e Muner (2023) ao discutir os transtornos mentais comuns. Outra parte desloca o foco para a história relacional. Marquardt, Lima e Borges (2026) associam padrões de apego inseguro à permanência no vínculo violento, e Toledo *et al.* (2021) identificam esquemas iniciais desadaptativos ligados à submissão e à privação emocional. Walker (2017) descreve o ciclo da violência e o

desamparo aprendido como respostas a condições objetivas de dominação.

Saffioti (2015) impede que essa segunda leitura resvale para a culpabilização. Se a ordem patriarcal de gênero atravessa as relações afetivas, a repetição de padrões não pode ser explicada apenas pela história individual. Timm, Pereira e Gontijo (2011) fazem a mesma advertência quando criticam interpretações psicologizantes que despolitizam o sofrimento. A leitura que emerge do conjunto é integradora. O diagnóstico orienta o planejamento terapêutico, inclusive a duração das intervenções, mas só ganha sentido quando articulado à trajetória da mulher e às relações de poder que a envolvem.

6.3. Ética, Sigilo e Rede de Proteção

No terceiro eixo, a tensão mais evidente envolve o sigilo. O Código de Ética Profissional do Psicólogo protege a confidencialidade como dever (BRASIL, 2005, art. 9º), mas ressalva os casos previstos em lei. A mudança mais sensível veio com a Lei nº 13.931/2019. Ela alterou a Lei nº 10.778/2003 e obrigou os serviços de saúde a comunicar à polícia os casos com indícios ou confirmação de violência contra a mulher, em prazo de 24 horas (BRASIL, 2003; BRASIL, 2019). O psicólogo que atua nesses serviços fica entre dois deveres que nem sempre caminham juntos.

As fontes não propõem escolher um deles. Santos (2022) e o Conselho Federal de Psicologia (2024) apostam no manejo. A mulher deve conhecer os limites do sigilo desde o primeiro atendimento. Na comunicação entra apenas o estritamente necessário, e cada decisão precisa ficar registrada com seus fundamentos. Herman

(2015) reforça esse cuidado por outra via. Se a recuperação depende do empoderamento da sobrevivente, decisões tomadas à revelia dela reproduzem a lógica de controle da relação abusiva. A obrigação legal permanece, mas o modo de cumpri-la pode preservar ou destruir o vínculo terapêutico.

A separação entre função terapêutica e função pericial é o segundo ponto de consenso. Nenhum psicoterapeuta pode atuar como perito ou assistente técnico de quem atende, vedação que consta da Resolução CFP nº 008/2010 (BRASIL, 2010, art. 10). Bastos *et al.* (2023) e Salzer e De Mattos Brazil (2026) mostram que essa fronteira se torna crítica quando a mulher precisa de documentos para processos de guarda ou de medidas protetivas. Da Costa *et al.* (2021) completam o quadro ao apontar falhas de documentação entre as infrações éticas mais frequentes da categoria.

A articulação com a rede aparece como limite e como recurso. Pasinato (2015) demonstra que a fragmentação dos serviços compromete a aplicação da Lei Maria da Penha. Coimbra, Ricciardi e Levy (2018) indicam que equipes multidisciplinares ampliam a efetividade das medidas protetivas. Campagnaro e Rodrigues (2025) observaram que mulheres acompanhadas psicologicamente percebem essas medidas como mais efetivas. O psicólogo clínico não resolve sozinho a violência. Ainda assim, o que faz no consultório repercute na rede inteira.

Os três eixos, lidos em conjunto, sustentam a hipótese formulada na introdução. A literatura associa o atendimento tecnicamente fundamentado e eticamente orientado à redução do sofrimento, ao fortalecimento da autoestima (Guimarães *et al.*, 2018) e à retomada da autonomia. Essa confirmação tem, contudo, natureza teórica. Ela

se apoia em estudos de desenhos variados, muitos deles revisões, e não em acompanhamento direto de processos terapêuticos, o que reforça a necessidade de pesquisas empíricas na área.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa buscou analisar, sob a perspectiva clínica, o papel do psicólogo no atendimento a mulheres vítimas de violência doméstica, considerando os parâmetros técnicos que orientam essa prática e as implicações éticas nela envolvidas. Ao longo do estudo, evidenciou-se que a escuta qualificada constitui elemento fundamental do processo clínico, funcionando não apenas como técnica de recepção do relato, mas como gesto de legitimação da experiência de sofrimento vivida por cada mulher atendida, o que reforça a centralidade do vínculo terapêutico como base para qualquer intervenção subsequente.

