

Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Departamento de Psicologia Clínica
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

**EXERCÍCIOS PARA LIBERAÇÃO DA TENSÃO E DO TRAUMA (TRE):
APLICAÇÃO A SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA CONJUGAL**

DANIELLE SOARES DE MACEDO

Brasília – DF

2013

Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Departamento de Psicologia Clínica
Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

Exercícios para Liberação da Tensão e do
Trauma: aplicação a situações de violência
conjugal

DANIELLE SOARES DE MACEDO

ORIENTADORA: GLÁUCIA R. S. DINIZ, PhD

Dissertação submetida como
requisito parcial para obtenção do grau de
mestre em psicologia

Brasília, 2013

Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Departamento de Psicologia Clínica
Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

Exercícios para Liberação da Tensão e do Trauma: aplicação a
situações de violência conjugal

Banca Examinadora:

Presidente: Prof.^a Gláucia Ribeiro Starling Diniz, PhD.
PPG PsiCC/PCL/IP/UnB

Membro Interno: Prof.^a Dr.^a Maria Inês Gandolfo Conceição
PPG PsiCC/PCL/IP/UnB

Membro Externo: Dr.^a Damares de Castro Aleixo

Membro Suplente: Dr.^a Prof.^a Dr.^a Júlia Sursis Nobre Ferro Bucher-
Malushcke
PPG PsiCC/PCL/IP/UnB

Brasília – DF, de setembro de 2013

“A maldade é um pedido de socorro. Até mesmo aquela maldade que se manifesta em um grau menor no seu dia a dia é um pedido de socorro. Quanto maior a maldade, maior o desespero. E, muitas vezes, a pessoa nem sabe disso, porque se tornou indiferente em relação ao próprio desespero. É quando o agressivo e o indiferente dentro de você se juntam. Assim, você se torna uma pessoa perigosa para si e para os outros; um perigo para a sociedade. E quanto maior o perigo que você representa para a sociedade, maior o desespero e a dor que carrega.”

Sri Prem Baba

Dedico este trabalho a todas as pessoas que percebem a necessidade de mudança, dentro e fora, para que as relações entre homens e mulheres sejam de fato amorosas. Dedico à Lara, semente do futuro. Dedico ao Prem Baba, que vem iluminando o amor verdadeiro em mim.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, à vida, a Deus, à Mãe Divina, a esta ordem que rege o universo e dá sentido para tudo. Agradeço por ter sido sempre cuidada, protegida e amada. Agradeço às águas amorosas da vida, que levam o que não convém e trazem o que preciso.

Sou grata, do chão até o céu, à minha família. Meus irmãos e irmãs, minha mãe, meu pai, meu padrasto, minha madrasta, minhas tias, meus primos e primas. Essas pessoas me receberam e que me oportunizaram existir, da forma como conheço. Cresci com a presença e com a falta, com o acerto e com o erro. Acolho vocês no meu coração e reconheço entre nós um amor imenso.

A todas as mulheres da minha vida! Amigas da vida, irmãs, sobrinhas, cunhadas, terapeutas, amigas e colegas de trabalho, às professoras. Agradeço especialmente à minha mãe querida, que é uma luz na minha vida! Às minhas avós e a toda a linhagem de mulheres fortes, guerreiras e amorosas. É um presente e um merecimento fazer parte disso.

A todos os homens que fizeram e fazem parte da minha vida. Aos amigos - que me tratam com tanto carinho e respeito -, aos que tive a honra de ter como parceiros amorosos, aos professores, aos terapeutas. A você pai, com quem aprendo a amar, a soltar e me posicionar. Agradeço por ter me dado a vida e por construir comigo um espaço para a verdade.

Às minhas amigas e aos meus amigos, uma gratidão doce, alegre e suave. Foi e é maravilhoso descobrir, rir, amar e ser amada, encontrar e desencontrar, encontrar novamente. Um agradecimento especial à Mulherada, grupo de amigas amadas irmãs! Com vocês tenho aprendido a parte deliciosa desta experiência de SER mulher. Ao Sangha de Brasília, irmãos e irmãs de caminhada, de choro e de riso e de caravana rumo à nossa essência amorosa.

Agradeço a todas as pessoas que ajudaram a fazer-me profissional. Às professoras e professores da infância, adolescência, graduação e de hoje. À Marília Lobão, Sérgio Bittencourt, Márcia Borba e Michelle Tusi, por me acolherem no Serviço Público e me ensinarem o amor e a ética neste desafio que é servir à sociedade. À equipe do SERAV, por quem tenho tanto carinho e gratidão e com quem aprendo, compartilho, brinco e choro. Agradeço especialmente à equipe do SERAV Ceilândia, com quem trilhei um caminho bonito de descobertas e de assumir ser quem eu sou.

Sou muito grata à Gláucia Diniz, que me acompanha desde a graduação e hoje é minha orientadora neste trabalho. Obrigada pelo carinho, pela humanidade, pelo exemplo de amor à profissão, pelo espaço dado à minha expressão. Agradeço por ter me orientado neste tema, que é um pedaço da minha alma, e por ter me estimulado a ensinar o que tive a maravilhosa oportunidade de aprender.

A todas as pessoas que me apoiaram, escutaram e possibilitaram que este trabalho acontecesse. Raquel Noronha, Patrícia Brandão, Raquel Guimarães, Luciana

Junqueira, Renata Chaves, Débora Cavalcante, Michelle Tusi, Martha Rocha, Juliana Telles, Marcelo Amaral, muito grata a vocês!

Leonardo Martins, Fabrício Guimarães e Marcela Medeiros agradeço imensamente pelo apoio no momento em que achei que não ia conseguir concluir este trabalho. A ajuda de vocês foi fundamental, técnica e afetivamente.

Ao Filipe Starling, minha verdadeira e intensa gratidão. Meu parceiro de trabalho e amigo de jornada! Sem você, na coleta de dados, nos desabafos, na formatação da dissertação e na vida, este trabalho não teria sido possível.

Ao Mariano Pedrosa, meu primeiro terapeuta corporal, meu amigo e professor! Agradeço para sempre por você ter me apresentado ao meu corpo. Obrigada por ter me ensinado TRE, que é uma das minhas principais ferramentas de cura e agora de trabalho.

Às/Aos participantes desta pesquisa, pela abertura, confiança, entrega e desejo de mudar. Agradeço imensamente a oportunidade de trabalhar com vocês e me encantar com o milagre da vida no corpo.

Às pessoas que aceitaram compor a banca para a defesa da minha dissertação. Inês Gandolfo, Damares Aleixo e Julia Bucher. Escolhi vocês por afinidade e por confiança na oportunidade de aprender.

RESUMO

A violência conjugal tem sido considerada um grave problema de saúde pública. Reflete diferenças de poder entre homens e mulheres nas esferas privada e social. Está relacionada também ao uso de formas comunicacionais e de resolução de conflitos violentas. As condutas violentas constituem uma resposta extremada ao estresse e são também produtoras de estresse, trazendo consequências físicas e emocionais deletérias a todas as pessoas envolvidas. O foco deste trabalho foi conhecer relações entre estresse, gênero e violência, de forma a contribuir para o delineamento de intervenções inovadoras e eficazes. O objetivo geral foi avaliar os efeitos da aplicação dos Exercícios para Liberação da Tensão e do Trauma (TRE) em homens e mulheres em situação de violência conjugal, quanto aos níveis de estresse e enfrentamento à situação de violência. Participaram da pesquisa 14 mulheres e 15 homens envolvidos em processos judiciais do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios devido às denúncias de mulheres vítimas de violência em seu relacionamento conjugal. As/os participantes foram divididas/os em dois Grupos de Intervenção – um de homens e um de mulheres – e em dois Grupos de Comparação – um de homens e um de mulheres. Aos Grupos Intervenção foi aplicada a técnica TRE e demais procedimentos da pesquisa. Nos Grupos Comparação foram aplicados todos os procedimentos de pesquisa, com exceção da técnica TRE. A técnica TRE mostrou-se adequada e eficaz como ferramenta interventiva nos casos de violência contra a mulher. As mulheres e os homens que receberam a intervenção demonstraram menos sinais de anestesia emocional, ampliaram sua capacidade de percepção de sinais corporais de estresse, fizeram uma avaliação mais acurada dos riscos de reincidência da violência e da tensão e estresse relacional e passaram a adotar estratégias mais ativas de prevenção a novos episódios de violência. A continuidade da prática regular de TRE mostrou-se fundamental para manutenção, consolidação e ampliação dos benefícios da técnica para todos os casos. Os resultados evidenciaram também uma clara relação entre as categorias gênero, estresse e violência. A comparação entre homens e mulheres, tanto dos Grupos Intervenção quanto dos Grupos Comparação, revelou que as experiências subjetivas de homens e mulheres em situação de violência são bastante distintas.

Palavras chaves: violência conjugal; gênero; estresse; Exercícios para Liberação da Tensão e do Trauma (TRE)

ABSTRACT

Marital violence has been considered a serious public health issue. It reflects the power differences between men and women in the private and social spheres. It is also related to the use of violent communications and conflict resolutions strategies. The violent behaviors constitute an extreme reaction to stress and are, at the same time, stress producers, generating deleterious physical and emotional consequences to everyone involved. The focus of this research was to understand the relationships between stress, gender and violence in order to contribute to the design of innovative and effective interventions. The general objective was to evaluate the effects of the application of Tension and Trauma Releasing Exercises (TRE) in the levels of stress and in the strategies used to deal with violence of men and women leaving in marital violent relationships. Participated in the research 15 men and 14 women involved in a domestic violence judicial process at the Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios, related to a legal complaint made by women victims. The participants were assigned to two Intervention Groups - one of women and the other of men - and two Control Groups - one of women and the other of men. The participants of the Intervention Groups received the TRE technique and other research procedures; the Control Groups participants went through the research procedures only. The TRE technique proved to be an adequate intervention technique to be used in domestic violence cases. Men and women who were exposed to the intervention diminished their levels of emotional anesthesia, heightened their levels of perception of corporal stress signs, were able to give a more accurate evaluation of the level of risk of recidivism of violence and relational stress and tension and were able to adopt more active strategies to prevent new episodes of violence. The continuity of a regular practice of the TRE exercises was essential for the maintenance, consolidation and expansion of the benefits of the technique for all cases. The results also showed a clear relationship between gender, stress and violence. The comparison between men and women who participated in the Intervention Groups or in the Control Groups revealed that the subjective experiences of men and women who are part of a violent relationship are very distinct.

Key words: marital violence; gender; stress; Tension and Trauma Releasing Exercises - TRE.

SUMÁRIO

Introdução	Erro! Indicador não definido.
Capítulo 1: Violência, Violência Doméstica e Violência Conjugal: definições, contextualização e reflexões	16
Capítulo 2: A relação Gênero, Violência e Estresse	22
1. Estresse: conceitos e perspectivas	22
2. Gênero e estresse	25
3. Estresse e relacionamento conjugal.....	29
4. Estresse, gênero e violência: uma interação a ser desvelada.....	30
Capítulo 3: Manejo do Estresse e Estratégias de Intervenção	38
Exercícios para Liberação da Tensão e do Trauma (<i>Tension and Trauma Releasing Exercises –TRE</i>).....	39
Capítulo 4: Método.....	46
Objetivo Geral	46
Objetivos Específicos	46
Participantes	47
Local da pesquisa.....	48
Procedimentos e coleta de dados	49
Análise de dados	54
Cuidados éticos.....	55
Capítulo 5: Resultados e Discussão.....	56
1. Apresentação dos/as participantes da pesquisa	56
2. Estresse, Gênero e Violência: a experiência inicial de mulheres e homens.	59
3. Aplicação da Técnica TRE: reações imediatas, experiências e efeitos.....	82
4. Estresse, gênero e violência: tremer ajudou em alguma coisa?	94
5. Ser homem e Ser mulher: faz diferença?	132

6. Reflexão sobre o uso da Técnica TRE na intervenção em casos de violência conjugal	142
Considerações finais	146
Um final na primeira pessoa.....	152
Referências	155
Anexo I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	163
Anexo II – Termo de Autorização para Utilização de Imagem e Som de Voz para fins de pesquisa	164
Anexo III – Aceite Intitucional.....	165
Anexo IV – Parecer consubstanciado do comitê de ética do instituto de ciências humanas da universidade de brasília	166
Anexo V – Questionário 1	170
ANEXO VI – Questionário 2	173
Anexo VII – Roteiro de entrevista da fase de <i>follow up</i>	175
Anexo VIII – Inventário de sintomas de stres para adultos de Lipp	177

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Dados sociodemográficos dos/as participantes	57
Tabela 2: Situação inicial das mulheres do Grupo Intervenção	60
Tabela 3: Situação inicial das mulheres do Grupo Comparação	64
Tabela 4: Situação inicial dos homens do Grupo Intervenção	68
Tabela 5: Situação inicial dos homens do Grupo Comparação.....	71
Tabela 6: Evolução das mulheres do Grupo Intervenção entre as fases de teste, pós-teste e follow up.....	95
Tabela 7: Evolução das mulheres do Grupo Comparação entre as fases de teste, pós-teste e follow up	103
Tabela 8: Evolução dos homens do Grupo Intervenção entre as fases de teste, pós-teste e follow up.....	116
Tabela 9: Evolução dos homens do Grupo Comparação entre as fases de teste, pós-teste e follow up.....	121

Meu interesse pela inserção no Programa de Mestrado Acadêmico em Psicologia Clínica e Cultura do Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia da UnB, surgiu a partir de questões percebidas no exercício de minha atividade profissional. Além de atuar como psicóloga clínica de abordagem psicocorporal, sou psicóloga do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios, e estou atualmente lotada no Serviço de Assessoramento aos Juízos Criminais (SERAV). Dentre os temas com os quais trabalho está a Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher.

O SERAV atua junto aos casos de violência intrafamiliar, assessorando Varas Criminais e Juizados Especiais Criminais do DF. A assessoria psicossocial tem como função contribuir para a ampliação da compreensão dos fatos jurídicos e da construção de novas possibilidades interventivas, sociocultural e subjetivamente contextualizadas.

Nos casos de violência contra a mulher, as reflexões sobre os papéis sociais e estereótipos de gênero são ferramentas fundamentais tanto para a análise das experiências/dos casos quanto para a intervenção. Isso porque os papéis sociais de homens e mulheres são ainda rigidamente divididos, naturalizados e cristalizados. Eles servem como pano de fundo para a forma como se constituem as relações entre homens e mulheres, bem como para a forma como se dão as negociações de limites e a resolução de conflitos no contexto da conjugalidade.

O fenômeno da violência conjugal está relacionado ao uso de formas comunicacionais e de resolução de conflitos violentas. Reflete também as estruturas sociais de poder entre homens e mulheres. A violência, em suas múltiplas manifestações, tem sido considerada um grave problema de saúde pública, pelos altos índices de incidência e pelas consequências deletérias às mulheres vítimas de violência, aos seus filhos e também aos homens. Tal violência é marcada pela multicausalidade, exigindo análise complexa e esforços interdisciplinares de compreensão e intervenção. (Angelim, 2004; Minayo & Souza, 1998).

Os movimentos sociais, especialmente os movimentos feministas, e os avanços teórico-práticos e legais, contribuíram para a ampliação da visibilidade das variadas formas de violência doméstica nos últimos anos. A indiferença e banalização têm sido gradativamente dissolvidas. A família é atualmente compreendida como espaço de proteção e cuidado e, também, muito frequentemente, de opressão e violência. Somado a isso, tem-se testemunhado o avanço e fortalecimento de ações multiprofissionais e

interinstitucionais direcionadas às pessoas envolvidas em situação de violência doméstica e familiar contra a mulher (Angelim & Diniz, 2009).

O Estado brasileiro reconhece juridicamente a natureza específica da violência contra a mulher. Considera as questões de gênero e a desproporcionalidade com que a violência afeta as mulheres em relação aos homens (Conselho Nacional de Justiça [CNJ], 2010). Uma das mais importantes medidas adotadas pelo país com o intuito de enfrentar o problema da violência contra as mulheres foi a promulgação de uma lei específica de proteção: a Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006, mais comumente conhecida como Lei Maria da Penha.

Essa lei inaugura um novo tempo político e sociocultural, mais comprometido com mudanças profundas e paradigmáticas e com a criação de novas referências para os relacionamentos entre homens e mulheres (e também entre mulheres e mulheres e entre homens e homens). Seu art. 5º define violência doméstica e familiar contra a mulher como “qualquer ação ou omissão baseada no gênero e que lhe cause morte, lesão, dano moral, dano patrimonial, sofrimento físico, sexual ou psicológico” (Brasil, 2006).

Vários mecanismos inovadores e desafiadores das estruturas de manutenção da violência doméstica contra a mulher estão contidos no texto da lei. A referida lei cumpre, portanto, o papel de: a) diferenciar a violência contra as mulheres como fenômeno diverso dos outros crimes; b) facilitar a apresentação e manutenção das queixas e denúncias; c) garantir a segurança das mulheres por meio das medidas protetivas de urgência, que prevêm inclusive a possibilidade de decretação de prisão preventiva para o agressor; d) prever a promoção e o fomento de uma rede social de serviços de prevenção e intervenção junto a casos de violência contra as mulheres; e) impedir as transações penais; f) priorizar educação e ressocialização do autor (Angelim & Diniz, 2009).

A necessidade de atenção e de programas de atendimento às mulheres e demais participantes das dinâmicas relacionais violentas - homens e filhos/as – é, também, devidamente observada pela Lei 11.340/06 (Angelim, 2009; Brasil, 2006). A violência contra as mulheres afeta, portanto, todos os membros da família. Tal fato exige o planejamento de ações, intervenções e políticas públicas voltadas a todos os participantes da dinâmica relacional violenta (Ghesti, Roque & Moura, 2006).

Essa inovação legal, embora ainda precise de maior articulação e ampliação, permitiu o fortalecimento de uma rede pública diversificada de atendimento aos casos de violência. A rede de atendimento é composta por: *Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher* - que são parte da justiça ordinária e têm competência cível e criminal para processar, julgar e executar as causas decorrentes de violência doméstica e familiar contra a mulher; *Centros de Referência*; *Casas-Abrigo*; *Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher*; *Defensoria da Mulher*; *Central de Atendimento à Mulher – Ligue ou Disque 180*; *Ouvidorias*; *Centros de Referência da Assistência Social (CRAS)* e *Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS)*; *Serviço de Responsabilização e Educação do Agressor*; *Polícia Civil e Militar* (CNJ, 2010).

Todo esse aparato público busca não apenas a punição a atos violentos praticados contra as mulheres nas relações familiares e de conjugalidade. De uma forma mais ampla, é parte de um percurso histórico e de uma mudança paradigmática no campo das relações de gênero. É também resultado de ações de movimentos sociais e políticos, em especial os movimentos feministas, comprometidos com a mudança e a dissolução dos papéis estereotipados de gênero e da opressão feminina pelos homens.

Juntamente com as inovações legais que visam à prevenção e coibição da violência contra a mulher, tem-se testemunhado o avanço e o fortalecimento de ações multiprofissionais e interinstitucionais direcionadas tanto às mulheres quanto aos homens agressores e seus/suas filhos/as. A necessidade de ações desta natureza são evidenciadas nos resultados de pesquisa realizada pela Data Senado (2013), segundo os quais 80% da população feminina entrevistada acredita que as leis isoladamente não são capazes de resolver o problema da violência doméstica e familiar contra as mulheres.

O delineamento de formas inovadoras de intervenção faz parte de um contexto de revisão de paradigmas socioculturais e legais, marcado pelo crescente movimento contrário à violência contra a mulher – tanto por parte da sociedade civil quanto do Estado. Nesse sentido, o desenvolvimento de metodologias de intervenção baseadas em referenciais teóricos sólidos constitui-se ao mesmo tempo necessidade e desafio. A realização de pesquisas é também de fundamental importância para o desenvolvimento de formas adequadas de trabalho com pessoas em situação de violência (Brasil, 2006; Ghest et al., 2006; Angelim & Diniz, 2006; 2009).

Esta pesquisa pretende contribuir para a construção e avaliação de propostas interventivas adequadas aos casos de violência doméstica contra a mulher. O foco do trabalho foi conhecer relações entre estresse, gênero e violência e avaliar os efeitos da aplicação dos Exercícios para Liberação da Tensão e do Trauma (*Tension and Trauma Releasing Exercises - TRE*) em homens e mulheres em situação de violência conjugal judicializada. Tal intento faz parte de um esforço atual da psicologia clínica por promover a construção de práticas socialmente contextualizadas, comprometidas com a transformação social e que contribuam para o projeto social maior de construção de uma sociedade igualitária, com direito a uma vida sem violência (Ghesti et al., 2006; Angelim & Diniz, 2006).

A dissertação está organizada em cinco capítulos e considerações finais. O referencial teórico utilizado para a pesquisa está contido nos Capítulos 1, 2 e 3. No Capítulo 1 apresentamos conceitos e reflexões sobre violência, violência doméstica e violência conjugal. Estatísticas nacionais recentes e literatura especializada sobre o tema foram utilizadas para contextualizar e compreender o fenômeno da violência contra a mulher. As relações entre estresse, gênero e violência conjugal foram abordadas no capítulo 2. As informações teóricas deste capítulo contêm: conceituação do estresse, modelos de compreensão do processo de estresse referenciados na literatura; as relações entre gênero e estresse, entre estresse e conjugalidade e entre estresse e conjugalidade violenta. O capítulo 3 apresenta a técnica TRE em termos de mecanismos de funcionamento, aspectos neurofisiológicos envolvidos, efeitos e benefícios potenciais. A possível aplicabilidade da técnica aos casos de violência foi discutida com base em seus efeitos de ativação dos mecanismos naturais de autorregulação e restauração orgânicas.

O capítulo 4 trata do delineamento metodológico da pesquisa. O capítulo 5 apresenta e discute os resultados obtidos com a pesquisa em termos de níveis de estresse, percepção de risco e estratégias de prevenção a novos episódios de violência. As diferenças de gênero quanto aos resultados e às potencialidades e limitações da técnica TRE nos casos de violência conjugal foram também explicitadas e discutidas. A última parte trata das considerações finais sobre a relevância, forças e limitações do trabalho e o significado pessoal do desenvolvimento da pesquisa para a pesquisadora.

CAPITULO 1

VIOLÊNCIA, VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E VIOLÊNCIA CONJUGAL: DEFINIÇÕES, CONTEXTUALIZAÇÃO E REFLEXÕES

A violência é uma expressão da normalidade social que transforma diferenças em desigualdade, para que seja possível a dominação, exploração e opressão. Trata o sujeito como coisa passiva e silenciosa, constituindo-se em violação da liberdade e do direito de ser sujeito de sua própria história. Implica desejo de mando de um sobre o outro, mediante interiorização das vontades e ações dominantes pela parte dominada (Gregori, 2008).

O tema violência é polissêmico, complexo e controverso. Algumas das razões para isso são as seguintes: 1) o conceito de violência é dinâmico, ligado ao que é percebido como uma transgressão de normas e valores socialmente instituídos em cada momento histórico, em cada contexto e em cada tipo de relação, pelos diversos atores envolvidos; 2) a violência não é uma totalidade homogênea, uma vez que se manifesta de diversas formas - física, sexual, psicológica, patrimonial, moral; 3) as várias formas de violência têm causalidade plural. A compreensão e intervenção junto aos casos de violência exigem, portanto, uma articulação de saberes. Essa articulação tem se dado paulatinamente graças aos esforços de profissionais das mais diversas áreas de conhecimento – antropologia, sociologia, ciências jurídicas, psicologia e demais ciências da saúde (Minayo & Souza, 1998; Lisboa, Vicente & Barroso, 2005).

A utilização da violência implica na passagem de energia aos músculos para preparar o corpo para ataque ou luta, bloqueando-se a capacidade comunicativa. As respostas agressivas a uma situação de conflito surgem quando outras formas de comunicação de necessidades e reivindicações falham ou não são vistas como alternativa viável. Uma vez que as reações violentas são utilizadas como forma de resolução de conflitos, elas impossibilitam o estabelecimento de formas efetivas de comunicação. Ademais, quando repetida e reiterada, a violência pode se tornar, ela própria, a forma de comunicação eleita e assume um papel tanto de descarga da tensão quanto de busca de significação do sujeito, a partir de sua tentativa de reafirmar seu poder e valor (Neves & Romanelli, 2006).

Neves e Romanelli (2006) afirmam que a violência pode ser entendida como uma invasão da organização afetiva e corpórea do outro, com o intento de manter este último num espaço de dominação e subjugação. Ela envolve o uso ilegítimo e arbitrário da força, constituindo uma transgressão a normas sociais já estabelecidas. Trata-se, assim, de uma perturbação da ordem social a partir do exercício do poder ou ameaça de assim fazê-lo. Por este motivo, é passível de intervenção do Estado e gera consequências legais (Lisboa et al., 2005; Angelim, 2009; Diniz & Angelim, 2009).

Uma das formas de manifestação da violência é a que ocorre nos espaços de relações de intimidade e de convivência familiar – a violência doméstica. Esta forma de violência está presente de maneira marcante em todos os países do mundo, independe de etnia, classe social e nível educacional e se faz acompanhar por importantes prejuízos ao bem-estar, à segurança e aos direitos humanos. Esses fatos contribuem para que a violência doméstica seja atualmente vista, nacional e internacionalmente, como uma questão de saúde pública (Diniz, 2011).

As dinâmicas violentas, seja no contexto familiar e/ou em outras relações íntimas, são marcadas pela presença de medo e de atitudes de coisificação do outro e de conseqüente negação de suas necessidades e desejos. Além disso, estão presentes a privação afetiva, econômica e/ou social e os processos de distorção da realidade subjetiva e interpessoal. Esse processo acaba por gerar sentimentos de indiferença de uns para com os outros, trocas afetivas e comunicação precárias e a disseminação de condutas violentas e destrutivas como a forma de interação entre todos os membros da família e destes com a rede social (Angelim & Diniz, 2003).

Há diversos mitos e dificuldades em lidar com o tema violência doméstica, especialmente devido à dificuldade que temos em compreender as contradições que permeiam as relações íntimas e familiares. A família é em geral concebida como um espaço de privacidade, impassível de críticas e intervenções. Assim, o uso da violência como uma forma usual de negociação de limites e correção de adultos entre si e entre adultos e crianças costuma ser frequentemente ignorada. Tal fato dificultou e ainda dificulta a criação de parâmetros a partir dos quais avaliar a adequação ou inadequação das formas relacionais no ambiente doméstico. Há uma naturalização da violência que ocorre nos espaços privados da família e das demais relações de intimidade, o que contribui para a manutenção e agravamento das relações violentas (Angelim & Diniz, 2003).

A violência contra a mulher é uma das formas de violência doméstica que mais tem recebido atenção nos últimos anos, tanto das organizações governamentais quanto da sociedade civil. Discussões, reflexões e reformulações paradigmáticas no que se refere ao lugar social ocupado pelas mulheres têm ocorrido no Brasil e em diversas outras nações.

Pesquisa recente (Data Senado, 2013) aponta que 19% da população feminina brasileira, com 16 anos ou mais, já sofreu algum tipo de violência. Destas, 31% ainda convivem com o agressor e, das que convivem com o agressor, 14% ainda sofrem algum tipo de violência. Os dados mostram também que dentre 84 países, o Brasil ocupa o 7.º lugar no ranking de homicídios femininos. A pesquisa mostra também que aproximadamente uma em cada cinco brasileiras reconhece já ter sido vítima de violência doméstica ou familiar provocada por um homem. Além disso, a probabilidade de uma mulher ser agredida pelo companheiro ou ex-companheiro é maior do que a de ser agredida por estranhos: 65% das mulheres agredidas o foram por seu próprio parceiro e 13%, por ex-parceiros de relacionamento. O espaço privado de convivência familiar configura-se, assim, como palco privilegiado para o uso arbitrário da força como forma de manutenção do poder (Data Senado, 2013).

Dados do Ligue 180, serviço de utilidade pública que orienta as mulheres em situação de violência sobre seus direitos, confirmam esta realidade. O relatório anual elaborado pelo serviço apontou que no ano de 2012 houve 88.685 registros de violência doméstica por parte das mulheres brasileiras, sendo que ocorreram mais de 240 destes registros por dia. A violência física foi a mais relatada, correspondendo a 56,65% das formas de violência relatadas. A violência psicológica foi registrada por 27,60% das usuárias; a moral, por 11,70%; a sexual, por 1,90%; e a patrimonial por 1,60%. Houve também atendimento a mais de um caso por dia de cárcere privado. O relatório traz ainda a informação de que, em 70% dos registros, os autores de violência foram os próprios cônjuges ou companheiros das mulheres. Namorados, ex-namorados, companheiros/maridos e ex-companheiros/ex-maridos foram os autores de violência em 89% dos casos (Ligue 180, 2012).

A perspectiva feminista compreende a violência doméstica contra a mulher como um fenômeno que se origina e se sustenta por uma visão androcêntrica de mundo e das relações. A conduta violenta contra as mulheres nas relações de intimidade, de acordo com esta perspectiva, é socialmente aprendida e transgeracionalmente reproduzida. É

vista como uma decorrência de expectativas relacionadas a valores e papéis rigidamente atribuídos ao feminino e ao masculino em cada cultura e sociedade em um dado momento histórico. A violência doméstica e familiar contra as mulheres está, assim, ligada à ideologia do patriarcado, que possibilitou a construção e naturalização das variadas formas de discriminação e subjugação feminina a relações de poder desiguais (Diniz, 1999, 2003, 2011; Narvaz & Koller, 2006; Angelim, 2009).

A categoria gênero diferencia o sexo biológico do sexo social. Evidencia que este último é, portanto, historicamente construído e constitui as relações entre homens e mulheres. Ao longo da história ocorreu um processo que atribuiu maior valor às características e competências ligadas ao masculino, e, que conseqüentemente desvalorizou atributos ligados ao universo feminino. Ao enfatizar as diferenças, fez com que estas passassem a ser vistas como inquestionáveis e naturais (Guedes, Silva & Fonseca, 2009). Trata-se de um fenômeno complexo, que articula relações de poder assimétricas, dominação e submissão socialmente construídas e internalizadas por homens e mulheres. A violência de gênero decorre, assim, da conversão dessas diferenças em desigualdade e opressão, levando a relações de poder do tipo dominador-dominado (Araújo, 2005; De Paula & Cols., 2008; Hartmann, 2004).

Os movimentos feministas tiveram, portanto, um importante papel na definição e reconhecimento do que hoje denominamos violência doméstica e familiar contra a mulher. O espaço privado da família e do casamento se tornou passível de críticas por meio da eleição da perspectiva da problematização das relações de gênero como ferramenta principal para dar significado às relações de poder. Foi a partir desse momento histórico que se começou a desnaturalizar a desigualdade de poder nas relações de intimidade. Tal fato tem permitido que as violências sejam vistas, nomeadas e denunciadas (Angelim, 2009; Sarti, Barbosa & Suarez, 2006).

No Brasil, as discussões sobre temáticas relacionadas às diferenças sexuais e às violências contra a mulher ganharam visibilidade especialmente a partir da década de 1970. A participação do país nessas discussões se deu inicialmente de forma tímida e pouco comprometida com a transformação da realidade social de vulnerabilidade feminina. Paulatinamente houve um avanço do envolvimento nacional quanto às questões femininas e, especificamente, quanto à violência contra a mulher. Relacionada a esse processo histórico está a subscrição brasileira aos seguintes documentos internacionais: Convenção Americana dos Direitos Humanos (1992); Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e

Erradicar a Violência Contra a Mulher (Convenção do Belém do Pará, 1994); a Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre as Mulheres (1995); Protocolo Facultativo à Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres (1999, assinado pelo Brasil em 2001 e ratificado pelo Congresso Nacional em 2002) (Angelim, 2009; CNJ, 2010; Guimarães, 2011).

Sarti, Barbosa e Suarez (2006) apontaram o fato de que os movimentos sociais - e, especialmente, os feminismos – têm possibilitado visibilidade e criticidade à violência contra as mulheres. Por outro lado, consideram que esses movimentos parecem ter contribuído para a invisibilidade de outras violências, com outra lógica de construção e manutenção. As outras violências incluiriam, para as autoras, diversos episódios de violência praticados por mulheres contra homens, sejam familiares, companheiros, filhos.

A utilização dos termos “vítima” para as mulheres e “agressores” para os homens é motivo para debates e questionamentos. A Lei 11.340/06, conhecida como Lei Maria da Penha, utiliza a palavra vítima para mulheres por considerá-las mais suscetíveis a violências graves que os homens, dado o histórico de retirada da possibilidade de autorreferência, as relações de poder e subjugação do patriarcado, a divisão rígida de papéis masculinos e femininos e os incontáveis episódios de violência/tortura/abuso registrados ao longo da história e culturalmente justificados por um discurso sexista naturalizado (Angelim, 2009).

Cartilha elaborada por Soares (2005), destinada aos profissionais e voluntários envolvidos no enfrentamento à violência contra a mulher, nos traz elucidação importante sobre diferenças de impacto entre as violências praticadas por homens e mulheres nas relações domésticas. A este respeito, a autora faz os seguintes questionamentos:

Você já deve ter conhecido alguns homens que se queixam da violência de suas parceiras, mas já ouviu falar de um homem: 1. Que vive aterrorizado, temendo os ataques da mulher? 2. Que seja abusado sexualmente por ela? 3. Que tenha se isolado dos familiares e amigos por pressão ou por vergonha da situação que está vivendo? 4. Que tenha perdido a liberdade de ir aonde quer, de trabalhar ou estudar? 5. Que viva assustado por não conseguir proteger os filhos? 6. Que se sinta o tempo todo humilhado e desqualificado, impotente e sem saída? 7. Que viva pisando em ovos para não despertar a ira da mulher? 8. Que seja totalmente

dependente dos ganhos da companheira e, portanto, sem nenhuma autonomia? 9. Que tenha perdido a auto-estima e esteja destruído psicologicamente pela parceira? 10. Que tenha medo de deixá-la e que acabe sendo morto por falta de proteção? (p. 17-18).

Há casos em que os homens são vítimas de agressão nas relações de intimidade. Essas situações exigem igualmente a tomada de medidas de responsabilização de quem pratica a violência. Contudo, esta violência frequentemente está ligada a questões relacionais e individuais. A violência contra as mulheres, por sua vez, está associada a um contexto social, cultural e histórico opressivo e subjogador. Esta última situação tem servido de pano de fundo e justificado atos de violência dos homens contra as mulheres. Tal fato explica a atenção e proteção diferenciadas oferecidas às mulheres vítimas de violência pelo Estado Brasileiro e pela sociedade civil organizada.

O fato é que todos os que fazem parte das dinâmicas relacionais violentas sofrem – homens, mulheres, crianças, família extensa e outros membros da rede social. A partir dessa realidade e visando contribuir para a liberdade e igualdade entre homens e mulheres é que devemos planejar ações, intervenções e políticas públicas. Estas devem incluir e atender a todas/todos as/os envolvidas/os e atingidas/os pela violência doméstica e familiar contra as mulheres. Este estudo pretende examinar as interações gênero e violência, prestando especial atenção às formas como os relacionamentos conjugais - especialmente os violentos - podem desencadear respostas de estresse em seus membros.

O próximo capítulo será dedicado ao exame do estresse como dimensão importante de ser compreendida em contextos de violência conjugal. Nesse sentido, discutiremos as formas como a socialização de gênero mobiliza diferentes respostas ao estresse por parte de homens e mulheres. Em seguida, problematizaremos a presença do estresse nas relações conjugais, em especial nos casos em que estão presentes diversos tipos de manifestações da violência conjugal. A violência conjugal será vista/entendida ao mesmo tempo, como uma resposta socialmente construída e extremada ao estresse e também como produtora de estresse, gerando, portanto, consequências física e emocionalmente deletérias que demandam atenção dos profissionais envolvidos com essa problemática.

CAPITULO 2

A RELAÇÃO GÊNERO, VIOLÊNCIA E ESTRESSE

A palavra estresse é utilizada com muita frequência pelos meios de comunicação e por profissionais de saúde e está presente nas conversas cotidianas entre as pessoas. As relações entre estresse e quadros de adoecimento emocional e físico são bem conhecidas e divulgadas, seja por estudos científicos, seja pelas manchetes de jornais e programas televisivos. O estresse é um fenômeno de causalidade múltipla e está ligado à avaliação subjetiva que fazemos da realidade e aos recursos que temos para lidar com as situações da vida. Tanto a avaliação quanto a presença e suficiência de recursos de enfrentamento dependem de diversas variáveis pessoais, relacionais e socioculturais. Este trabalho se propõe a avaliar e discutir as relações existentes entre algumas destas variáveis: estresse, gênero e violência conjugal.

1. Estresse: conceitos e perspectivas

O estresse é uma resposta psicofisiológica não característica do organismo frente a situações estressoras - boas ou penosas- avaliadas pela pessoa como uma sobrecarga ou extrapolação de seus recursos. Um fato ou situação estressora é aquela que exige adaptação do organismo além de seus limites, ou seja, mudanças nas formas habituais de lidar com eventos. Quanto maior a necessidade de adaptação, maior será a necessidade de utilização, pela pessoa, de suas reservas de energia adaptativa, o que pode levar a um enfraquecimento físico e mental. Nesse sentido, a resposta de estresse é uma tentativa de vencer um desafio, sobreviver a uma ameaça ou lidar com uma adaptação necessária ao momento (Berceli, 2010; Braz, 2010; Calais, Andrade & Lipp, 2003; Gallo, 2006; Sadir, Bignotto & Lipp, 2010).

O estresse se relaciona, de forma geral, a condições de vida caóticas, conflitos familiares e interpessoais e responsabilidades aflitivas. Um processo de estresse pode se desenvolver em virtude de demandas internas – ansiedade, pessimismo, pensamentos disfuncionais, pressa, competição e falta de assertividade - ou externas – estresse laboral, sobrecarga de papéis sociais, dificuldades financeiras, fazer parte de relações de poder autoritárias (Sadir et al., 2010).

Scaer (2005) afirma que o estresse é o processo de reações físicas e emocionais a fatores internos e externos que perturbam o equilíbrio fisiológico (homeostase) de um animal ou pessoa. Nesse sentido, as experiências traumáticas, por perturbarem a homeostase do organismo, estão incluídas na categoria de estresse. O autor esclarece, contudo, que nem todo estresse é traumático. O estresse pode se tornar traumático se ocorrer num contexto de impotência e perda de controle e se o evento estressante guardar relação com traumas anteriores da pessoa. O processo de trauma envolve, assim, experiências de ameaça, real ou percebida, à vida. Nestas situações, a pessoa se vê em um estado de relativa impotência.

As reações orgânicas ao estresse são acompanhadas por uma elevação dos hormônios do estresse, as catecolaminas, relacionados à ansiedade e desconforto emocional e físico – características da ativação do sistema nervoso simpático. O estresse prolongado provoca exaustão das glândulas adrenais e inibe as respostas do sistema imunológico. Além disso, relaciona-se a ansiedade, depressão, hipertensão arterial, doenças do coração, desequilíbrios gastrointestinais, câncer e envelhecimento. Sob estresse, os seres humanos têm menor capacidade cognitiva para processamento de informações afetivas (Berceli, 2007; Scaer, 2005).

A resposta de estresse é processual e em geral ocorre em fases já bem definidas e conhecidas pela literatura (Braz, 2010; Calais, Andrade & Lipp, 2003; Gallo, 2006; Lipp, 2005; Sadir, Bignotto & Lipp, 2010; Selye, 1976). Há, em cada fase, características, sintomatologia e consequências específicas. O modelo trifásico do estresse propõe uma divisão do processo em três fases: alerta, resistência e exaustão.