A revisão bibliográfica de abordagem qualitativa, com análise temática das fontes, permitiu organizar 59 referências em três eixos de discussão. No primeiro, os autores convergiram ao tratar a escuta como condição da técnica, e não como seu complemento, e a aparente oposição entre prática baseada em evidências e clínica da singularidade perdeu força quando se considerou o lugar que a própria evidência reserva às características da pessoa atendida. No segundo, o TEPT complexo e a leitura estrutural da violência de gênero ampliaram a compreensão do sofrimento para além do sintoma. No terceiro, a convivência entre sigilo, notificação compulsória e dever de proteção apareceu como questão de manejo clínico, e não de escolha entre deveres.

Observou-se ainda que os impactos psicológicos da violência doméstica se manifestam de forma multidimensional, envolvendo sintomas recorrentes como depressão, ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático, além de efeitos inconscientes relacionados a padrões de apego, esquemas cognitivos desadaptativos e repetição transgeracional de dinâmicas relacionais violentas, além das alterações duradouras na identidade e na regulação emocional descritas no transtorno de estresse pós-traumático complexo e da dinâmica do ciclo da violência, atravessada pela ordem patriarcal de gênero. Tal constatação reforça que o trabalho clínico não pode se restringir à remissão sintomática imediata, devendo alcançar também as camadas mais profundas da organização psíquica de cada mulher atendida, de modo a favorecer mudanças mais duradouras em sua saúde mental.

No que se refere às implicações éticas e jurídicas, verificou-se que o psicólogo precisa atuar com clareza quanto aos limites de sua função, especialmente diante da interface entre a prática clínica e o sistema de justiça, articulando-se ao Código de Ética Profissional, às regras de sigilo e de notificação compulsória e à rede de proteção à mulher sem comprometer a natureza terapêutica de sua intervenção. Assim, a psicoterapia se consolidou, ao longo da análise realizada, como recurso essencial de cuidado, capaz de favorecer tanto a elaboração do trauma quanto o fortalecimento progressivo da autonomia das mulheres atendidas.

Conclui-se, portanto, que a hipótese inicialmente formulada se confirma, uma vez que o atendimento clínico realizado por psicólogos, quando fundamentado em parâmetros técnicos consistentes e em responsabilidade ética permanente, contribui efetivamente para a redução dos danos psíquicos decorrentes da

violência doméstica. Recomenda-se, para estudos futuros, a realização de pesquisas de campo que investiguem, junto a psicólogos atuantes na área, os desafios cotidianos enfrentados na articulação entre clínica, ética e rede de proteção à mulher, de modo a ampliar e aprofundar as reflexões iniciadas neste trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Andréia Dário *et al.* O Código de Ética Profissional da Psicologia Frente às Demandas Contemporâneas de Diversidade. Revista Egan, Tefé-AM, v. 1, n. 6, p. e0035, 2026. Disponível em: https://revistaegan.com.br/index.php/revistaegan/article/view/38.

ARAÚJO, Clara Santos Henriques de *et al.* Acolhimento é cuidado? O trabalho de profissionais da psicologia em instituições de acolhimento para adultos na Assistência Social. 2024. Disponível em: https://www.bdtd.uerj.br:8443/handle/1/22117.

BARBOSA, Mariana Heloize Silva; DA NÓBREGA, Letícia Filgueira Cardozo; DA SILVA, José Pereira. Violência doméstica contra a mulher e implicações no desenvolvimento do transtorno do estresse pós-traumático. Revista Brasileira Interdisciplinar em Saúde, Ambiente e Sociedade, v. 8, n. 10, 2026. Disponível em: https://revistas.editora.ufcg.edu.br/index.php/rebisas/article/view/7405.

BASÍLIO, Renata de Vasconcelos; MUNER, Luana Comito. Transtornos mentais comuns causados pela violência doméstica em mulheres. Revista Cathedral, v. 5, n. 1, p. 36-46, 2023. Disponível em: https://cathedral-ojs.galoa.net.br/index.php/cathedral/article/view/576.

BRASIL. Conselho Federal de Psicologia. Código de Ética Profissional do Psicólogo. Resolução CFP nº 010/05. Brasília: CFP, 2005. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf.