Na fase de **alerta** ocorre a exposição a um estressor que desencadeia a quebra da homeostase orgânica. Tal fato ocasiona reações do sistema nervoso simpático, levando a um aumento da liberação de adrenalina e uma preparação para a preservação da vida. O organismo se prepara para a reação de luta ou fuga, como forma essencial de preservação à vida. A produção de adrenalina gera vigor e energia na pessoa, motivo pelo qual a fase de alerta é entendida como a fase positiva do estresse. Sendo temporário o estressor, o organismo recupera o equilíbrio naturalmente (Braz, 2010; Calais et al., 2003; Gallo, 2006; Lipp, 2005; Sadir et al., 2010; Selye, 1976).

A segunda fase é conhecida como fase de **resistência**. Ocorre quando o evento estressor perdura por um longo período de tempo ou quando é muito intenso. Nesse caso, o organismo lança mão de ações reparadoras, resistindo ao estresse, na tentativa de

recuperar o equilíbrio adaptativo. Para tanto, utiliza-se automaticamente de suas reservas de energia, o que enfraquece e fragiliza o funcionamento corporal. Nesta fase, há uma diminuição da produção de adrenalina e aumento da produção de corticosteroides, o que pode afetar o funcionamento do sistema imunológico. O organismo procura uma adaptação, em virtude da necessidade de buscar a homeostase interna, o que se faz acompanhar por reações opostas à primeira fase e muitos dos sintomas iniciais desaparecem, dando lugar à sensação de cansaço. Há, geralmente, sensações de desgaste generalizado e dificuldades de memória (Braz, 2010; Calais et al., 2003; Gallo, 2006; Lipp, 2005; Sadir et al., 2010; Selye, 1976).

A última fase do modelo trifásico do estresse é a fase de **exaustão**. Neste momento o evento estressor excedeu os recursos de enfrentamento do indivíduo, exaurindo-se, então, as reservas de energia adaptativa. As consequências psicossomáticas do estresse estão geralmente presentes. Há grande debilidade orgânica, com o aparecimento frequente de úlceras, gengivites, ansiedade, hipertensão arterial, dermatoses, dificuldades sexuais, problemas respiratórios e cardíacos (Braz, 2010; Calais et al., 2003; Gallo, 2006; Lipp, 2005; Sadir et al., 2010; Selye, 1976).

Estudos recentes têm delineado o Modelo Quadrifásico do estresse, em que se considera a existência de mais uma fase do processo - a **quase-exaustão**, que ocorre entre a fase de resistência e a fase de exaustão. Na quase-exaustão o organismo se enfraquece e começa a adoecer por não conseguir mais resistir ao estressor. Há, no entanto, a preservação da funcionalidade. A pessoa ainda exerce suas atividades e cuida de suas responsabilidades, embora já com dificuldade e comprometimento (Gallo, 2006; Lipp, 2005; Sadir et al., 2010).

Deve-se esclarecer que o estresse é uma reação protetiva, adaptativa, necessária e natural do organismo a uma situação ameaçadora. Este processo somente se torna um problema quando é muito intenso (experiência traumática) ou quando a exposição aos estímulos estressores se prolonga por muito tempo. Nessas situações, o retorno ao estado homeostático natural de não ativação é dificultado, o que traz prejuízos à saúde, à qualidade de vida e à produtividade das pessoas (Scaer, 2005; Sadir et al., 2010).

As consequências da exposição prolongada ao estresse são muitas, dentre elas: prejuízo do sistema imunológico, baixa dos glóbulos brancos, infecções, doenças e envelhecimento precoce (doenças de adaptação). Além das consequências somáticas,

apatia, depressão, desânimo, sensação de desalento, hipersensibilidade emotiva, irritabilidade, raiva, ansiedade e retraimento social são algumas das consequências emocionais possíveis (Braz, 2010).

Uma situação estressante para uma pessoa pode não o ser para outra. A forma diferencial com que cada um/a é afetado/a pelas situações estressoras e mesmo a avaliação ou não de uma situação como potencialmente estressora depende de histórias de vida, fatores biológicos, fatores sociais, familiares e comunitários (Gallo, 2006). Este estudo pretende dar ênfase à interação entre estresse e as construções sociais sobre o ser homem e o ser mulher e também à forma como os relacionamentos conjugais violentos podem desencadear respostas de estresse nas pessoas envolvidas.

2. Gênero e estresse

As diferenças entre os sexos quanto ao estresse e às formas de lidar com ele são apontadas pela literatura (Calais et al., 2003; Gallo, 2006; Sadir et al., 2010; Rocha-Coutinho, 2005) e tem sido frequentemente relacionadas a marcadores biológicos, sociais e relacionais. Essas diferenças ainda não foram suficientemente analisadas e compreendidas, o que faz desta questão uma área nova e controvertida de reflexões e produção científica. De qualquer forma, pode-se afirmar que a rígida adesão/imposição dos papéis sociais de gênero, em interação com outros marcadores sociais - etnia, classe social, nível educacional, condições de acesso a bens e serviços, dentre outros elementos - constituem frequente fonte de estresse interno e externo para homens e mulheres (Diniz, 1999; 2004).

Calais et al. (2003) realizaram estudo sobre estresse e qualidade de vida em estudantes de ambos os sexos, com idades variando entre 15 e 28 anos. Os resultados revelaram níveis maiores de estresse para as mulheres participantes da pesquisa do que os homens. Alguns dos fatores intervenientes na vulnerabilidade ao estresse estavam relacionados aos hormônios femininos e à menopausa. As variações cíclicas de estrogênio e progesterona, características da experiência de vida feminina, aumentam as respostas ao estresse e a suscetibilidade para depressão e ansiedade.

Muitos dos eventos estressantes para as mulheres são, entretanto, de natureza eminentemente relacional e social. Os resultados do estudo de Sadir et al. (2010) indicaram maiores níveis de estresse para as mulheres. A combinação entre ser mulher,

excesso de trabalho, divisão entre as responsabilidades profissionais e domésticas, vulnerabilidade socioeconômica e inadequado repertório de respostas para enfrentamento de situações estressoras apareceram, na pesquisa, como fatores de vulnerabilização feminina ao estresse.

As “funções femininas” de cuidado e sustentação na família foram naturalizadas ao longo dos anos de vigência do patriarcado. Viver para os outros teve (e tem) como consequência a perda da noção de identidade e das necessidades individuais. Ser mulher, nos tempos atuais, relaciona-se frequentemente a sobrecarga de atividades, acúmulo de exigências profissionais, pessoais, conjugais, familiares biológicas, hormonais, sexuais e sociais. A soma de demandas históricas – relacionadas aos papéis de esposa e mãe - e atuais - decorrentes da inserção no mercado de trabalho - constitui uma fonte de estresse importante na vida de mulheres (Diniz & Coelho, 2005; Rocha-Coutinho, 2005).

Os movimentos feministas e os diversos desenvolvimentos tecnológicos contribuíram para uma mudança identitária feminina. A possibilidade de contracepção segura e eficaz dissociou a sexualidade da procriação e permitiu a redução da quantidade de filhos por casal. Houve um aumento das oportunidades educacionais, ocupacionais e de participação política e comunitária para as mulheres. Estes fatos têm possibilitado às mulheres outras experiências gratificantes e emocionalmente relevantes além da maternidade. A inserção das mulheres no mercado de trabalho levou-as a dividir as responsabilidades pelo sustento familiar e tem possibilitado uma revisão dos papéis de gênero (Diniz & Coelho, 2005; Perlin & Diniz, 2005; Rocha-Coutinho, 2005).

As conquistas das mulheres no que tange à maior qualificação profissional e a melhores espaços no mercado de trabalho, entretanto, não se fez acompanhar por transformações significativas nas relações de gênero e nas obrigações femininas quanto aos cuidados com a casa e com a família. A política social que busca a igualdade entre homens e mulheres coexiste com antigos padrões de feminilidade e de masculinidade (Perlin, 2006; Rocha-Coutinho, 2005).

Homens e mulheres parecem acreditar que os cuidados com a casa, com o marido e com os filhos são responsabilidade da mulher. Ainda hoje as diferenças entre maternidade e paternidade são naturalizadas e atribuídas a características próprias dos homens e das mulheres. Esse fato amplia o conflito feminino entre a maternidade e

outros aspectos importantes da vida, como a vida profissional. Isso porque as mulheres buscam, mas nem sempre conseguem, uma conciliação entre sua vida pública e sua vida privada, ou seja, entre suas responsabilidades e obrigações e com seus ganhos na vida pública (Guedes, Silva & Fonseca, 2009).

O ônus de articular demandas da vida privada com demandas do mundo do trabalho recai primordialmente sobre as mulheres. A multiplicidade de papéis, as múltiplas e ininterruptas jornadas de trabalho e as obrigações no mundo privado do lar geram estresse e trazem consequências deletérias à saúde. A mulher tem, assim, trabalho em tempo integral - parte não remunerado - e muitas vezes reforçado pela dependência econômica que ainda existe em relação ao marido. Tal fato produz nas mulheres um estado de hipervigilância que, frequentemente, gera agravos à saúde mental (Guedes et al., 2009; Rocha-Coutinho, 2005; Santos & Diniz, 2011).

Aos homens também são impostas rígidas regras sociais de masculinidade. Os estereótipos de gênero, tanto conferem privilégios historicamente construídos aos homens, quanto os confinam aos papéis sociais tradicionalmente masculinos e limitam sua autonomia para gerir a vida e os relacionamentos. Apesar das mudanças sociais que incluíram as mulheres no mercado de trabalho, pode-se dizer que ainda há uma pressão para que os homens sejam os chefes da família, o centro das decisões familiares e os provedores. Espera-se também que sejam fortes, viris, ativos, destemidos, competidores e provedores da família (Calais et al., 2003).

O treinamento social dos homens frequentemente inclui a supressão das manifestações de afeto e o estímulo à utilização de racionalizações para se referir aos sentimentos e sensações, o que os impossibilita, muitas vezes, de reconhecer sinais corporais sintomáticos. Por receberem pouco treino emocional e afetivo, têm geralmente menores habilidades de comunicação e expressão emocional assertivas. Essas expectativas e exigências sociais têm efeitos tanto nas esferas pública quanto na privada, comprometendo as relações familiares, de amizade e de trabalho (Aguilar, 2009; Machin et al, 2011).

Em relação à saúde, os homens frequentemente negam dores, sofrimento e vulnerabilidade, de forma que seja assegurada a sua identidade masculina, com características em geral opostas ao que é socialmente considerado feminino. Eles apresentam maior dificuldade de buscar assistência médica e cuidados, vez que a tal busca é associada a características próprias do universo feminino e desmereceria uma

subjetividade socialmente treinada para ser forte, assistir e prover. Tal concepção de masculinidade acarreta a minoração de práticas de autocuidado e a elevação da vulnerabilidade a situações de risco à saúde (Machin et al, 2011).

Usualmente homens e mulheres adotam diferentes estratégias de enfrentamento às situações estressantes, em decorrência das diferenças de socialização. Gallo (2006) pontua que, diante de estresse, os homens preferem se isolar e as mulheres, por serem mais verbais, buscam conversar sobre o que vivem. Revisão de literatura realizada por Carlotto (2011) evidencia que os homens em situação de estresse tendem a utilizar estratégias de enfrentamento focadas no problema, enquanto que as mulheres geralmente utilizam estratégias focadas na emoção. Em um relacionamento conjugal, essas diferenças podem comprometer a comunicação e a expressão afetiva, com consequente aumento da tensão.

Calais et al. (2003) afirmam que, embora as diferenças de gênero quanto à instalação, manutenção e enfrentamento do estresse tenham sido identificadas em seu estudo, não se pode concluir se elas se devem realmente a um maior nível de estresse ou ao fato de as mulheres estarem mais aptas a expressarem este tipo de desconforto. Defendem, assim, a necessidade de que novos trabalhos sejam dedicados a um maior esclarecimento acerca de semelhanças e diferenças, entre homens e mulheres, quanto à severidade e às formas de manifestação do estresse. Esse tipo de estudo é fundamental para que se possam construir formas de prevenção e tratamento mais adequadas e eficazes para cada realidade.

Os papéis de gênero socialmente estereotipados influenciam a forma como homens e mulheres se relacionam e lidam com desafios de vida, estresse, dilemas e conflitos. A conjugalidade assume, neste sentido, palco privilegiado para a percepção e análise de diferenças no manejo de estresse e de como estas diferenças afetam a saúde do relacionamento e as formas eleitas - mais ou menos adaptativas - para lidar com os conflitos relacionais. Este estudo pretende dar ênfase à variável gênero e também à forma como os relacionamentos conjugais violentos podem desencadear respostas de estresse em seus membros.

3. Estresse e relacionamento conjugal

As relações conjugais constituem um terreno onde muitas emoções são vivenciadas cotidianamente. Carinho, ternura, frustração, raiva, decepção e tensão podem estar presentes nas interações em um mesmo dia. Um relacionamento saudável pressupõe o equilíbrio favorável entre individualidade e conjugalidade, comunicação clara e assertiva, respeito à individualidade e preservação do espaço coletivo.

A satisfação conjugal depende da capacidade de lidar adequadamente com os conflitos, decisões compartilhadas, comunicação eficaz, confiança, respeito, compreensão e equidade, intimidade sexual e psicológica. A expressão assertiva de desejos, sentimentos e necessidades facilita a solução de conflitos relacionais e aumenta o senso de autoeficácia e autoestima. Além disso, a satisfação conjugal fortalece o sistema imunológico e aumenta o tempo de vida das pessoas (Sardinha, Falcone & Ferreira, 2009).

A insatisfação no casamento é, por outro lado, um dos maiores estressores da vida. Está relacionada ao surgimento de transtornos psiquiátricos e enfermidades físicas. Ademais, aumenta o risco de desenvolvimento de psicopatologias e de doenças físicas, de cometimento de suicídio, de atos de violência (Guimarães & Couto, 2011; Machado, 2007). Quando os elementos necessários à saúde relacional e à satisfação conjugal não estão presentes, pode-se observar uma pressão intensa para o ajustamento, extremos de pouco envolvimento ou interdependência excessiva, estagnação, resignação, raiva e elevados níveis de estresse (Hartmann, 2004; Sadir et al., 2010).

Após o casamento, homens e mulheres frequentemente apresentam maiores níveis de estresse, em decorrência do acúmulo de papéis e responsabilidades (Hartmann, 2004; Sadir et al., 2010). Mesmo nos relacionamentos considerados saudáveis e em que a satisfação conjugal está presente, o conflito é inerente ao desenvolvimento familiar. É especialmente comum quando o casal/a família passa de uma fase para a outra do ciclo vital e quando há uma mudança que exige alteração da forma habitual de se relacionar e solucionar problemas.

Nesses momentos, há um estresse de transição, decorrente da divisão entre manter o status quo e o desejo/necessidade de mudança. Os rearranjos conjugais podem ser mais ou menos saudáveis e, quando são mal adaptativos, afetam o bem-estar psicológico e a qualidade de vida das pessoas, além de aumentar os níveis de estresse

(Guimarães & Couto, 2011). O estresse no relacionamento conjugal pode ocasionar a violência entre os parceiros, podendo chegar a homicídio e suicídio e traz consequências negativas para filhos e demais familiares (Sardinha, Falcone & Ferreira, 2009).

A vivência de situações e/ou posturas extremadas em uma relação, como a ênfase exagerada na individualidade ou na conjugalidade, frequentemente amplia o nível de ansiedade experimentada pelo casal e leva a estratégias automáticas e rígidas de resolução dos conflitos. A ansiedade pode gerar, ainda, pressão por conformidade/adaptação/acomodação, como forma de reduzi-la. A adaptação ao funcionamento do/a parceiro/a gera assimetria na relação, dependência interpessoal e luta pelo poder, que são fatores de risco para a dinâmica relacional violenta (Hartmann, 2004).

A violência pode ser entendida como uma ansiedade relacional atuada e como uma forma de regular a distância e os conflitos entre o casal. É uma tentativa de submeter o outro à sua lei, a partir de uma reatividade emocional exagerada. Nesse tipo de dinâmica estão frequentemente presentes conflitos conjugais explícitos, situações de oposição constante e sistemática aparentemente sem saída, além de contínuas ameaças de separação e sucessivas reconciliações. Esse processo, conhecido na literatura como *ciclo da violência* (Walker, 1999) desgasta a convivência do casal e mantém os cônjuges em um ciclo de estresse contínuo. Trata-se, assim, de uma impossibilidade de o casal permanecer junto e também de se separar. A relação é então mantida pela expectativa de que o outro mude ou se renda.

4. Estresse, gênero e violência: uma interação a ser desvelada

O estudo e a compreensão dos fatores envolvidos nas situações de violência doméstica e familiar contra as mulheres constitui um desafio. Pesquisadoras e pesquisadores (Angelim, 2004, 2009; Diniz & Angelim, 2005; Diniz & Pondaag, 2004, 2006; Guimarães, 2009; Medeiros, 2010; Pondaag, 2003, 2009) têm-se dedicado à explicitação de fatores socioculturais, históricos, familiares, pessoais e relacionais que permeiam a construção e manutenção de relacionamentos conjugais violentos.

O estresse é um fenômeno relacionado à violência nas relações de intimidade. Ele figura tanto entre os fatores desencadeadores quanto entre as consequências dos episódios violentos nas relações de intimidade. Pode, assim, aumentar a probabilidade

de respostas violentas aos conflitos e também se apresentar como consequência esperada da exposição à violência (Cohn, 2005; Fincham, Bradbury, Byrne & Karney, 1997; Lisboa, Vicente & Barroso, 2005; Moore et al., 2008; Paiva & Figueiredo, 2003).

O desafio de entender a relação entre estresse, gênero e violência torna-se, assim, evidente e premente. A rígida construção social dos papéis, tanto individuais quanto relacionais, onera homens e mulheres. Parâmetros, exigências e expectativas - associados a marcadores sociais como classe, raça, nível educacional, inserção no mercado laboral, acesso a bens e serviços, acesso à cultura e lazer - demarcam as experiências de ser homem, de ser mulher e de relacionar-se amorosamente (Diniz, 2004, 2011). Essas questões merecem atenção e reflexão.

4.1 Homens: a obrigatoriedade de correspondência aos estereótipos de gênero e sua relação com comportamentos violentos

O lugar privilegiado dos homens foi ostensivamente questionado pelos movimentos feministas, o que auxiliou na denúncia de formas relacionais naturalizadas e conduzidas por estruturas de poder e ideologias de gênero bem demarcadas. A evolução dos estudos feministas se fez acompanhar por uma ampliação da reflexão sobre os papéis de gênero, a partir de uma visão não biologizante e mais relacional, que inclui os homens e as masculinidades. Essa ampliação em muito tem contribuído para a compreensão da vivência dos aspectos psicológicos e da masculinidade por parte dos homens e sua relação com o uso da violência em contextos de intimidade (Aguilar, 2009; Machin et al, 2011; Moore et al., 2008).

Os homens são as principais vítimas de violência no mundo público. Por outro lado, são os principais perpetradores de violências no mundo privado - dentre elas a violência contra as mulheres. Tal comportamento é influenciado pelo modelo histórico de supremacia do poder masculino nas mais diversas esferas sociais, inclusive a doméstica. A violência serviria, então, como forma de garantir o exercício do poder e eliminar possíveis obstáculos a ele. A desigualdade gera violência ao mesmo tempo em que esta produz e mantém a desigualdade (Angelim & Diniz, 2006; Angelim, 2009; Diniz, 2011; Guimarães, 2009).