BRASIL. Conselho Federal de Psicologia. Resolução CFP nº 008, de 30 de junho de 2010. Dispõe sobre a atuação do psicólogo como perito e assistente técnico no Poder Judiciário. Brasília: CFP, 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 98, p. 44-46, 24 maio 2016.

BRASIL. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 11, 25 nov. 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.778.htm.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher (Lei Maria da Penha). Brasília, DF: Presidência da República, 2006. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm.

BRASIL. Lei nº 13.931, de 10 de dezembro de 2019. Altera a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, para dispor sobre a notificação compulsória dos casos de suspeita de violência contra a mulher. Brasília, DF: Presidência da República, 2019. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13931.htm.

BRASIL. Lei nº 14.149, de 5 de maio de 2021. Institui o Formulário Nacional de Avaliação de Risco, a ser aplicado à mulher vítima de violência doméstica e familiar. Brasília, DF: Presidência da República, 2021. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14149.htm.

CABREIRO, Ana Patrícia Soveral Albuquerque. Stress pós-traumático e ansiedade em vítimas de violência doméstica e stalking. 2022. Dissertação (Mestrado) – Universidade Lusíada, Portugal, 2022. Disponível em: https://search.proquest.com/openview/0d784eb89c5d4711fa088a6f5e48ca41/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2026366&diss=y.

CAMPAGNARO, E. de S.; RODRIGUES, F. S. A percepção da efetividade das medidas protetivas da Lei Maria da Penha sob a perspectiva psicológica das vítimas. Iguazu Science, v. 3, n. 8, dez. 2025. Disponível em: https://iguazu.uniguacu.com.br/index.php/iguazu/article/download/197/159/566.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) em varas de família. Ed. rev. Brasília: CFP, 2019b. Disponível em: https://site.cfp.org.br/publicacao/referencias-tecnicas-para-atuacao-de-psicologasos-em-varas-de-familia/.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) na atenção básica à saúde. Brasília: CFP, 2019a. 87 p. ISBN 978-65-5069-004-5. Disponível em:

https://site.cfp.org.br/publicacao/referencias-tecnicas-para-atuacao-de-psicologasos-na-atencao-basica-a-saude/.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) no atendimento às mulheres em situação de violência. 2. ed. Brasília: CFP, 2024. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2024/11/RT_Mulheres_web-1.pdf.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) no CRAS/SUAS. Ed. rev. Brasília: CFP, 2021. Disponível em: https://site.cfp.org.br/publicacoes/referencias-tecnicas-crepop/.

COSTA, Swuellen Eduarda Portela. Violência intrafamiliar e relações afetivas na vida adulta: uma análise do livro Normal People. 2025. Disponível em: http://repositorio.undb.edu.br/handle/areas/1356.

DA COSTA, Thicianne Malheiros *et al.* Formação e ética em avaliação psicológica: análise das infrações de profissionais de psicologia. Interação em Psicologia, v. 25, n. 3, 2021. Disponível em: https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/64524.

DA SILVA, Ana Célia *et al.* Escutar para transformar: o papel da escuta qualificada em contextos de sofrimento social. Revista Remecs: Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde, p. 18, 2025. Disponível em: http://www.revistaremecs.com.br/index.php/remecs/article/view/1990.

DIAS, Eduarda Ranpani; USCOCOVICH, Kurt Juliano Sack; LISE, Andrea Maria Rigo. Transtorno de estresse pós-traumático em

mulheres que sofrem violência doméstica na cidade de Cascavel-PR. Research, Society and Development, v. 11, n. 17, p. e101111738850, 2022. Disponível em: https://rsdjournal.org/rsd/article/view/38850.

EUSTÁQUIO, Cássia; BARCELAR, Elaine Macedo. A escuta psicológica no contexto da violência doméstica e sua contribuição para a efetividade da lei Maria da Penha. Revista JRG de Estudos Acadêmicos, v. 9, n. 20, p. e093090, 2026. Disponível em: https://www.revistajrg.com/index.php/jrg/article/download/3090/2448.

FERREIRA, Caio. Introdução à Psicologia: fundamentos, métodos e horizontes teóricos. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 2025.

FIGUEIREDO, Luís Claudio. As diversas faces do cuidar: novos ensaios de psicanálise contemporânea. São Paulo: Escuta, 2012.

GIL, Antonio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GOMES, Clystine Abram Oliveira; BARROSO, Márcia Regina Castro. Violência doméstica contra a mulher: impactos psicológicos, barreiras à denúncia e estratégias de enfrentamento. Revista Magistro, v. 1, n. 31, p. 49-66, 2025. Disponível em: https://granrio.emnuvens.com.br/magistro/article/view/9470.