As mudanças até agora alcançadas quanto à flexibilização dos papéis de gênero feminino e masculino não foram suficientes para promover a igualdade entre homens e

mulheres. Há ainda que considerar as diferenças de inserção dessa reflexão em função de classe social. O fato é que predomina ainda um modelo hegemônico de masculinidade, que coexiste com modelos alternativos e de crítica a ele. Este modelo hegemônico prima, entre outros pontos, por enfatizar a relação entre masculinidade viril e violência/competição. A violência surge, então, como uma forma de manutenção dos atributos masculinos e imposição de respeito (De Paula et al., 2008).

A forma como os homens são socializados gera uma forte pressão para que eles ajam em correspondência às exigências sociais. Ameaças às normas socialmente impostas, especialmente no que diz respeito à proeza física e sexual e ao status na família, levam a estresse ligado aos papéis de gênero. A rígida adesão aos papéis de gênero socialmente estereotipados (“hipermasculinidade”) pode estar relacionada a altos níveis de agressão direta, labilidade emocional, baixa autoestima, ansiedade, depressão, uso abusivo de álcool e outras drogas e atitudes negativas relacionadas às mulheres (Cohn, 2005; Hartmann, 2004; Moore et al., 2008).

O comportamento agressivo pode ser adotado como estratégia de enfrentamento diante dos sentimentos negativos e estresse, gerados pela necessidade de corresponder ao modelo ideal de masculinidade. Nas situações em que os homens sentem sua masculinidade ameaçada ou questionada, costuma haver uma tentativa de manter o senso de controle e poder através da adesão rígida a papéis socialmente normatizados. Diante disso, aumenta-se o risco de emissão de comportamentos coercitivos ou abusivos como forma de restabelecimento da masculinidade e de manutenção das normas sociais. A violência teria o papel, portanto, de garantir o cumprimento das normas sociais, a manutenção da dinâmica social dominante e o exercício do poder (Aguilar, 2009; Cohn, 2005; Diniz, 2011; Diniz e Pondaag, 2004, 2006; Moore et al., 2008; Pondaag, 2009).

A violência por parte dos homens nas relações de intimidade é entendida por Hartmann (2004) como uma conduta aprendida social e transgeracionalmente. Os homens se comportam de maneira violenta quando sentem não poder manter a superioridade masculina por outros meios, de forma a confirmar a relação de dominação-subordinação. Por outro lado, a violência afirma também a identidade de submissão da pessoa agredida, de acordo com os mandatos sociais que a colocam em situação de inferioridade (Hartmann, 2004).

Não há um perfil de homens autores de violência conjugal, conquanto seja possível elencar algumas de suas características, dentre elas: a) concepções sexistas e

rígidas sobre os papéis sociais de homens e mulheres; b) dificuldade em comunicar seus sentimentos, uma vez que a expressão emocional é relacionada à fraqueza e feminilidade; c) limitação da expressão verbal em consequência do processo de socialização; d) isolamento social e a falta de oportunidade de falar com os outros sobre temores, dificuldades e conflitos, em virtude de baixas habilidades de comunicação; e) necessidade de poder, dominância e respeito (Aguiar, 2009; Cohn, 2005; Hellmuth & McNulty, 2008; Pondaag, 2009;).

Além do uso de formas violentas de resolução de conflitos, há uma forte tendência entre homens a fazer uso de racionalização para explicar suas condutas. Tal comportamento implica minimização ou ausência de autopercepção como pessoa violenta. Frequentemente os homens autores de violência conjugal justificam a violência a partir do que consideram provocações da esposa, problemas financeiros, estresse gerado no trabalho ou nas relações sociais cotidianas, ingestão de bebida alcoólica no dia da agressão, entre outros fatores. A violência aparece então como a forma justificada e escolhida para comunicar desconfortos, solucionar problemas relacionais e lidar com o estresse (Aguiar, 2009; Fincham et. al, 1997).

Homens autores de violência conjugal em geral não possuem antecedentes criminais, com exceção de outros episódios de violência contra a mulher. O contexto conjugal e familiar é, assim, selecionado como receptor das ações violentas. Em outros contextos sociais e com outras pessoas que não a companheira geralmente há autocontrole e as explosões de ira e as soluções violentas para os conflitos são evitadas (Aguiar, 2009; De Paula et al., 2008; Fincham et al., 1997; Pondaag, 2009).

A consciência da gravidade do fenômeno da violência doméstica contra as mulheres motivou a criação de programas de atendimentos às mulheres vítimas de violência. Essas intervenções levaram à constatação sobre a necessidade de que os homens também fossem atendidos, afim de que assumissem a violência, reconhecessem a necessidade de mudança e recebessem o auxílio necessário para lidar com seu sofrimento. A realização e avaliação de intervenções dedicadas a homens autores de violência conjugal ou que os incluam são, porém, recentes e escassos (Aguiar, 2009).

Esta pesquisa incluiu homens e mulheres em situação de violência como participantes, dada a necessidade de uma visão integral do fenômeno e diante da escassez de estudos que oportunizem a compreensão sobre masculinidades e violência. O intuito maior foi o de contribuir com o desenvolvimento de intervenções eficazes

tanto nos casos em que a dinâmica relacional violenta já está instalada, quanto na prevenção à ocorrência de episódios de violência.

4.2 Mulheres: As Consequências Deletérias da Exposição à Dinâmica Relacional Violenta

A exposição à violência doméstica traz prejuízos à saúde física, mental e reprodutiva da mulher, constituindo uma ameaça à vida e produzindo diversos sintomas. Tal exposição está associada a pior qualidade de vida, maior procura por serviços de saúde, maior emissão de comportamentos de risco - sexo desprotegido, tabagismo, abuso de álcool e outras drogas, suicídios e tentativas de suicídio. Por estes motivos, o sistema de saúde é continuamente pressionado pelas demandas ligadas à violência, seja nos serviços de urgência, seja nos contextos de atenção especializada, reabilitação física e psicológica e de assistência social (Guedes et al., 2009).

A violência doméstica e familiar contra a mulher produz alterações e consequências físicas, emocionais e sociais que podem ser imediatas ou manifestar-se apenas tardiamente. As mulheres vítimas de violência relatam diversos sintomas, em decorrência do estresse em lidar continuamente com agressões verbais, físicas, patrimoniais e sexuais, além de humilhações e restrições dos direitos a tomar decisões, a ir e vir e a conviver socialmente com amigos e familiares. O impacto na saúde física e mental é tanto maior quanto mais grave a violência e maior o tempo de exposição a ela (Adeodato et al., 2005; Andrade, Viana & Silveira, 2006; Guedes et al., 2009; Lisboa et al., 2005; Medeiros, 2010; Minayo & Souza, 1998; Ribeiro et al., 2011).

A Associação Psiquiátrica Americana faz referência a um conjunto de sintomas presentes nesse contexto: diminuição da modulação dos afetos, comportamentos impulsivos e autodestrutivos, sintomas dissociativos e doenças somáticas. A autoestima é afetada e as mulheres tendem a apresentar sentimentos de impotência e incapacidade, vergonha, desespero, hostilidade, retraimento social, sensação de estar em perigo constante, isolamento social, mudança das características de personalidade prévia (Lisboa et al., 2005).

A exposição feminina à violência doméstica também pode gerar transtornos de ansiedade, pânico, fobias, distúrbios obsessivos compulsivos, depressão, fadiga, transtornos alimentares, abuso de álcool e de outras substâncias psicoativas, doenças

físicas com forte componente psicossomático (como síndrome do intestino irritável, mudanças do sistema endócrino, fibromialgia e dor crônica), comportamentos de automutilação. As taxas de suicídio e de comportamentos auto-lesivos são também mais comuns entre as mulheres vítimas de violência doméstica (Adeodato et al., 2005; Andrade et al., 2006; Diniz & Angelim, 2003; Guedes et al., 2009; Lisboa et al., 2005; Medeiros, 2010; Waiselfisz, 2012).

Mulheres vítimas de violência conjugal apresentam menor satisfação com a relação, maiores níveis de raiva e de ativação do sistema nervoso autônomo, maior probabilidade de desenvolvimento de neoplasia cervical e problemas cardíacos e somáticos. Além disso, referem maior quantidade de sintomas físicos como: dores crônicas, problemas ginecológicos, doenças sexualmente transmissíveis, dor pélvica, infecções do trato urinário, perda de apetite, problemas digestivos e gastrointestinais, sintomas neurológicos, problemas cardíacos, hipertensão arterial, insônia (Paiva & Figueiredo, 2003; Guedes et al., 2009).

Adeodato et al. (2005) realizaram pesquisa com mulheres que formalizaram queixa contra seus parceiros na Delegacia da Mulher do Ceará por terem sofrido violência conjugal. Os resultados revelaram que: 65% apresentaram escores elevados em sintomas somáticos; 78% em sintomas de ansiedade e insônia; 26% em distúrbios sociais; 40% em sintomas de depressão e 61% apresentaram pontuação na escala Beck acima de oito, o que sugere depressão moderada ou grave. Além disso, 38% das mulheres pensaram na possibilidade de suicídio. A pontuação para depressão era maior quando as mulheres relatavam sentimentos de culpa pela agressão sofrida.

Lisboa et al. (2005) realizaram estudo com 2.300 mulheres portuguesas usuárias de Centros de Saúde. Os resultados mostraram que houve maior incidência, entre as mulheres que sofriam violência nas relações de intimidade: equimoses/hematomas, hemorragia, intoxicações, lesões genitais, obesidade, asma, queimaduras, palpitações, tremores, colite, cefaléias, vômitos, dermatites, úlcera, dificuldades respiratórias, náuseas, hipertensão arterial, insônia, redução do desejo e/ou resposta sexual. Além disso, muitas mulheres relataram sentirem-se sempre desesperadas, culpadas, angustiadas, ansiosas, tristes, com uma sensação de vazio e de falta de valor pessoal.

As experiências mais comuns de estresse pós-traumático ocorrem entre as mulheres vítimas de violência doméstica, estupro e abuso sexual (Berçeli, 2007). O estresse pós-traumático está relacionado a um acontecimento traumático, o qual é

internamente experienciado de forma repetitiva. A pessoa busca então evitar os estímulos associados ao incidente e há um nível constantemente aumentado do estado de vigilância/alerta (Berceli, 2010; Diniz & Angelim, 2003; Medeiros, 2010).

Possíveis sintomas de estresse pós-traumático incluem *flashbacks* (lembranças intrusivas), perturbações do sono, perda de memória, falta de concentração, pesadelos, evitação simbólica de pessoas/coisas/eventos, irritabilidade, desconexão emocional, resposta exagerada a situações corriqueiras, restrição afetiva, ansiedade. Além disso, este quadro de adoecimento causa mudanças químicas no sistema nervoso central. Os efeitos cumulativos dessas mudanças químicas aumentam o risco de hipertensão, deficiência imunológica e perturbações na percepção da dor (Berceli, 2007, 2010; Lisboa et al., 2005; Medeiros, 2010).

Cabe, por fim, salientar as consequências negativas da violência sobre a saúde reprodutiva da mulher. Os prejuízos são muitos e dentre eles podemos enumerar: gravidez não desejada, infertilidade, dificuldade em estabelecer um planejamento familiar, realização de abortos ilegais, complicações resultantes de gravidezes de alto risco e da falta de acompanhamento médico, doenças sexualmente transmissíveis, medo de contato e perda do prazer sexual. Ademais, pesquisas mostram que a violência durante a gravidez é comum e cria risco para a saúde da mãe e do feto. A associação entre estes prejuízos à saúde reprodutiva e a própria situação de violência têm se constituído como fator de risco para a prevalência de transtornos mentais, limitado desenvolvimento pessoal e profissional e dificuldade de estabelecer relacionamentos interpessoais e afetivos. (Andrade et al., 2006; Lisboa, Vicente & Barroso, 2005).

Walker (2009) afirma que mulheres maltratadas em seu ambiente doméstico frequentemente apresentam entorpecimento emocional e evitação comportamental da situação, por meio de minimização, repressão, negação e depressão. Esses efeitos da violência reduziriam a capacidade de autoproteção e a segurança acerca de seu valor e de seus limites, aumentando a propensão a aceitar a vitimização como sendo parte de sua condição de ser mulher. É comum ocorrer isolamento social, constrição afetiva e autoconceito distorcido (Adeodato et al., 2005; Andrade et al., 2006; Medeiros, 2010; Walker, 2009).

A violência conjugal deve ser entendida, portanto, como um forte agente estressor, que desencadeia tanto avaliação primária – reconhecimento de uma situação como perigosa – quanto avaliação secundária – revisão de recursos para enfrentamento

esta situação. De acordo com Paiva e Figueiredo (2003), a exposição repetitiva a estresse psicológico pode fazer emergir depressão, hostilidade, raiva e agressividade, visto serem estas emoções negativas relacionadas ao sistema imunitário, que guarda íntima relação com a regulação orgânica ao estresse.

A revisão da literatura realizada revela uma escassez de estudos dedicados especificamente às relações entre estresse e violência. A escassez é ainda maior quando se pretende pesquisar as interações entre estresse, gênero e violência. Além disso, a maior parte dos artigos e estudos encontrados sobre o tema faz menção apenas às mulheres, tratando de estresse pós-traumático e outras consequências físicas e emocionais da exposição à violência doméstica. Mesmo nesses estudos, entretanto, o estresse é situado como uma dentre as muitas consequências deletérias da exposição à violência, e não como o próprio objeto de pesquisa.

Uma melhor compreensão dos impactos da violência para mulheres e homens, bem como de seus fatores desencadeantes, é fundamental para o planejamento de intervenções adequadas. Essa compreensão deve ser utilizada de maneira política e compromissada com a mudança social e não para justificar as condutas violentas ou patologizar as pessoas envolvidas em situação de violência. O dimensionamento do sofrimento envolvido nas dinâmicas relacionais violentas deve compor um diagnóstico da gravidade e desumanidade da questão, auxiliando então na adoção de posturas afirmativas de intervenção, combate à violência e formulação de políticas públicas.

CAPITULO 3

MANEJO DO ESTRESSE E ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

O Sistema Único de Saúde - SUS - tem aberto espaço para revisão e crítica aos modelos puramente biológicos de saúde pública tradicional. A proposta atual leva em conta que os processos de saúde-doença são fenômenos também sociais (Guedes et al., 2009; Diniz, 2004). Nesse sentido, pode-se afirmar que as concepções identitárias de gênero moldam não apenas as maneiras de conceber o corpo, a saúde e a doença, como também os serviços de saúde e os modelos interventivos buscados e oferecidos – de maneira distinta – para homens e mulheres (Machin et al, 2011). A crítica às concepções de gênero estereotipadas e a detecção de seus efeitos deletérios à saúde física, emocional e relacional fazem-se acompanhar pela necessidade de revisão dos modelos de assistência e de políticas públicas de promoção e prevenção em saúde.

O modelo de saúde pública tradicional tende a ignorar as demandas socialmente produzidas. A violência conjugal é permeada por contradições decorrentes de relações de gênero socialmente construídas e desiguais. A abordagem e a intervenção nestes casos de requerem a consideração dessa dimensão do fenômeno, que possibilite uma conceituação ampliada de saúde, além de ações intersetoriais e integralidade da atenção.

Os prejuízos sociais, culturais, emocionais e corporais relacionados às dinâmicas relacionais violentas, para todas as pessoas envolvidas, devem ser vistos como fatores desencadeadores ou consequências da situação vivida e não como fatos fortuitos e descontextualizados. Deve-se oferecer às mulheres e também aos homens recursos adicionais para a percepção do ponto onde estão e para a tomada de decisões afirmativas – incluindo busca de suporte e ampliação da rede social de apoio. Esta postura amplia as chances de mudança e de interrupção da violência.

A compreensão das relações entre estresse e violência doméstica constitui tema relevante de estudo e pesquisa, uma vez que pode servir de base para o delineamento de intervenções adequadas, inovadoras e eficientes. Espera-se que este entendimento ofereça um espelho a partir do qual mulheres e homens possam construir reflexões e autopercepções acerca de sua história relacional, sobre o seu presente e sobre possibilidades de transformação de sua realidade. Transformações estas decorrentes de uma mudança social, mas também de uma busca autônoma de mudança da própria vida.

Esta pesquisa dedicou-se à compreensão das relações entre estresse e gênero em homens e mulheres que vivenciaram situações de violência conjugal e que receberam intervenção do Sistema Judiciário. Além disso, propôs-se a verificar os impactos da aplicação de uma técnica de manejo de estresse – Exercícios para Liberação da Tensão e do Trauma (*Tension and Trauma Releasing Exercises - TRE*) - sobre os níveis de estresse, emissão de comportamentos violentos e outras variáveis importantes para a construção/manutenção/dissolução das dinâmicas relacionais violentas. Dentre essas variáveis dedicou-se atenção especial às estratégias de evitação da violência e de autoproteção. Segue abaixo a apresentação da técnica e de sua aplicabilidade.

Exercícios para Liberação da Tensão e do Trauma (*Tension and Trauma Releasing Exercises –TRE*)

A sequência de Exercícios para Liberação da Tensão e do Trauma - TRE - foi desenvolvida por David Berceli, terapeuta e pesquisador norte-americano. Estes exercícios têm demonstrado ser uma forma segura de redução do estresse, da ansiedade e das tensões corporais profundas. É também uma prática complementar muito útil no processo de restabelecimento pós-trauma. A técnica é fruto de pesquisas realizadas pelo autor ao longo dos últimos 15 anos. Já foi ensinada para milhares de pessoas, de diversos lugares do planeta, apresentando resultados seguros e eficazes na redução da tensão e recuperação de experiências traumáticas e estressantes (Berceli, 2006; 2007; 2008, 2010).

A sequência de exercícios foi criada com base nos conhecimentos científicos a respeito das respostas corporais ao trauma e ao estresse. O processo de traumatização pode ocorrer em todos os seres humanos e, da mesma forma, o processo de restauração e cura é também inerente a todos os seres humanos. A premissa básica da TRE é a de que os seres humanos possuem uma capacidade orgânica e natural de restauração e restabelecimento seu estado de saúde após experiências estressantes e traumáticas (Berceli 2006, 2010).

Todas as reações humanas aos traumas e situações estressantes estão relacionadas a uma combinação de aspectos psicológicos, neurológicos e fisiológicos. Essas reações são autônomas, inconscientes e instintivas e a anatomia, a neurologia e a bioquímica mudam durante a exposição a situações traumáticas e/ou estressantes. As intervenções terapêuticas que buscam contribuir para a recuperação do trauma e do

estresse devem, portanto, considerar essa intensa relação entre os processos do funcionamento humano. Isto implica intervir não apenas para o insight e elaboração cognitiva da experiência, mas de forma a favorecer a regulação das respostas corporais às situações adversas (Berceli, 2010).

Os músculos são programados para contrair em situações de estresse, ansiedade ou trauma, de forma a proteger o corpo de danos e até mesmo de possível morte. Durante uma situação avaliada como perigosa, os músculos flexores (anteriores) se contraem, curvando o corpo para frente de modo que suas partes mais vulneráveis - órgãos vitais, genitais e cabeça - fiquem protegidas de possíveis danos contra a vida. Além disso, há uma liberação de produtos bioquímicos – adrenalina, cortisol e opióides - que permitem ao organismo as respostas naturais de defesa e autopreservação. Cessado o risco, o natural é que o corpo possa descarregar o excesso de tensão muscular e bioquímica. Esse processo possibilita o retorno ao estado de relaxamento e previne o desenvolvimento de dores físicas e danos à saúde (Berceli, 2006, 2007, 2010).

O conjunto muscular que permite esses movimentos corporais é composto pelos músculos psoas, que conectam as costas, as pernas e a pélvis e sobrepõem-se aos músculos do diafragma e da espinha. Toda esta área é fundamental na defesa do organismo e um grande número de nervos simpáticos, ligados às respostas de luta e fuga, são encontrados nesta região do corpo. Assim, esses músculos possibilitam as respostas corporais de autopreservação e se contraem durante qualquer experiência traumática ou intensamente estressante. Para aliviar as respostas traumáticas seria necessário o relaxamento desse grupo muscular.

Os tremores, considerados como sinais de medo e fraqueza na nossa cultura, são na verdade mecanismos naturais e primitivos de autorregulação orgânica após eventos estressantes ou traumáticos. Eles permitem a descarga de excesso de tensão muscular e de produtos químicos que sobrecarregam o corpo em virtude de um evento estressante, permitindo o retorno ao estado de descanso e relaxamento. (Berceli, 2006, 2007, 2010; Levine, 2004, 2009).

Esses tremores, conhecidos como tremores neurogênicos, são respostas neurológicas involuntárias e produzem relaxamento físico e redução da ansiedade. O reequilíbrio corporal se dá por meio da interrupção do eixo hipotálamo-glândula pituitária-glândula adrenal (HPA), envolvido na fisiologia do estresse. Esse eixo liga o sistema límbico do cérebro às glândulas adrenais, que produzem hormônios (as

catecolaminas: adrenalina, noradrenalina e cortisol) em resposta ao estresse físico ou psicológico, preparando o corpo para as resposta de ataque ou fuga (Berceli, 2007).

Quando o eixo HPA é ativado no sistema límbico cerebral, o sistema nervoso autônomo é também afetado em nome da sobrevivência do organismo. Assim, a homeostase do organismo humano é desfeita. A ativação persistente e prolongada do eixo HPA cria problemas secundários ao organismo humano, visto que ativa apenas as funções diretamente relacionadas à sobrevivência e suspende todas as outras. Assim, por exemplo, a produção dos hormônios de crescimento e reprodução, a digestão e as atividades do sistema imunológico são interrompidas. Quando, por outro lado, o eixo HPA é desativado, o sistema nervoso parassimpático fica dominante e a pessoa retorna ao estado de relaxamento, com a redução do estresse e da ansiedade (Berceli, 2007).

O criador da técnica aponta que, embora cada um/a de nós possa facilmente engatilhar as respostas de estresse e ansiedade, temos mais dificuldades em desativar o eixo HPA quando sua atividade não é mais necessária. Assim, as respostas de estresse podem persistir mesmo depois que o evento estressante já tenha passado. Os seres humanos são socializados para inibir e/ou amortecer os mecanismos naturais de alívio do estresse, utilizados pelos outros mamíferos. Isso porque os tremores são experienciados como movimentos não controláveis – e por isso frequentemente desconfortáveis - e são associados a medo e fraqueza. Gera-se, então, um descompasso entre o corpo e o ego, dificultando a recuperação natural (Berceli, 2006).

A supressão se dá a partir de contrações musculares que impedem a descarga da tensão. Caso não haja oportunidade posterior de descarga, o corpo continua em estado de alerta, como se a situação de risco ainda estivesse presente, resultando em um estado constante de prontidão e estresse. Dessa forma, cria-se um ciclo psicofiológico que levará à repetição do padrão crônico de proteção e defesa, associado ao quadro de transtorno do estresse pós-traumático. As reações pós-traumáticas, assim, derivam da excitação residual não descarregada. Por outro lado, o mecanismo natural de liberação, se permitido, envia ao cérebro um sinal de que o perigo passou e é então possível a recuperação e o retorno ao descanso (Berceli 2006, 2007, 2010; Levine, 2004, 2012; Scaer, 2001).

Situações de estresse e/ou trauma intensas e/ou repetidas provocam emoções e sentimentos muito intensos e que superam a capacidade de elaboração e processamento da experiência por parte de quem as vivencia. Nesses casos, são frequentes as respostas

defensivas de congelamento e dissociação, que são uma tentativa do organismo de reduzir a dor diante da iminência de novas experiências ameaçadoras. A resposta de congelamento está associada a altos níveis de ativação simpática e parassimpática, simultaneamente, e o resultado é uma imobilização do sistema de autoproteção. A dissociação é a perda temporária de conexão com os pensamentos, sensações ou sentimentos. Nas duas reações as sensações normais são reduzidas e a pessoa pode sentir frio, formigamento ou dormência (Berçeli, 2008, 2010).

Reações de dissociação estão presentes em todas as pessoas traumatizadas, com diferenças de intensidade e curso de acordo com as características de cada caso. Pode-se dizer que a dissociação é uma das principais respostas ao estresse, variando entre respostas mais sutis, como uma falta de conexão com as próprias sensações corporais, até sintomas dissociativos severos e presentes nos quadros de transtorno de estresse pós-traumático (Cassimo, 2009).

O estado de constante ativação, decorrente da excitação residual não descarregada, é preocupante tanto pelo mal estar que provoca quanto pelas limitações que impõe. Os efeitos neurológicos do trauma e estresse crônico dificultam a autopercepção dos sinais corporais e ambientais e também a tomada de decisões. A exposição contínua ou repetida a situações traumáticas pode obscurecer a objetividade quanto a decisões ligadas ao cuidado com a saúde, com a segurança e com a integridade física. Isso ocorre porque há um ajustamento à situação de perigo, considerada natural depois de certo tempo. Nesse caso, uma ajuda externa é necessária para a tomada de decisões responsáveis (Berçeli, 2010; Levine, 2012).

Em casos de traumas prolongados, como a exposição a múltiplos episódios de violência, o neocórtex é “sequestrado” pelo sistema límbico do cérebro, que toma decisões apenas com base nas emoções. Pessoas expostas à violência doméstica podem, assim, perder ou ter reduzida sua capacidade de autoproteção e ponderação sobre alternativas de autopreservação. A ativação do sistema límbico tem, sem dúvida, uma função protetiva, pois ajuda as vítimas de violência a suportar situações de extrema tensão e ameaça, amortecendo o sofrimento físico e emocional. Este processo, no entanto, obscurece a capacidade de reconhecer o perigo e a tomar medidas efetivas de autoproteção (Berçeli, 2010; Levine, 2012).

Flores e Ajnhorn (1997) e Moskowitz (2004) afirmam que também nos autores de violência as capacidades de avaliação e reação adequada à situação relacional estão

prejudicadas. Os autores defendem a relação entre estados dissociativos e condutas violentas, uma vez que os autores de violência muito frequentemente foram expostos à situação traumática de sofrerem ou presenciarem violência durante seu desenvolvimento. Nesses casos, são comuns as reações emocionais desproporcionais, não racionais, pouco empáticas e agressivas, pela maior propensão destas pessoas a perceber estímulos externos – ambientais ou relacionais – como ameaça à sua integridade.

Congelamento e dissociação são correlatos neurofisiológicos do conceito de anestesia emocional, descrito por Ravazzola (1997, 1998), que é uma importante referência nos estudos sobre a violência doméstica contra as mulheres. A autora afirma que a anestesia emocional é experimentada tanto pelos homens quanto pelas mulheres em situação de violência doméstica, que “não vêem que não vêem”, naturalizam a violência e também os danos dela decorrentes. Esse fenômeno é o que permite a construção e perpetuação da violência nas relações de intimidade, a despeito do caráter absurdo de sua utilização e das consequências deletérias para autores, vítimas e sociedade.

A anestesia emocional, de acordo com Ravazzola (1997, 1998) é oposta à reação natural esperada diante da vivência de situações de violência na vida cotidiana. A resposta natural das pessoas que sofrem, praticam ou testemunham a violência seria sentir dor, indignação, raiva, impotência e vergonha. Esse mal-estar é o que possibilitaria às pessoas envolvidas a tomada de medidas para simples interrupção da violência. A presença das anestésias emocionais, o que também poderíamos chamar de congelamento e/ou dissociação, impede essa reação natural de autoproteção e de empatia e cuidado em relação às outras pessoas. Diante disso, é fundamental oferecer às pessoas em situação de violência contra a mulher ferramentas para redução dos processos de anestesia, tanto para lidar com suas consequências da dinâmica relacional violenta já instalada quanto para prevenir as soluções violentas aos conflitos relacionais.

Os Exercícios para Liberação da Tensão e do Trauma (TRE) induzem os tremores neurogênicos artificialmente por meio de uma série de sete exercícios. Esses exercícios favorecem a liberação de contrações musculares profundas oriundas de traumas e choques, a liberação dos excessos bioquímicos produzidos pelo organismo depois das respostas de fuga, luta e congelamento e o retorno ao estado de relaxamento. Os tremores são induzidos a partir do centro de gravidade do corpo, o que facilita sua

reverberação por todo o corpo, dissolvendo suas tensões. Eles se iniciam na parte superior das coxas e atingem então o músculo psoas. Depois disso, atingem a pélvis, a lombar, a espinha, o pescoço, os braços e as mãos. Depois dos exercícios, pode-se chegar a um estado de cansaço muscular como o que sentimos depois de musculação, ou pode-se chegar a um estado de muita disposição e vigor (Berceli & Napoli, 2006; Berceli, 2010).

Massagens e exercícios físicos dissolvem tensões localizadas na superfície do corpo, visto que provocam a liberação de noradrenalina, dopamina e serotonina - substâncias estimulantes e de efeito antidepressivo. Essas ferramentas, entretanto, não dissolvem as tensões profundas oriundas de experiências traumáticas ou estressantes repetidas e que atingem o grupo muscular psoas. Isso porque os exercícios aeróbicos estão sob o controle do córtex, ou seja, estão sob o controle da vontade consciente. A pessoa que os pratica, então, alcança apenas o relaxamento permitido por esta estrutura cerebral (Berceli, 2007).

As intervenções puramente verbais são focadas nas tarefas cognitivas e também exigem a participação do neocórtex. Estas intervenções têm eficácia reduzida durante ou imediatamente depois de um evento estressante e/ou traumático, quando em geral as atividades corticais se encontram significativamente reduzidas. As respostas ao estresse (de ataque, fuga ou congelamento), em contrapartida, são mediadas pelas estruturas cerebrais subcorticais - sistema límbico, cérebro reptiliano e sistema nervoso autônomo - que não estão sob o controle consciente. Essa disparidade entre o controle consciente do córtex e o controle inconsciente do sistema límbico é o que faz com que haja uma resposta de estresse a um evento, mesmo que a pessoa tente ficar calma e tome atitudes conscientes com este propósito (Berceli, 2007, 2010; Nascimento, 2010).

As técnicas que atuam sobre o campo somático são, portanto, fundamentais para o equilíbrio das respostas de estresse traumático congeladas na musculatura e nos tecidos, possibilitando o estabelecimento de novas conexões cerebrais e a modificação de sintomas psicossomáticos. Os Exercícios para Liberação da Tensão e do Trauma (TRE) atuam sobre os processos neurológicos instintivos, independentes da atividade cortical. Os tremores neurogênicos, ativados com o auxílio da técnica, são gerados pelo sistema límbico do cérebro e reduzem automaticamente as respostas não voluntárias ao estresse. Essa característica permite o auxílio a pessoas severamente estressadas e/ou traumatizadas, com menores riscos de retraumatização e sem a necessidade de confronto

das defesas psicológicas e dos sintomas de evitação da situação traumática, comuns nos casos de transtorno do estresse pós-traumático (Berceli, 2006, 2007, 2010; Berceli & Napoli, 2006; Nascimento, 2010; Scaer, 2001).

A sequência de TRE é um método que tem o potencial de transcender as limitações culturais e sociais, visto que ativa mecanismos naturais e universais do organismo humano. Os exercícios podem ser realizados individualmente ou com grandes grupos e são facilmente integrados à rotina diária de autocuidado. A técnica pode ser uma alternativa ou um complemento às intervenções psicoterapêuticas e dá autonomia às pessoas para que administrem seu próprio processo de recuperação do trauma e do estresse. Isso porque pode ser autoaplicada com segurança e sem a necessidade obrigatória de um facilitador ou terapeuta, o que é uma importante consideração quando se trabalha com grandes populações traumatizadas que não têm acesso a psicoterapias e outros tipos de atendimento. Esta pesquisa propõe a avaliação do uso da técnica como ferramenta de manejo de estresse em situações de violência conjugal (Berceli, 2007, 2010; Berceli & Napoli, 2006).

CAPÍTULO 4

MÉTODO

Esta pesquisa teve natureza qualitativa, de forma a melhor compreender a complexidade e profundidade dos fenômenos estudados. Teve também caráter exploratório. Apresentamos a seguir os objetivos e o delineamento da estratégia metodológica.

Objetivo Geral

O objetivo geral foi avaliar os efeitos da aplicação dos Exercícios para Liberação da Tensão e do Trauma (*Tension and Trauma Releasing Exercises -TRE*) em homens e mulheres em situação de violência conjugal judicializada, quanto aos níveis de estresse e enfrentamento à situação de violência.

Objetivos Específicos

1. Verificar e comparar os níveis de estresse das/os participantes nas diferentes fases da pesquisa;
2. Investigar as relações entre os tipos e frequência de comportamentos violentos e a severidade dos níveis de estresse experimentados na fase inicial da pesquisa;
3. Verificar os efeitos da aplicação de TRE quanto aos níveis de estresse, avaliação de risco e estratégias de autoproteção e prevenção à violência;
4. Investigar se o tempo de exposição à violência influencia a severidade dos níveis de estresse e os resultados da aplicação da técnica TRE;
5. Discutir as diferenças de gênero em relação aos níveis de estresse e resultados da aplicação da técnica TRE;
6. Verificar se a aplicação de TRE contribui para a redução da emissão de comportamentos violentos durante a realização da pesquisa;
7. Discutir as potencialidades e limitações da aplicação da técnica TRE ao contexto da violência conjugal.

Participantes

Participaram da pesquisa homens e mulheres, casados/as ou separados/as, envolvidos em processos judiciais do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios, da circunscrição de Ceilândia. Essas pessoas estavam envolvidas no sistema de justiça, devido à denúncia de mulheres vítimas da presença de violência em seu relacionamento conjugal.

As/os participantes foram divididas/os em dois Grupos de Intervenção – um de homens e um de mulheres – e em dois Grupos de Comparação – um de homens e um de mulheres. Aos Grupos de Intervenção foi aplicada a técnica TRE e demais procedimentos da pesquisa. As pessoas dos Grupos de Comparação participaram de todos os procedimentos de pesquisa, com exceção da aplicação da técnica TRE.

Optou-se pela realização de grupos de homens e de mulheres, em separado, uma vez que a própria interação entre homens e mulheres poderia se constituir em variável estressora cujo impacto seria de difícil mensuração. Acreditou-se ainda que este formato de agrupamento das/os participantes melhor atenderia ao interesse de conhecer as diferenças de gênero quanto à percepção de sintomas de estresse, às estratégias de autoproteção e prevenção à violência, à simbolização da experiência e aos possíveis resultados da aplicação da técnica.

Todos/as os/as participantes foram escolhidos aleatoriamente dentre usuários da Justiça (TJDFT) da Região Administrativa de Ceilândia que atendessem aos seguintes critérios de seleção: a) serem partes em processo judicial, no ano de 2012, em virtude de uma queixa de violência física contra a mulher em seu relacionamento amoroso/conjugal. A ocorrência de outros tipos de violência não foi critério de exclusão; b) terem participado de Grupo de Avaliação (de apenas um encontro) realizado por profissionais do SERAV/Ceilândia, em virtude de encaminhamento do magistrado responsável pelo julgamento do processo. O grupo de avaliação é apenas uma das modalidades de atendimento aos casos de violência doméstica no SERAV e foi escolhida por ser a que menos envolve a realização de intervenções psicossociais junto às partes. Procurou-se, assim, reduzir a influência de outras variáveis, que não a aplicação da técnica, sobre os resultados encontrados pela pesquisa.

Pretendia-se ter em cada um dos quatro grupos pelo menos oito participantes e no máximo 12, quantidade que proporcionaria dados suficientes para a pesquisa e não

ultrapassaria a quantidade de pessoas para uma boa condução grupal. Para tanto, foram convidados para cada um dos grupos o dobro da quantidade mínima de participantes desejada. Assim, dados os critérios de seleção, foram aleatoriamente convidadas/os a participar da pesquisa 32 mulheres e 32 homens.

Dentre os 32 homens convidados, compareceram 18 ao encontro inicial (descrito mais adiante). Destes, dois foram convidados equivocadamente, pois constavam como supostos autores de violência contra as irmãs, e não contra as companheiras ou ex-companheiras. Um homem compareceu ao primeiro encontro do grupo intervenção, mas não participou de todos os procedimentos necessários para a análise de seus dados. Sendo assim, dos 18 homens que compareceram, foram consideradas as informações oferecidas por 15 deles (oito do grupo comparação e sete do grupo intervenção).

Das 32 mulheres convidadas para a pesquisa, compareceram 17. Duas delas foram convidadas por engano, visto que eram parte de processo judicial aberto em virtude de violência praticada por irmãos e não por companheiros ou ex-companheiros. Uma mulher compareceu ao primeiro encontro do grupo intervenção, mas não participou de todos os procedimentos necessários para a análise de seus dados. Assim, das 17 mulheres que compareceram ao primeiro encontro, somente 14 (seis do grupo comparação e oito do grupo intervenção) tiveram seus dados considerados.

Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada com o apoio institucional do SERAV (Serviço de Assessoramento aos Juízos Criminais). Esse Serviço compõe a Secretaria Psicossocial do TJDFT e atua junto aos casos de violência doméstica e familiar atendidos por este Tribunal.

A gerência deste serviço autorizou, conforme termo de Aceite Institucional (Anexo III), a realização da pesquisa com as pessoas usuárias do serviço que atendessem aos critérios de seleção acima explicitados. Os procedimentos de coleta de dados da pesquisa também foram realizados em espaço físico cedido pelo SERAV, com tamanho adequado ao número de participantes e cadeiras. Os colchonetes, necessários à aplicação da técnica TRE foram providenciados pela pesquisadora.

Procedimentos e coleta de dados

A pesquisa foi dividida em quatro momentos: teste, aplicação dos Exercícios para Liberação da Tensão (TRE), pós-teste e *follow up*. As fases de teste, pós-teste e *follow up* foram realizadas com todos os grupos, em intervalos de tempo iguais. Apenas aos Grupos de Intervenção foi aplicada a técnica TRE. O intervalo entre as fases de teste e pós-teste foi de cinco semanas. Entre as fases de pós-teste e *follow up* o intervalo foi de 10 semanas. Os procedimentos realizados e os momentos em que cada um ocorreu estão explicitados a seguir:

A. Procedimentos iniciais

As pessoas de ambos os grupos de Intervenção e Comparação, homens e mulheres foram convidados/as para um momento inicial de apresentação dos/as participantes, da pesquisadora e da equipe de apoio. Essa apresentação ocorreu em dias separados. Nesse encontro realizaram-se a leitura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo I), o esclarecimento de dúvidas e a coleta das assinaturas dos/as participantes para o TCLE.

Aos Grupos Intervenção foi oferecida, nessa ocasião, uma breve explicação teórica sobre a técnica a ser utilizada na pesquisa e suas aplicações desde que foi criada. Foi reservado tempo suficiente para esclarecimentos de dúvidas. Os procedimentos da fase de teste foram realizados nesses mesmos dias para os quatro grupos.

B. Preenchimento de Questionários

Este procedimento foi realizado nas fases de teste e pós-teste. Questões relacionadas ao risco percebido, às estratégias de autoproteção e prevenção à violência, à participação em acompanhamento junto a serviços e à participação em atendimentos oferecidos pela Justiça estiveram presentes nos Questionários utilizados em todas as etapas da pesquisa, para fins de comparação. A percepção de risco de ocorrência de novos episódios de violência, por cada participante, foi avaliada a partir da atribuição, por cada participante, de uma pontuação para o risco percebido. A pontuação variava de 0 (nenhum risco) a 10 (altíssimo risco). Uma avaliação de risco 5 correspondia a um risco moderado. Algumas informações, contudo, eram adequadas e necessárias a apenas uma fase da pesquisa, e não às outras. Esse fato justificou a confecção de um

questionário para cada uma delas. As informações específicas a cada questionário estão especificadas a seguir.