GUIMARÃES, R. C. S. *et al.* Impacto na autoestima de mulheres em situação de violência doméstica atendidas em Campina Grande, Brasil. Revista Cuidarte, v. 9, n. 1, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.15649/cuidarte.v9i1.438.

HERMAN, Judith Lewis. Trauma and recovery: the aftermath of violence, from domestic abuse to political terror. New York: Basic Books, 2015.

LIMA, Cícera Monteiro; SANTOS, Nilson Muniz dos. Impactos psicológicos causados pela violência doméstica: revisão integrativa de literatura. Research, Society and Development, v. 11, n. 14, p. e454111436649, 2022. Disponível em: https://rsdjournal.org/rsd/article/view/36649.

MACARINI, S. M.; MIRANDA, K. P. Atuação da psicologia no âmbito da violência conjugal em uma delegacia de atendimento à mulher. Pensando Famílias, v. 22, n. 1, 2018. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2018000100013.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. Fundamentos de metodologia científica. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

MARQUARDT, Aline Cristina; LIMA, Jheny; BORGES, Claudia Daiana. Padrões de apego de mulheres em situação de violência doméstica. Psicólogo InFormação, v. 28, n. 28, 2026. Disponível em: https://revistas.metodista.br/index.php/psicologoinformacao/article/view/1840.

MARTINS, Grasiela Borges; NOBRE, Natalia Kelle da Silva; MARTINS, Maria das Graças Teles. A violência doméstica contra mulheres: contribuição da Terapia Cognitivo-Comportamental na intervenção. ID on Line Revista de Psicologia, v. 15, n. 54, p. 104-116, fev. 2021. DOI: 10.14295/idonline.v15i54.2951. Disponível em: https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/2951.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MORAIS, A. C. P. Maus-tratos infantis e regulação emocional em adultos: revisão sistemática. 2025. Dissertação (Mestrado) – Universidade da Beira Interior, Covilhã, 2025.

NUNES, Amanda Lins Campos *et al.* Impactos psicológicos da violência doméstica em mulheres. Revista Brasileira de Estudos Jurídicos, v. 19, n. 1, p. 1-13, 2025. Disponível em: https://portalunifipmoc.emnuvens.com.br/rbej/article/view/193.

OLIVEIRA, Clara Maria Cavalcante Brum de; TOMAINO, Bianca; MELLO, Cleyson de Moraes; MARTINS, Vanderlei (coord.). Metodologia científica: fundamentos, métodos e técnicas. 1. ed. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). CID-11: Classificação Internacional de Doenças, 11ª revisão. 6B41 Transtorno de estresse pós-traumático complexo. Genebra: OMS, 2019. Disponível em: https://icd.who.int/.

PASINATO, Wânia. Acesso à justiça e violência doméstica e familiar contra as mulheres: as percepções dos operadores jurídicos e os limites para a aplicação da Lei Maria da Penha. Revista Direito GV, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 407-427, jul./dez. 2015.

PASSOS, Elizete. Ética e psicologia: teoria e prática. São Paulo: Vetor Editora, 2023.

PIRES, Fernanda Rayol Campana; TEIXEIRA, Evandro Camargos. Efeitos da violência doméstica contra a mulher e a incidência de

transtorno depressivo: uma revisão sistemática com metanálise. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 23, n. 1, p. e45139, 2024. Disponível em: https://pucrs.emnuvens.com.br/fass/article/view/45139.

RIBEIRO, Júlia Bischir; DE AMORIM MENDONÇA, Stéfany; PINHO, Ana Catarina. Correlação da violência contra a mulher e o desencadeamento do transtorno de estresse pós-traumático. Educação e Saúde: fundamentos e desafios, v. 2, n. 3, p. 95-105, 2022. Disponível em: https://uniptan.emnuvens.com.br/educacaoesaude/article/view/594.

ROCHA, Gabriel Telles. Entre disputas e acolhimentos: uma travessia por questões que a atenção primária faz à Psicologia. 2025. Disponível em: https://lume.ufrgs.br/handle/10183/310399.

RODRIGUES, Eduardo Soares Damasco *et al.* Práticas baseadas em evidências em psicologia: fundamentos, processos e implicações. Revista Tópicos, v. 4, n. 34, p. 1-16, 2026. Disponível em: https://revistatopicos.com.br/artigos/praticas-baseadas-em-evidencias-em-psicologia-fundamentos-processos-e-implicacoes.

ROSA, Milena Groetares; LAPORT, Tamires Jordão. A importância da prática psicológica baseada em evidências: aspectos históricos, conceituais e procedimentais. Revista Mosaico, Vassouras, v. 12, n. 3, p. 61-66, 2021. Disponível em: https://editora.univassouras.edu.br/index.php/RM/article/view/2831.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. Gênero, patriarcado, violência. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular; Fundação Perseu Abramo, 2015.

SALZER, Fernando; DE MATTOS BRAZIL, Glicia Barosa. Manual multidisciplinar das perícias psicológicas nas varas de família. Indaiatuba: Editora Foco, 2026.

SANSON, Janaina *et al.* O que se entende por escuta especializada? Um artigo de revisão integrativa. Psicologia Argumento, v. 42, n. 119, 2024. Disponível em: https://periodicos.pucpr.br/psicologiaargumento/article/view/31807.

SANTOS, Ezevaldo Aquino dos. Psicoterapia em psicologia: o sigilo e a quebra de sigilo. Revista Científica Eletrônica de Psicologia da FAEF, v. 39, n. 2, dez. 2022. Disponível em: https://faef.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/kcbLpBoEqMrYb29_2023-2-28-10-26-5.pdf.

SAWAIA, Bader Burihan. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In: SAWAIA, Bader Burihan (org.). As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ético-política da desigualdade social. Petrópolis: Vozes, 1999.

SILVA, C. M. O perfil psicológico de mulheres que sofrem violência doméstica e seus laços afetivos. 2023. Trabalho de Conclusão de Curso – PUC Goiás, Goiânia, 2023.

SOUSA, Olizan Pereira de. O conceito de acolhimento na Unidade Básica de Saúde e a sua relação com o Projeto Terapêutico Singular: uma contribuição da Psicologia. 2023. Disponível em: http://repositorio.uft.edu.br/handle/11612/5278.

SOUZA, Filipe Luís; GONÇALVES, Júlio. Fundamentos para uma prática baseada em evidências na psicologia: um recurso teórico. 2024. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Filipe-

Souza-14/publication/378462700_Fundamentos_para_uma_Pratica_Baseada_em_Evidencias_na_Psicologia_um_recurso_teorico/links/65da4193e7670d36abdc8d46/Fundamentos-para-uma-Pratica-Baseada-em-Evidencias-na-Psicologia-um-recurso-teorico.pdf.

TEIXEIRA, Hêmilly Priscila Faria *et al.* Escuta qualificada e humanização no atendimento em saúde mental: vivências em um CAPS II no interior de Rondônia. Fórum Rondoniense de Pesquisa, v. 11, n. 1, 2025. Disponível em: https://jiparana.emnuvens.com.br/foruns/article/view/1964.

TIMM, Flávia Bascuñán; PEREIRA, Ondina Pena; GONTIJO, Daniela Cabral. Psicologia, violência contra mulheres e feminismo: em defesa de uma clínica política. Revista Psicologia Política, São Paulo, v. 11, n. 22, p. 247-259, dez. 2011.

TOLEDO, Carolina Miranda Backx *et al.* Esquemas iniciais desadaptativos e modos esquemáticos em mulheres vítimas de violência doméstica. 2021. Disponível em: https://rima.ufrrj.br/jspui/handle/20.500.14407/14500.

UNIT. Mulheres vítimas de violência devem ter assistência psicológica. Portal Unit, 2021. Disponível em: https://portal.unit.br/blog/noticias/mulheres-vitimas-de-violencia-devem-ter-assistencia-psicologica/.

VAN DER KOLK, Bessel. O corpo guarda as marcas: cérebro, mente e corpo na cura do trauma. Rio de Janeiro: Sextante, 2020.

WALKER, Lenore E. A. The battered woman syndrome. 4. ed. New York: Springer Publishing Company, 2017.

YANO, Luciane Patricia. Psicoterapia das aparências: performatividade, cuidado e ética na prática clínica contemporânea. Revista Fenexis: Estudos Fenomenológicos Existenciais, v. 3, n. 3, p. 93-112, 2025. Disponível em: https://teste-periodicos.ufac.br/index.php/fenexis/article/view/8650.

ZIMERMAN, David E. Manual de técnica psicanalítica: uma re-visão. Porto Alegre: Artmed, 2004.

---

[1] Discente.

[2] Orientador(a).