O Questionário 1 (Anexo V), aplicado na fase de teste, permitiu obter informações sobre o perfil sócio-demográfico dos/as participantes, os tipos de violências sofridas e praticadas e a frequência com que ocorriam (episódios únicos ou múltiplos), a quantidade de denúncias feitas, a ocorrência ou não de violência em outros relacionamentos familiares e/ou amorosos, a ocorrência de reconciliações, o tempo de separação (nos casos em que ela ocorreu) e a postura quanto a esse processo de separação (dúvida/desejo de reatar a relação/certeza quanto à decisão).

Constou nesse questionário a orientação para que as/os participantes assinalassem comportamentos violentos sofridos e praticados com base em uma lista de diversos exemplos de violências físicas, morais, psicológicas, patrimoniais e sexuais. Os tipos de violência utilizados estão abarcados pela Lei 11.340/06 (Lei Maria da Penha) e exemplos de cada um deles são oferecidos no próprio texto da lei (Brasil, 2006) e também na literatura (Soares, 2005).

O Questionário 2 (Anexo VI) permitiu obter informações sobre a situação pessoal e relacional na fase de pós-teste. As perguntas foram pensadas no intuito de identificar mudanças no estado conjugal (separações e/ou reconciliações), qualidade da relação com a outra parte; ocorrência ou não de episódios de violência no intervalo entre teste e pós-teste.

Ambos os questionários foram preenchidos individualmente por cada participante após orientações gerais oferecidas pela pesquisadora. A pesquisadora e sua equipe de apoio estiveram disponíveis para esclarecer possíveis dúvidas de preenchimento e para auxiliar as/os participantes que por ventura tivessem dificuldades de leitura e escrita. Em virtude da importância dos dados para a pesquisa, realizou-se uma entrevista por telefone com as pessoas que não compareceram ao encontro de pós-teste, de forma a se obter informações idênticas às obtidas com os/as demais participantes presentes.

C. Aplicação do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos (ISSL)

Esse procedimento foi realizado nas fases de teste, pós-teste e *follow up* com todos os/as participantes. O Inventário de Sintomas de Stress para Adultos (ISSL) é um

instrumento psicológico criado e padronizado no Brasil por Lipp e Guevara (1994). Sua aplicação pode ser feita por pessoas que não tenham treinamento em psicologia. Entretanto, a correção e a interpretação devem ser feitas por um/a profissional de psicologia.

O instrumento (Anexo VIII) permite a realização de um diagnóstico preciso do estresse, bem como a identificação da fase do processo de estresse em que se encontra a pessoa. Possibilita identificar a existência de sintomas de estresse, o tipo de sintoma e a fase do processo de estresse em que a pessoa se encontra. Sua construção foi baseada no modelo trifásico de estresse de Selye (1976), em que os sintomas do estresse ocorrem em três fases – alerta, resistência e exaustão -, de acordo com sua gravidade e gradação, e podem ser tanto físicos quanto psicológicos.

Uma fase intermediária (entre a resistência e a exaustão) fase foi identificada, clínica e estatisticamente, durante o processo de validação do instrumento por Lipp e Guevara (1994). Essa fase foi chamada de quase-exaustão e se caracteriza pelo insucesso na tentativa de adaptação aos estressores. O Inventário divide, então, o processo de estresse em quatro fases - alerta, resistência, quase-exaustão e exaustão – e resultou em um Modelo Quadrifásico do Estresse (vide capítulo 2 para mais informações).

A aplicação do ISSL dura aproximadamente 10 minutos e, segundo orientação oferecida pelo manual do instrumento (Lipp, 2005) deve restringir-se a jovens, com idade superior a 15 anos, e adultos. Não exige que os/as participantes sejam alfabetizados/as, pois os itens podem ser lidos pelo/a avaliador/a. Há previsão de utilização de uma linguagem mais popular nos casos em que o instrumento for aplicado a pessoas com baixo nível de escolaridade. A aplicação pode ser feita tanto individualmente quanto em grupo.

O instrumento é composto por três quadros de sintomas característicos de cada fase. O Quadro 1 é utilizado para avaliar a **fase de alerta** a partir de 12 sintomas físicos e três sintomas psicológicos que a pessoa tenha experimentado nas últimas 24 horas. Os sintomas físicos dessa fase de estresse são: mãos e pés frios, boca seca, nó no estômago, aumento da sudorese, tensão muscular, aperto da mandíbula/ranger de dentes, diarreia passageira, insônia, taquicardia, hiperventilação, hipertensão arterial súbita e passageira, mudança de apetite. Os sintomas psicológicos dessa fase do estresse são: aumento súbito de motivação, entusiasmo súbito, vontade súbita de iniciar novos projetos.

O Quadro 2 possibilita a identificação das **fases de resistência e de quase exaustão**, por meio de 10 sintomas físicos e cinco psicológicos experimentados na última semana. Os sintomas físicos desta fase são: problemas com a memória, mal-estar generalizado/sem causa específica, formigamentos nas extremidades, sensação de desgaste físico constante, mudança de apetite, aparecimento de problemas dermatológicos, hipertensão arterial, cansaço constante, aparecimento de úlcera, tontura/sensação de estar flutuando. Os sintomas psicológicos dessa fase são: sensibilidade emotiva excessiva, dúvida quanto a si própria/o, pensar constantemente em um só assunto, irritabilidade excessiva, diminuição da libido.

O Quadro 3 permite a identificação da fase de **exaustão**, a partir de 12 sintomas físicos e 11 sintomas psicológicos, experimentados no último mês. Os sintomas físicos para esta fase do estresse são: diarreia frequente, dificuldades sexuais, insônia, náuseas, tiques, hipertensão arterial continuada, problemas dermatológicos prolongados, mudança extrema de apetite, excesso de gases, tontura frequente, úlcera, enfarte. Os sintomas psicológicos para esta fase do estresse são: impossibilidade de trabalhar, pesadelos, sensação de incompetência em todas as áreas, vontade de fugir de tudo, apatia/depressão/raiva prolongada, cansaço excessivo, pensar/falar constantemente em um só assunto, irritabilidade sem causa aparente, angústia/ansiedade diária, hipersensibilidade emotiva, perda do senso de humor.

Há mais sintomas físicos que psicológicos, em razão da própria constituição do processo de estresse. Por esse motivo, a verificação da presença e da fase do estresse se dá a partir de cálculos de percentual (fornecidos pelas tabelas de avaliação do manual do inventário) e não apenas pela contagem dos sintomas em cada quadro.

Além disso, a presença de alguns sintomas dentre os quadros de sintomas característicos do estresse não significa que haja um quadro clínico de estresse. Para o diagnóstico é necessário que a pessoa apresente um conjunto de sintomas, em quantidade superior ao escore crítico de cada fase, e que esses sintomas se prolonguem por um período determinado de tempo - 24 horas, uma semana e um mês. É importante notar que a obtenção de escore bruto superior ao escore crítico em mais de um quadro sugere que o estresse está em processo de agravamento. A ausência de intervenção adequada, nesses casos, pode levar a um agravamento do estresse.

D. Aplicação dos Exercícios para Liberação da Tensão e do Trauma (TRE)

Aos Grupos de Intervenção foram aplicadas cinco sessões, uma por semana, da técnica TRE. Cada sessão incluía, nesta ordem: acolhimento dos/as participantes, realização da sequência de exercícios e partilha das experiências. Todas as atividades foram realizadas em grupo.

Essa técnica foi escolhida por uma série de motivos, dentre eles: afinidade pessoal da pesquisadora com a técnica; reconhecimento da necessidade de realização de pesquisas científicas sobre a aplicabilidade e impacto da técnica; construção de hipótese de que a técnica poderia ser útil para minimização dos níveis de estresse de homens e mulheres em situação de violência conjugal e contribuir para a diminuição da reincidência de violência e para a minoração de suas consequências negativas. A aplicabilidade da técnica em grupos de pessoas inseridas em contextos comunitários socialmente desfavorecidos e carentes de intervenções eficazes e acessíveis também motivou a escolha.

E. Procedimentos de Follow up

Na fase de *follow up* foi realizada uma entrevista (Anexo VII) e também o preenchimento do Inventário de Sintomas de Stress, por telefone, com todas/os participantes tanto dos grupos experimentais quanto dos grupos controle com quem foi possível estabelecer contato. Os dados obtidos nessa fase da pesquisa permitiram obter níveis de estresse e informações sobre estado conjugal, separações e reconciliações, qualidade do relacionamento com a outra parte, ocorrência ou não de novos episódios violentos e continuidade da prática de TRE após as 10 semanas de intervalo entre as duas últimas fases da pesquisa.

F. Gravação das rodas de partilha

As rodas de partilha foram realizadas com os grupos experimentais após cada sessão de aplicação da técnica TRE. Elas foram gravadas e transcritas. A pergunta inicial feita pela pesquisadora, como estímulo à partilha das experiências, era sempre a mesma: “Como vocês estão se sentindo?”, ao que cada participante respondia livremente. Ao longo das partilhas, não foram realizadas intervenções diretivas nem interpretações. As verbalizações da pesquisadora e da equipe de apoio eram na forma de

perguntas, predominantemente abertas, e de espelhamentos das falas das/os participantes.

Análise de dados

Os dados da pesquisa foram obtidos por meio das repostas aos Questionários 1 e 2 e à Entrevista de *follow up*, do preenchimento aos Inventários de Sintomas de Estresse e da gravação das rodas de partilha após as sessões de aplicação de TRE. As informações obtidas foram analisadas de maneira articulada.

As informações fornecidas pelas respostas aos Questionários e à Entrevista de *follow up* permitiram a caracterização sociodemográfica das/os participantes. Tipos de violência sofridas e praticadas, tempo de exposição e frequência da violência, adesão a acompanhamentos especializados e percepção de risco foram dados obtidos por meio de respostas a itens objetivos dos Questionários e Entrevista. Estratégias de autoproteção e prevenção a novos episódios de violência foram obtidas por meio da pergunta “O que você faz para evitar que esses comportamentos aconteçam novamente?”, presente nos dois questionários e também no roteiro da entrevista de *follow up*.

As gravações das partilhas, realizadas ao final de cada sessão de TRE com os Grupos Intervenção foram transcritas e analisadas por meio da estratégia de análise de conteúdo de Bardin (1977). Esta técnica permitiu obter classificação e agrupamento de categorias de sentido a partir das verbalizações individuais da cada participante. Seidl de Moura e Ferreira (2005) afirmam que a análise de conteúdo é a técnica de criação de categorias mais frequentemente utilizada. As categorias podem surgir do referencial teórico que norteou o estudo, ser desenvolvidas durante a fase de análise dos dados ou ser fornecidas pelos próprios participantes da pesquisa. Neste estudo, as categorias foram obtidas indutivamente na fase de análise dos dados a partir da análise das verbalizações dos/as participantes.

Os níveis de estresse de todas/os participantes, nas fases de teste, pós-teste e *followup*, foram diagnosticados, comparados e relacionados às outras informações obtidas. A análise dos níveis de estresse foi feita com base no Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos (Lipp, 2005).

Cuidados éticos

A coleta dos dados desta pesquisa foi iniciada após a aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília (CEP/IH), conforme Anexo IV. A todas as pessoas convidadas a participar do estudo foi garantido o direito de recusa à participação. Àqueles/àquelas que se dispuseram a participar da pesquisa, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo I). O TCLE foi lido em voz alta juntamente com os participantes de modo que a pesquisadora pudesse fornecer esclarecimentos e se certificar da compreensão de seu conteúdo.

As intervenções foram cuidadosamente planejadas e executadas no sentido de minimizar riscos e prejuízos aos/às participantes. Com o objetivo de garantir a qualidade da coleta de dados e também o bom atendimento às/aos participantes, foi formada uma equipe de apoio técnico. Essa equipe foi composta por dois psicólogos - um com formação na aplicação da técnica utilizada (TRE) e outro com experiência na condução de grupos de homens e mulheres em situação de violência - e uma estudante de psicologia. Suas atividades incluíram o auxílio ao recrutamento dos participantes; participação em treinamento para aplicação dos questionários e do instrumento de avaliação do estresse e para condução das ligações necessárias na fase de *follow up*; presença nas sessões de aplicação da técnica.

A gravação das partilhas grupais realizadas após cada aplicação da técnica esteve condicionada à autorização, por escrito, de todas/os participantes. Salienta-se, também, que a realização da pesquisa com as/os jurisdicionadas/os do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios esteve condicionada à autorização desta instituição (Anexo III).

A proposta da pesquisadora foi a de que esta pesquisa-intervenção servisse não apenas para a coleta de dados e produção de conhecimento, mas que beneficiasse os participantes por meio do oferecimento de ferramentas para manejo do estresse. A pesquisadora e sua equipe de apoio estiveram inteiramente disponíveis às/aos participantes que por ventura tivessem necessidade de apoio extra, esclarecimento de dúvidas, orientações e encaminhamentos.

CAPÍTULO 5

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos dados da pesquisa revelou resultados interessantes. Alguns destes resultados eram esperados, diante da experiência profissional com o tema – violência conjugal – e das leituras realizadas ao longo de alguns anos de trabalho. Outros foram surpreendentes. O contato, na prática e a partir de um olhar científico, com questões frequentemente referenciadas na literatura - anestésias emocionais observáveis em pessoas em situação de violência, diferenças de gênero quanto à percepção e enfrentamento do estresse e das dificuldades emocionais de maneira geral, minimização da violência por parte dos homens e das mulheres - auxiliou a conferir maior sentido e consistência para um saber pré-existente.

Algumas informações obtidas, no entanto, desafiaram este saber prévio, o que estimulou novas reflexões sobre as relações entre estresse, gênero e violência. Pesquisar é um convite para que se dê atenção ao que é dito, de maneira verbal e não verbal, pelas/os participantes. É importante atentar às situações em que este discurso contradiz o que se espera encontrar, o que já foi dito pela literatura utilizada até então e, inclusive, o que dita o(s) sistema (s) de crenças daquela/e que conduz a pesquisa. O convite também é para lançar um olhar ingênuo aos dados, mesmo àqueles frequentemente referenciados pela literatura. É desta forma que o “fazer ciência” contribui para fortalecer caminhos já trilhados, traçar outros caminhos, beber da mesma fonte teórica e ir em busca de outras que possibilitem a produção de novos sentidos.

1. Apresentação dos/as participantes da pesquisa

Sessenta e quatro (64) pessoas - 32 homens e 32 mulheres - foram convidadas via telefone a participar dessa pesquisa. Dentre os 32 homens convidados, compareceram 18. Foram consideradas as informações oferecidas por 15 deles (oito do grupo comparação e sete do grupo intervenção). Das 32 mulheres convidadas para a pesquisa, 17 mulheres compareceram ao primeiro encontro e 14 (seis do grupo comparação e oito do grupo intervenção) tiveram seus dados considerados

Os dados sociodemográficos e os dados dos instrumentos da fase de teste foram coletados com as/os participantes que compareceram aos encontros iniciais dos Grupos

Intervenção e dos Grupos Comparação. A Tabela 1 condensa os principais dados sócio-demográficos das mulheres e homens que participaram da pesquisa.

Tabela 1. Dados sociodemográficos dos/as participantes

		Grupo Comparação		Grupo Intervenção	
		Mulheres(6)	Homens(8)	Mulheres (8)	Homens (7)
Idade	Média	34,6 anos	33,6	30,3 anos	34,9 anos
	Variação	25 a 47 anos	22 a 43 anos	17 a 58 anos	21 a 54 anos
Escolaridade	Sem Alfabetização	-	2	-	-
	Ens. Fund. Incompleto	-	2	3	3
	Ens. Fund. Completo	1	2	2	-
	Ens. Méd. Incompleto	4		-	1
	Ens. Méd. Completo	-	2	2	3
	Ens. Sup. Incompleto	1	-	1	-
	Ens. Sup. Completo	-	-		-
Ocupação	Desempregada(o)	-	-	3	-
	Empregada(o)	5	7	3	2
	Autônomo(a)	-	1	1	5
	Do lar	1	-	1	-
Filhos	Média por participante	1,5	1,8	1,5	1,7
	Variação no grupo	0 a 3 filhos	0 a 3 filhos	0 a 4 filhos	0 a 4 filhos
Situação Conjugal	Casada(o)	2	5	2	6
	Separada(o)	3	1	6	1
	Solteira(o)	1	1	-	-
Relacionamento entre as partes	Casal	2	5	2	6
	Ex-casal	4	3	6	1

As informações da Tabela 1 mostram que 60% da amostra masculina (nove homens) tem o ensino fundamental como escolaridade máxima atingida, enquanto que 40% (seis homens) ingressaram no ensino médio. Pode-se notar, ainda, que os dois participantes sem escolaridade são do sexo masculino. As mulheres, por sua vez, são todas alfabetizadas, sendo que duas ingressaram no nível superior de ensino. Segundo o perfil demográfico, 42,85% da amostra feminina (seis mulheres) tem o ensino fundamental como escolaridade máxima, 42,85% (seis mulheres) ingressou no ensino médio e 14,3% das mulheres ingressaram no nível superior de ensino. Nenhum/a participante concluiu o nível superior. Nessa amostra de participantes, as mulheres atingiram maior nível de escolaridade que os homens. Contudo, a precariedade do nível

instrucional ainda é marcante para homens e mulheres.

As informações acerca da situação ocupacional das/os participantes da pesquisa revelaram que três mulheres (21,4) estavam desempregadas na fase de teste, oito mulheres (57,1%) estavam empregadas, duas mulheres (14,3%) intitularam-se donas de casa e uma mulher (7,1%) disse ser autônoma. Quanto aos homens, observou-se que nenhum estava desempregado na fase de teste. Nove homens (60 %) relataram vínculo empregatício com carteira assinada e 6 homens (40%) relataram exercer atividades laborativas autônomas.

Conquanto tenha-se constatado maior desemprego entre as mulheres, o percentual de mulheres formalmente empregadas foi alto e assemelhou-se ao percentual masculino, com a diferença de que as atividades autônomas estão presentes de forma marcante na amostra masculina. Perguntas sobre o tipo de atividade laborativa exercida por homens e mulheres e também sobre a renda mensal recebida não foram incluídas no questionário, o que foi uma falha da pesquisa. Essas informações teriam sido importantes para melhor avaliar o grau de estabilidade financeira e de dependência das mulheres em relação aos homens.

A média de filhos, tanto para os homens quanto para as mulheres, pode ser considerada baixa. Das mulheres participantes da pesquisa, apenas uma não tem filhos. Vale pontuar que a mulher mais velha da amostra (58 anos) é a que possui maior quantidade de filhos (quatro). Duas mulheres possuem três filhos e todo o restante teve no máximo dois filhos. Três homens da amostra relataram não ter filhos. Em compensação, dois homens jovens, de 22 e 34 anos de idade relataram ter quatro filhos. Dois homens relataram ter três filhos e o restante da amostra disse possuir no máximo dois filhos. Os dados da pesquisa do último Censo (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2010) corroboram esses resultados. A pesquisa mostra que a taxa de natalidade está diminuindo em todas as camadas sociais, embora ainda exista uma tendência a ser maior nas classes menos favorecidas.

Um dado interessante refere-se à situação conjugal das pessoas participantes da pesquisa. A maioria das mulheres (10 mulheres/71,42%), incluindo as que mantiveram anteriormente relacionamento conjugal (nove mulheres) ou namoro (uma mulher), estava separada. Por outro lado, a maior parte dos homens (11 homens/73,3%) estava em um relacionamento conjugal na fase inicial da pesquisa. Importante mencionar também que as mulheres casadas (quatro mulheres/28,5%) tinham como parceiro o

autor de violência conjugal e as separadas tinham como ex-companheiro ou ex-namorado mais recente também o autor de violência. A situação era a mesma para 14 dos homens participantes.

Pode-se pensar que, a baixa média de filhos para as mulheres e o fato de que a maior parte delas estava formalmente empregada tenham sido fatores facilitadores de autonomia e da decisão pela separação. A separação conjugal costuma ser tanto uma medida de interrupção da violência, quanto uma situação de estresse e sofrimento emocional para as mulheres, devido ao rompimento do vínculo, à frequente redução do poder aquisitivo e à sobrecarga com o cuidado dos filhos/as (Soares, 2005; Organização Mundial de Saúde [OMS], 2005).

A decisão da maior parte dos homens foi a de permanecer no vínculo conjugal. É possível que a continuidade do relacionamento tenha ampliado a percepção da necessidade de cuidados, mobilizando os participantes a fazer parte de uma pesquisa em que seria aplicada uma técnica de redução de estresse.

2. Estresse, Gênero e Violência: a experiência inicial de mulheres e homens

Esta seção tem o objetivo de apresentar e discutir as relações entre os tipos e frequência de comportamentos violentos, sofridos e praticados, e a severidade dos níveis de estresse experimentados por homens e mulheres na fase inicial da pesquisa. Além disso, buscou-se compreender a relação entre os níveis de estresse, percepção de risco de ocorrência de novos episódios de violência e situação conjugal. Para tanto, foram utilizadas as informações oferecidas por todas/os participantes que compareceram ao encontro inicial. Os dados utilizados nas Tabelas 2, 3, 4 e 5 foram obtidos na fase de teste, por meio do preenchimento do Inventário de Sintomas de Estresse e do Questionário elaborado para este momento da pesquisa.

2.1 Situação inicial das mulheres

As Tabelas 2 e 3 referem-se à situação inicial das mulheres dos Grupos Intervenção e Comparação, respectivamente. Nelas, é possível identificar os níveis de estresse, as violências praticadas, as violências sofridas, a frequência relatada dos episódios de violência conjugal, a percepção de risco (de 0 – nenhum risco – a 10 – altíssimo risco) e a situação conjugal de cada uma das participantes. A tendência a

agravamento do quadro de estresse e a qualidade dos sintomas predominantes (psicológicos ou físicos) também estão especificadas. Para as violências sofridas e praticadas, foram utilizadas as siglas VF (Violências Físicas), VPS (Violências Psicológicas), VS (Violências Sexuais), VP (Violências Patrimoniais) e VM (Violências Morais). Quanto à situação conjugal, consta também a informação de tempo de separação – quando foi o caso – e certeza ou dúvida quanto à manutenção da situação.

2.1.1 Grupo Intervenção

Tabela 2. Situação inicial das mulheres do Grupo Intervenção

Nome	Nível de Estresse	Violências Praticadas	Violências Sofridas	Frequência da Violência	Risco	Situação Conjugal
Maria	Quase-exaustão Agravamento Predominância de Sintomas Psicológicos	VM: xingamento	VF: tapas, empurrões, apertões, chutes VPS: ameaças, humilhações, impedir de sair VP: esconder objetos VM: acusações, xingamentos VS: exigir ou insistir para fazer sexo	Episódio Único	1	Casada (confusa)
Patrícia	Resistência Agravamento Predominância de Sintomas Psicológicos	VF: tapas, empurrões, atirar objetos VPS: humilhações VP: estragar objetos, destruir objetos VM: xingamentos	VF: tapas, empurrões, chutes, puxar cabelo VPS: humilhações, ameaças, impedir de sair, perseguir na rua VP: estragar/destruir/esconder objetos, estragar/esconder documentos VS: exigir ou insistir para fazer sexo, toques/carícias não desejadas	Uma vez por semana, há seis anos	8	Separada há 1 ano e 5 meses (certa)
Lana	Quase-exaustão, Agravamento Sintomas Físicos e Psicológicos	VF: tapas, empurrões, puxar cabelo, morder, beliscar VPS: humilhar, ameaçar, impedir de falar com as pessoas VP: estragar objetos, rasgar roupas VM: xingamento, inventar mentiras sobre a pessoa	VF: empurrões, apertões, puxar cabelo, morder, beliscar VPS: ameaças, ameaça com faca, humilhações, impedir de sair e de falar com as pessoas VP: estragar/destruir/esconder objetos, rasgar roupas VM: xingamento, inventar mentiras sobre a pessoa	Uma vez por semana, durante o ano de 2011	3	Casada (Certa)
Marta	Resistência, Agravamento, Predominância de Sintomas Psicológicos	VF: tapas VP: humilhações; VM: xingamento	VF: tapas, empurrões, chutes, puxar cabelo VPS: humilhação, ameaças, impedir de sair e manter contato com família e amigos, perseguir na rua, impedir de trabalhar/estudar VP: estragar objetos, estragar/esconder documentos VM: ofensa à honra	2 vezes por mês	5	Separada há 4 meses (certa)

Nome	Nível de Estresse	Violências Praticadas	Violências Sofridas	Frequência da Violência	Risco	Situação Conjugal
Diva	Quase-exaustão, Agravamento, Predominância de Sintomas Psicológicos	VF: chutar, puxar cabelo VM: xingamento	VF: tapas, empurrões, apertões, atirar objetos, tentativa de homicídio VPS: ameaças com faca VM: xingamento, inventar mentiras, ofensa à honra, espalhar fofocas	Todos os fins de semana	5	Separada há 3 meses (certa)
Gal	Resistência, Agravamento, Predominância de Sintomas Psicológicos	VF: tapas VP: vender objetos sem permissão, estragar/ esconder documentos	VF: tapas, empurrões, chutes, apertões, puxar cabelo VP: ameaça, impedir de falar com as pessoas VM: espalhar fofocas	Episódio Único	0	Separada há 1 ano (certa)
Ana	Quase-exaustão, Agravamento, Predominância de Sintomas Psicológicos	VF: tapas, empurrões, apertões, chutes, atirar objetos VP: destruir objetos VM: xingamento	VF: tapas, empurrões, apertões, chutes, puxar cabelo, mordida, atirar objetos, beliscões VPS: humilhações, ameaças, impedir de sair e de manter contato com a família; VP: estragar objetos, esconder objetos, rasgar roupas, desviar dinheiro	Diariamente há 12 anos	8	Casada (confusa)
Márcia	Resistência, Agravamento, Predominância de Sintomas Psicológicos	VF: Atirar objetos VPS: impedir contato com a família e amigos VP: estragar/destruir objetos VM: xingamento	VF: tapas, empurrões, apertar, chutar, enforçar, puxar cabelo, tentativa de homicídio VP: ameaçar com faca, ameaçar, impedir de sair VM: xingamento VS: exigir/insistir para fazer sexo, insistir para fazer sexo anal, não querer usar camisinha	2 vezes por mês	0	Separada há 2 anos (certa)

A análise das informações contidas na Tabela 2 revela que todas as mulheres do Grupo Intervenção identificaram sintomas compatíveis com um quadro de estresse. Metade das mulheres estava, na fase de teste, com estresse no nível de quase-exaustão. A outra metade apresentou quadro de estresse no nível de resistência. O preenchimento do Inventário revelou tendência ao agravamento dos quadros de estresse para todas as participantes.

Um dado interessante diz respeito à natureza dos sintomas de estresse apontados pelas mulheres. Sete mulheres identificaram predominantemente sintomas psicológicos, ao invés de físicos. Apenas uma das mulheres assinalou sintomas físicos e psicológicos em igual proporção.

Todas as mulheres relataram ter sofrido violência física e psicológica. Dentre as violências físicas; os empurrões foram mencionados por todas as mulheres; os tapas, por sete delas; e os chutes, puxões de cabelo e apertões, por seis. Ainda em relação às

violências físicas, houve relato de duas tentativas de homicídio. Quanto às violências psicológicas, as mais frequentes foram as ameaças – relatadas por todas as mulheres –, sendo que três mulheres relataram ameaças com faca. Humilhações e impedimento de sair de casa foram violências mencionadas por cinco mulheres. Quatro mulheres mencionaram o comportamento de impedir contato com a família e com os amigos.

Cinco mulheres disseram ter sofrido violência patrimonial, sendo que esconder/estragar/destruir objetos foi a violência patrimonial mais frequente e mencionada por todas elas. Das seis mulheres que relataram ter sofrido violência moral, quatro mencionaram terem sido xingadas pelo companheiro/ex-companheiro. A violência sexual foi mencionada por três mulheres, sendo que as três relataram que o parceiro/ex-parceiro exigiu/insistiu para fazer sexo. Outras condutas sexualmente agressivas relatadas foram toques e carícias não desejados, insistir para fazer sexo anal e se negar a usar preservativo.

Das três mulheres severamente estressadas, duas relataram episódios múltiplos de violência física e psicológica. Uma delas (Ana) relatou frequência diária de violência conjugal, há 12 anos, enquanto que duas (Diva e Márcia) mencionaram ter sofrido grave ameaça à vida (ameaça com faca e tentativa de homicídio). Chama atenção que Maria, em estado de quase-exaustão no teste, tenha mencionado violências de todos os tipos (física, psicológica, moral, patrimonial e sexual), que teriam ocorrido em episódio único.

Márcia relatou ter sofrido múltiplos episódios graves de violências - tentativa de homicídio, ameaça com faca e diversos episódios de violência sexual. Ela, no entanto, identificou sintomas de um quadro de estresse menos severo. É possível que a separação, há dois anos, tenha auxiliado na redução dos sintomas. A presença de anestesia emocional é uma possibilidade também, vez que alguns tipos de violências continuavam a ocorrer mesmo após a separação.

Todas as mulheres relataram a prática de violência contra seus companheiros e ex-companheiros. Contudo, sete das oito mulheres relataram mais violências sofridas que praticadas. As violências físicas praticadas mais frequentes foram os tapas – mencionados por cinco mulheres – e os empurrões – mencionados por três. Quanto às violências psicológicas, a humilhação foi mencionada por quatro mulheres, enquanto que apenas Lana mencionou a prática de ameaça. Quatro mulheres relataram a prática de violência patrimonial de estragar/destruir/esconder objetos pessoais. Sete mulheres

afirmaram, em relação a condutas de violência moral, terem xingado seus companheiros/ex-companheiros. Nenhuma mulher relatou a prática de violência sexual, tentativa de homicídio, ameaça com faca, enforcamento, impedimento de sair de casa.

A frequência dos episódios de violência parece estar relacionada à percepção de risco e também aos níveis de estresse experimentados por estas participantes. Das seis mulheres que relataram múltiplos episódios de violência, apenas Márcia percebeu risco nulo. Três delas (Lana, Diva e Ana) estavam severamente estressadas – fase de quase-exaustão – e relataram frequência pelo menos semanal dos episódios de violência.

As duas mulheres que relataram episódio único de violência avaliaram como nulo ou quase nulo o risco de ocorrência de novos episódios. Maria estava severamente estressada e Gal em fase de resistência. O restante do grupo percebeu risco moderado e alto. As duas mulheres com maior tempo de exposição à violência (Patrícia e Ana) foram as que avaliaram como mais alto o risco de ocorrência de novos episódios violentos. Ana relatou maior frequência de violência, que ocorria diariamente há 12 anos, e estava com estresse em fase de quase-exaustão.

Um dado interessante diz respeito à relação entre estresse, avaliação de risco e situação conjugal. Das cinco mulheres separadas, todas estavam certas da separação e quatro apresentaram sintomas de estresse menos severo. Três mulheres (Marta, Patrícia e Márcia) apresentaram quadros menos severos de estresse, embora tenham relatado episódios múltiplos de violência. Elas já estavam separadas do autor de violência - e certas da separação - há quatro meses, um ano e dois anos respectivamente. A separação, nestes casos, pode ter contribuído para o menor nível de estresse, embora o risco tenha sido avaliado como alto e moderado por duas delas.

Das quatro mulheres com quadros de estresse em fase de quase-exaustão, três (Maria, Lana e Ana) estavam casadas e uma (Diva) havia se separado há apenas três meses. Duas delas (Maria e Lana) relataram risco reduzido, a despeito da menção a graves violências sofridas. Por outro lado, duas mulheres, uma em estado de resistência (Marta) e outra de quase-exaustão (Diva), relataram risco moderado de ocorrência de violência, mesmo após a separação. Nesses casos, a separação havia ocorrido há menos de seis meses. Ana estava casada e confusa quanto à permanência na relação. Sua dúvida, somada ao alto risco percebido e às violências sofridas parecem ter configurado o quadro de quase-exaustão.

2.1.2 Grupo Comparação

Tabela 3. Situação inicial das mulheres do Grupo Comparação

Nome	Nível de Estresse	Violências Praticadas	Violências Sofridas	Frequência da Violência	Risco	Situação Conjugal
Graça	Quase-exaustão, Agravamento Predominância de Sintomas Psicológicos	Sem violência	VF: tapas, empurrões, apertões, chutes VPS: humilhações, ameaças VP: estragar/destruir objetos, estragar/ esconder documentos, rasgar roupas VM: xingamento, ofensa à honra	Todos os fins de semana, há 3 anos	7	Separada há 4 meses (certa)
Clara	Sem Estresse	Sem Violência	VF: tapas, puxar cabelo, atirar objetos VPS: Impedir de sair e de ter contato com a família e amigos, perseguir na rua VP: destruir objetos	Episódio Único	2	Separada há 1 mês (desejo de reconciliação)
Alice	Quase-exaustão, Agravamento Predominância de Sintomas Físicos e Psicológicos	VF: tapas, empurrões, chutes, apertões, atirar objetos VPS: ameaça com chave de fenda, humilhações VP: estragar/destruir objetos, estragar/esconder documentos VM: xingamento, ofensa à honra	VF: tapas, empurrões, apertões, chutes, enforcamento, puxar cabelo VPS: humilhações, impedir contato com a família e amigos, machucar animais de estimação, perseguir na rua VP: estragar objetos, estragar/esconder documentos, rasgar roupas VM: xingamento, ofensa à honra VS: exigir ou insistir para fazer sexo	Uma vez por semana, há 7 anos	5	Casada (confusa)
Rosa	Quase-exaustão, Agravamento, Predominância de Sintomas Psicológicos	VF: tapas, empurrões VPS: impedir de sair, perseguir na rua	VF: tapas VPS: humilhações VM: xingamento	Episódio Único	0	Separada (desejo de reconciliação)
Carol	Exaustão, Agravamento, Predominância de Sintomas Psicológicos	VP: destruir objetos, rasgar roupas	VF: tapas, empurrões, chutes, puxar cabelo VPS: humilhações, ameaças a si e a pessoas queridas, machucar animais de estimação VP: destruir/ estragar objetos VM: xingamento, inventar mentiras sobre a pessoa VS: toques/carícias não desejadas	Mais de uma vez por semana, há cinco anos	8	Separada (confusa)
Luara	Resistência, Agravamento, Predominância de Sintomas Psicológicos	VF: atirar objetos VP: destruir objetos	VF: tapas, empurrões, enforcamento, mordidas; VPS: humilhações, ameaças, impedir de sair, perseguir na rua VM: xingamentos, ofensa à honra	Episódio Único	2	Casada (certa)

Clara, dentre as seis mulheres do grupo comparação, foi a única que não identificou sintomas em quantidade suficiente para um diagnóstico de estresse. Quatro das cinco mulheres estressadas apresentaram um quadro de estresse severo - três (Graça,

Alice e Rosa) na fase de quase-exaustão com tendência a agravamento e uma (Carol) na fase de exaustão, também com tendência a agravamento.

No Grupo Comparação, assim como no grupo intervenção, houve maior detecção de sintomas psicológicos de estresse, em detrimento dos físicos. Quatro das cinco mulheres diagnosticadas com estresse identificaram predominantemente sintomas psicológicos, ao invés de físicos. Apenas Alice assinalou sintomas físicos e psicológicos em igual proporção.

Todas as mulheres do grupo comparação relataram ter sofrido violência física e psicológica. As violências físicas mais assinaladas foram tapas – mencionados por todas as mulheres – e empurrões – mencionados por quatro delas. É importante frisar que a violência de tentativa de enforcamento foi trazida por duas mulheres (Alice e Luara). Em relação às violências psicológicas, as mais frequentes foram as humilhações – mencionadas por cinco mulheres. Ameaças, impedir a mulher de sair de casa e de manter contato com amigos e familiares e perseguí-la na rua foram comportamentos violentos mencionados por três mulheres. Interessante notar a menção feita por duas mulheres (Alice e Carol) a maus tratos praticados pelo companheiro e ex-companheiro contra animais de estimação.

Quatro mulheres mencionaram ter sofrido violência patrimonial, sendo mais frequente o comportamento de estragar/esconder/destruir objetos pessoais. Cinco mulheres relataram ter sofrido violência moral - mais frequentemente o xingamento, mencionado pelas cinco. Por fim, duas mulheres disseram ter sofrido violência sexual, que consistiu em exigir/insistir para fazer sexo e tocar e/ou fazer carícias indesejadas.

Das quatro mulheres severamente estressadas – quadros de exaustão e quase-exaustão -, três (Graça, Alice e Carol) relataram episódios múltiplos de violência física, moral, patrimonial e psicológica. Duas delas, Carol com estresse em fase de exaustão e Alice em fase de quase-exaustão, disseram ter sofrido violência sexual. A frequência de violência relatada por essas três mulheres foi alta, com pelo menos um episódio semanal. Tapas, humilhações e xingamentos foram violências comuns relatadas pelas quatro mulheres com maiores níveis de estresse.

Quanto às violências praticadas, pode-se observar que quatro das seis mulheres relataram ter agido com violência contra seus companheiros/ex-companheiros, conquanto tenham relatado mais violências sofridas que praticadas. Todas elas

obtiveram diagnóstico de estresse e três delas (Alice, Rosa e Carol) estavam com sintomas de estresse severo, nas fases de quase-exaustão e exaustão, no momento de teste.

Três mulheres (Alice, Rosa e Luara) relataram ter praticado violência física, sendo que tapas e empurrões foram mencionados por duas mulheres. Violências patrimoniais foram relatadas por três mulheres, sendo que o comportamento de estragar/destruir/esconder objetos foi o comportamento praticado mais citado entre todos os tipos de violência – por três participantes. Os demais comportamentos violentos não foram relatados de maneira expressiva pelas mulheres, visto que cada um – ameaças, humilhações, impedir de sair, perseguir na rua, xingar e ofender a honra – foi mencionado por apenas uma mulher. Nenhuma mulher relatou a prática de violência sexual, tentativa de homicídio, ameaça com faca, enforcamento, impedimento de fazer contato com amigos e familiares.

Metade das mulheres afirmou que as violências conjugais ocorreram em episódio único. Este relato ocorreu a despeito da quantidade e variedade de comportamentos violentos assinalados, que pouco provavelmente poderiam ter ocorrido em um único dia. Quanto à percepção de risco, é digno de nota que apenas Rosa tenha identificado ausência de risco de ocorrência de novos episódios de violência, duas (Clara e Luara) tenham percebido risco reduzido e todas as outras tenham percebido riscos moderados e altos.

A frequência dos episódios de violência parece, também nesse grupo, estar relacionada à percepção de risco assim como aos níveis de estresse pelas participantes. Quanto à relação entre essas variáveis, pode-se notar que as mulheres que relataram múltiplos episódios de violência estavam severamente estressadas e perceberam risco alto ou moderado de reincidência da violência.

Das três mulheres que relataram episódios únicos de violência (Clara, Rosa e Luara), Clara apresentou ausência de estresse e Luara identificou sintomas de estresse menos severo. Apenas uma das mulheres severamente estressadas (Rosa) relatou episódio único de violência e percebeu como ausente o risco de reincidência. Neste caso, o discurso da participante estava carregado de sentimento de culpa pela denúncia, pela separação e pelas violências praticadas por ela. Além disso, o sofrimento emocional diante da recente separação parece ter atuado como forte fator estressor. Carol, a mulher mais severamente estressada, percebeu o maior risco de reincidência e

relatou a maior frequência de episódios violentos. Clara, a única mulher sem diagnóstico de estresse, relatou episódio único de violência e percebia como reduzido o risco de ocorrência de novos eventos.

A situação conjugal - e a certeza ou dúvida em relação a ela - parece ter afetado os níveis de estresse detectados e as avaliações de risco. Somente duas mulheres, Alice e Luara, estavam casadas. A maior avaliação de risco por Alice, somada à ocorrência de múltiplos episódios de violência, provavelmente contribuiu para a severidade de seu quadro de estresse.

As duas mulheres separadas que desejavam reconciliação (Clara e Rosa) avaliaram como ausente o risco de reincidência de violência. Clara identificou sintomas em quantidade insuficiente para diagnóstico de estresse e pareceu atribuir somente a si a responsabilidade pelos conflitos relacionais, minimizando seu sofrimento emocional diante da situação. Rosa expressou intenso sofrimento emocional diante da separação, fato a que associava os sintomas de severo estresse. A prática de violência por parte dela e a culpa pela separação pareciam produzir uma minimização da violência sofrida e dos riscos envolvidos na sua situação.

Carol, severamente estressada, demonstrou ambiguidade de sentimentos quanto à manutenção da separação. A dúvida e a percepção da gravidade das violências sofridas, do risco de violência e de suas consequências deletérias estavam relacionadas ao estado de exaustão em que se encontrava. Mesmo separada e certa da separação, Graça ainda percebia como alto o risco de reincidência da violência, que havia ocorrido em alta frequência nos últimos três anos.

2.2 Situação Inicial dos Homens

As Tabelas 4 e 5 referem-se à situação inicial dos homens dos Grupos Intervenção e Comparação, respectivamente. Nelas, é possível identificar os níveis de estresse, as violências praticadas, as violências sofridas, a frequência relatada dos episódios de violência conjugal, a percepção de risco (de 0 – nenhum risco – a 10 – altíssimo risco) e a situação conjugal de cada uma das participantes. A tendência a agravamento do quadro de estresse e a qualidade dos sintomas predominantes (psicológicos ou físicos) também estão especificadas. Para as violências sofridas e praticadas, foram utilizadas as siglas VF (Violências Físicas), VPS (Violências

Psicológicas), VS (Violências Sexuais), VP (Violências Patrimoniais) e VM (Violências Morais). Quanto à situação conjugal, consta também a informação de tempo de separação – quando foi o caso – e certeza ou dúvida quanto à manutenção da situação.

2.2.1 Grupo Intervenção

Tabela 4. Situação inicial dos homens do Grupo Intervenção

Nome	Nível de Estresse	Violências Praticadas	Violências Sofridas	Frequência da Violência	Risco	Situação Conjugal
João	Resistência, Predominância de Sintomas Psicológicos	VF: tapas, apertões, chutes VPS: humilhações VP: xingamento	VF: empurrões, atirar objetos VPS: ameaça com faca, humilhar, impedir de sair e de manter contato com a família e com amigos, impedir de trabalhar/ estudar: perseguir na rua VP: estragar/esconder documentos, destruir objetos, desviar dinheiro, rasgar roupas VM: xingamento, inventar mentiras sobre as pessoas, espalhar fofocas	Episódio Único	0	Casado (certo)
Vilmar	Sem estresse	VF: empurrar, chutes, puxar cabelo VPS: humilhar VM: xingamento	VF: tapas, chutes, puxar cabelo, empurrões, beliscões VPS: humilhar VM: xingamento	1 vez por mês há 2 anos	0	Casado (certo)
José	Sem estresse	VF: beliscar VPS: impedir contato com família e amigos VM: xingamento	VF: beliscar; VM: xingamento	Episódio Único	0	Casado (certo)
Pedro	Resistência, Predominância de Sintomas Físicos	VF: tapas VPS: humilhar VM: acusar a pessoa de ter cometido um crime	VF: tapas, apertar, morder, atirar objetos, beliscar VPS: humilhar, ameaçar, perseguir na rua VP: destruir/esconder objetos, rasgar roupas VM: xingamento, acusar a pessoa de ter cometido um crime, ofender a honra	Episódio Único	0	Casado (certo)
Dinho	Sem estresse	VF: tapas, empurrar VPS: ameaçar	VM: xingamento VPS: ameaçar, humilhar,	Episódio Único	0	Separado (certo)
Paulo	Resistência, Predominância de Sintomas Físicos	VF: dar tapas, empurrar, atirar objetos, tentativa de homicídio VPS: impedir de sair e de manter contato com a família e amigos; VP: estragar objetos	VF: tapas, empurrar, apertar, chutar, puxar cabelo, atirar objetos, beliscar VPS: humilhar, impedir de sair e de manter contato com a família e com os amigos, perseguir na rua VP: estragar objetos, vender objetos/imóveis/bens sem permissão, rasgar roupas	Diariamente em dois anos	0	Casado (certo)

Nome	Nível de Estresse	Violências Praticadas	Violências Sofridas	Frequência da Violência	Risco	Situação Conjugal
Cleumar	Quase-exaustão, Agravamento, Predominância de Sintomas Psicológicos	VPS: machucar animais de estimação, impedir contato com a família e amigos, VM: xingamento, inventar mentiras sobre a pessoa, espalhar fofocas sobre a pessoa	VF: atirar objetos VPS: humilhar, ameaçar, impedir de sair e de manter contato com a família e amigos, ameaçar pessoas queridas VP: esconder/estragar objetos e documentos, desviar dinheiro; VM: xingamento, acusar a pessoa de ter feito um crime;	Episódio Único	3	Casado (certo)

A Tabela 4 mostra que quatro, dos sete homens do grupo intervenção, identificaram sintomas suficientes para o diagnóstico de estresse. Três deles (João, Pedro e Paulo) apresentaram um quadro de estresse na fase de resistência, sem tendência a agravamento. Cleumar estava seriamente estressado, pois apresentou um quadro de quase-exaustão. A tendência de agravamento do estresse apareceu apenas nesse caso. Dos homens estressados, dois relataram predominância de sintomas psicológicos e dois, de sintomas físicos.

Todos os homens assumiram ter praticado e sofrido – por parte da companheira/ex-companheira - algum tipo de violência. Com exceção de Cleumar, todos os outros assumiram terem sido fisicamente violentos com suas companheiras/ex-companheiras. Tapas e empurrões foram os atos mais mencionados – por quatro e três homens, respectivamente. É relevante que Paulo tenha assumido a tentativa de homicídio. Seis homens assumiram também a prática de violência psicológica, sendo que as humilhações e impedimento de contato foram as mais frequentes. A violência de ameaça foi mencionada apenas por Dinho. O xingamento foi a violência moral mais frequente, tendo sido mencionado por quatro homens. Apenas Paulo relatou ter praticado violência patrimonial – estragar objetos pessoais.

Chama atenção o fato de que, com exceção de José, todos os homens relataram mais violências sofridas que praticadas. Seis homens disseram ter sofrido violência física por parte das companheiras/ex-companheiras. Atirar objetos, beliscões - mencionados por quatro homens -, tapas e empurrões – mencionados por três homens - foram as violências sofridas mais relatadas.

Seis homens disseram ter sofrido violência psicológica, sendo que as humilhações foram mencionadas pelos seis e ameaças foram mencionadas por três homens. Um homem relatou ter sofrido ameaça com faca. Dos quatro homens que

disseram terem sido ameaçados, três (João, Pedro e Cleumar) apresentaram sintomas de estresse. Interessante perceber que três homens (João, Paulo e Cleumar) relataram terem sido impedidos de sair de casa e de manter contato com amigos e familiares. Os homens que relataram essas últimas violências receberam diagnóstico de estresse.

A violência patrimonial foi assinalada por quatro homens como violência sofrida, sendo que todos eles relataram que tiveram objetos pessoais estragados, escondidos ou destruídos. Os seis participantes do grupo que disseram ter sofrido violência moral fizeram referência aos xingamentos. Dois homens (Pedro e Cleumar) disseram que foram acusados pela companheira/ex-companheira de cometer um crime. O discurso desses homens indica que eles não percebiam a prática de violência como um crime que justifique a denúncia e a intervenção do Estado.

A quantidade e variedade de violências relatadas tornam improvável que todas elas tenham ocorrido em apenas uma oportunidade. Apenas dois homens (Vilmar e Paulo), contudo, relataram a ocorrência de episódios múltiplos de violência. Outro dado que chama atenção diz respeito ao fato de que apenas Cleumar identificou risco de ocorrência de novos episódios de violência, salientando-se que, ainda nesse caso, o risco foi avaliado como reduzido. A percepção de ausência de risco ocorreu mesmo diante do fato de seis dos sete participantes manterem relacionamento com a outra parte do processo, sem relato de qualquer apoio profissional para a mudança da dinâmica relacional.

No tocante às relações entre estresse, frequência da violência e percepção de risco de reincidência, nota-se que três (João, Pedro e Cleumar) dos quatro homens em que se identificou estresse relataram episódios únicos de violência no relacionamento. Dois deles (João e Francisco) percebiam como ausente o risco de reincidência da violência. Cleumar foi o único homem que percebeu risco de reincidência da violência e também o mais severamente estressado. Paulo foi o participante que relatou maior frequência dos episódios de violência, que teriam ocorrido diariamente. Ainda assim, avaliou como nulo o risco de reincidência, a despeito de permanecer casado e apresentar quadro de estresse. Todos os homens sem estresse perceberam como ausente o risco de reincidência da violência, sendo que apenas Vilmar afirmou terem ocorrido múltiplos episódios de violência.

Nesse grupo, apenas Dinho estava separado. Nenhum dos homens tinha dúvida quanto ao seu estado conjugal, ou seja, os que estavam casados desejavam permanecer

casados e Dinho, que estava separado, não desejava a reconciliação. A certeza quanto ao estado conjugal é um provável fator de proteção ao surgimento e agravamento dos sintomas de estresse. Cinco dos seis homens casados perceberam como nulo o risco de ocorrência de novos episódios violentos, embora se mantivessem no relacionamento conjugal com a mulher que fez a denúncia e não tivessem, até o momento, recebido qualquer auxílio profissional para construção de formas não violentas de resolução de conflitos.

2.2.2 Grupo Comparação

Tabela 5. Situação inicial dos homens do Grupo Comparação

Nome	Nível de Estresse	Violências Praticadas	Violências Sofridas	Frequência da Violência	Risco	Situação Conjugal
Ian	Resistência, Predominância de sintomas psicológicos	VF: empurrar VPS: humilhar, impedir de sair VP: destruir objetos VM: xingamento	VF: empurrar, apertar VPS: humilhar VP: Destruir/estragar/esconder objetos VM: xingamento	1 vez a cada 15 dias	1	Casado (certo)
Ailton	Sem estresse	VF: empurrar	VF: empurrar VM: xingamento, espalhar fofocas sobre a pessoa	Episódio único	0	Separado (certo)
Vítor	Sem estresse	VF: tapas, empurrar, puxar cabelo VPS: humilhar VM: xingamento	VF: atirar objetos VPS: humilhar, impedir de sair e de falar com as pessoas VP: destruir/estragar objetos, estragar/ esconder documentos VM: xingamento	Episódio único	0	Casado (certo)
Ricardo	Sem estresse	VF: tapas, puxar o cabelo, empurrar, apertar; VP: estragar objetos; VM: xingamento	VPS: ameaçar VM: xingamento	Episódio único	0	Separado (desejo de reconciliação)
Nildo	Sem estresse	VF: empurrar VPS: ameaçar VP: destruir/estragar/esconder objetos VM: xingamento	VF: empurrar, atirar objetos; VPS: humilhações, ameaças, impedir de falar com as pessoas VM: xingamento, acusar a pessoa de ter feito um crime, inventar mentiras sobre a pessoa, espalhar fofocas sobre a pessoa VP: estragar/esconder documentos, esconder objetos	Episódios Múltiplos, mas não sabe a frequência	0	Casado (certo)
Caio	Sem estresse	VF: tapas, empurrar, chutes, apertar, puxar cabelo VPS: ameaçar VM: xingamento	VF: empurrar; VPS: ameaçar impedir de sair; VP: esconder objetos, desviar dinheiro, VM: xingamento, ofensa à honra	a cada 3 meses, mais ou menos	4	Casado (certo)

Nome	Nível de Estresse	Violências Praticadas	Violências Sofridas	Frequência da Violência	Risco	Situação Conjugal
Tiago	Exaustão, Agravamento, Predominância de Sintomas Psicológicos	VF: empurrão, tapas VM: xingamento	VF: tapas, empurrar VPS: impedir de sair VP: vender objetos sem permissão, estragar ou esconder documentos, vender imóveis e bens sem permissão, esconder objetos VM: xingamento, inventar mentiras sobre a pessoa	Episódio único	0	Casado (dúvida)
James	Exaustão, Agravamento, Predominância de Sintomas Psicológicos	VF: empurrão, apertão; VPS: humilhar; VP: estragar/destruir objetos, rasgar roupas; VM: xingamento	VF: atirar objetos, VPS: ameaçar com faca, ameaçar, perseguir na rua, impedir de sair e de contato com a família e amigos VP: estragar/ esconder documentos, vender objetos sem permissão; esconder objetos VM: espalhar fofocas sobre a pessoa VS: deixar a pessoa constrangida durante o sexo	1 vez a cada 3/4 meses	5	Separado (certo)

As informações da Tabela 5 permitem perceber que dos oito homens do Grupo Comparação, apenas três (Ian, Tiago e James) identificaram sintomas suficientes para o diagnóstico de estresse. Tiago e James apresentaram níveis severos de estresse, chegando à exaustão, enquanto que Ian identificou sintomas em quantidade suficiente para o diagnóstico de estresse na fase de resistência. Os três apresentaram predominância de sintomas psicológicos em detrimento dos físicos.

Todos os homens assumiram ter praticado violência contra suas companheiras/ex-companheiras. É interessante notar, por outro lado, que todos relataram também ter sofrido algum tipo de violência no relacionamento e quase todos identificaram mais violências sofridas que praticadas. Tiago e James, que apresentamos quadros mais severos de estresse, foram os participantes que mais relataram violências sofridas. É importante frisar que, mesmo diante do relato das violências sofridas, mais da metade dos homens relataram ausência de estresse.

A prática de violência física foi relatada por todos os homens, sendo que os empurrões foram mencionados por todos eles e os tapas foram mencionados por quatro. O xingamento foi a única violência moral relatada e foi praticado por sete homens. Quatro homens mencionaram a violência patrimonial de destruir/estragar/esconder objetos pessoais. A humilhação apareceu como a violência psicológica mais frequente e foi assumida por cinco homens. Apenas Nildo e Caio assumiram a prática de ameaça.

Nenhum homem afirmou ter praticado violência sexual e ter impedido a mulher de manter contato com familiares e amigos. Violências graves como enforcamentos, tentativa de homicídio e ameaças com faca também não foram mencionadas pelos participantes do Grupo Comparação.

O grupo inteiro relatou ter sofrido violência moral por parte das companheiras/ex-companheiras. O xingamento foi mencionado por sete homens. Interessante notar que Nildo pontuou a violência de acusar a pessoa de ter cometido um crime, referindo-se à queixa policial realizada pela companheira. Ele, contudo, assumiu a prática de violência. Esse dado faz pensar que ele, como alguns dos homens do Grupo Intervenção, acredita que a violência conjugal não deve ser passível de intervenção policial e judicial.

Sete homens relataram ter sofrido violências físicas e psicológicas. Dentre as violências físicas, o empurrão foi a conduta mais frequente – mencionada por cinco participantes. Quatro homens disseram que foram impedidos de sair pelas companheiras/ex-companheiras, três disseram que foram impedidos de manter contato com familiares e amigos e três mencionaram ameaças. Por fim, seis homens afirmaram ter sofrido violência patrimonial, sendo que destruir/estragar/esconder objetos pessoais foi um comportamento mencionado por todos eles. James disse ter sido constrangido pela ex-companheira durante a relação sexual.

Quanto às relações entre estresse, frequência da violência e avaliação de risco, pode-se notar que cinco homens - mais da metade do grupo - tiveram a percepção de ausência de risco de ocorrência de novos episódios de violência. Quatro deles afirmaram também que as violências, tanto sofridas quanto praticadas, ocorreram em episódio único. Tiago foi o único, dentre os homens que relataram episódio único de violência e ausência de risco percebido, que identificou sintomas compatíveis com um quadro de estresse. Chama atenção a aparente incongruência entre severidade do nível de estresse diagnosticado (exaustão) e os relatos deste participante.

Dos três homens estressados, dois (Ian e James) assumiram que a violência ocorreu por diversas vezes em seu relacionamento e perceberam risco de reincidência. Ian, na fase de resistência ao estresse, foi o homem que relatou maior frequência de episódios de violência. Ele, ainda assim, percebeu um risco reduzido de reincidência. James percebeu maior risco de reincidência da violência – risco moderado - e estava severamente estressado no teste (exaustão). Apenas um homem sem diagnóstico de

estresse (Caio) percebeu risco de reincidência. Este homem também relatou episódios múltiplos de violência.

No Grupo Comparação, havia cinco homens casados e três homens separados. Quanto às relações entre estresse, situação conjugal e avaliação de risco pode-se notar que dos três homens estressados, dois (Ian e Tiago) eram casados. Tiago, como dito anteriormente, apresentou um quadro de exaustão, relatou violências praticadas e diversas violências sofridas - em episódio único - e ainda assim considerou ausente o risco de reincidência da violência. Ian percebeu um risco reduzido de reincidência e relatou múltiplos episódios de violência. Caio foi o que percebeu o segundo maior risco dentre os homens do Grupo Comparação, assumindo que os episódios de violência teriam ocorrido a cada três meses. Mesmo estando casado e tendo percebido um risco moderado, este participante não identificou sintomas para um diagnóstico de estresse.

Dos cinco homens sem estresse, três (Ailton, Ricardo e James) estavam separados, sendo que dois (Ailton e James) estavam certos da separação. James foi o único homem separado que reconheceu risco de reincidência, mesmo que reduzido, e também a ocorrência de múltiplos episódios de violência.

2.3 Reflexões sobre as experiências de homens e mulheres em situação de violência

O que faz as experiências de homens e mulheres em situação de violência tão distintas? As informações referentes às situações iniciais dos/as participantes da pesquisa revelam diferenças marcantes quanto aos níveis de estresse e percepção de risco de ocorrência de novos episódios de violência. Diante do fato de que homens e mulheres relataram violências sofridas e praticadas, é relevante refletir sobre possíveis explicações para esta questão.

Apenas uma mulher, dentre as 14 participantes, não obteve diagnóstico de estresse. Mais da metade - oito mulheres - apresentaram quadros de estresse severos. As outras participantes apresentaram quadros de estresse na fase de resistência, mas todos com tendência a agravamento. Esses dados contrastam com os obtidos da amostra masculina. Dos 15 participantes, mais da metade - oito - não identificaram sintomas em quantidade suficiente para o diagnóstico de estresse. Dos sete homens estressados, quatro estavam com sintomas de estresse na fase de resistência, sem tendência a

agravamento constatada. Somente três homens apresentaram quadros mais graves de estresse.

Essas diferenças deixam clara a influência das questões de gênero envolvidas no processo de estresse. Há diversas reflexões a serem feitas a esse respeito. A primeira delas diz respeito à desproporcionalidade com que homens e mulheres são, em geral, afetadas/os pelo fato de fazerem parte de uma relação conjugal violenta. Essa desproporção, tanto em termos de gravidade das violências sofridas quanto de consequências deletérias à saúde, é mencionada pela literatura especializada no tema (Angelim, 2009; Fortin, Guay, Lavoie, Boisvert & Beaudry, 2012; Soares, 2005;) e foi confirmada pelos resultados da pesquisa. Pode-se então dizer que as mulheres da pesquisa apresentaram sintomas de estresse em maior quantidade e severidade pelo fato de terem sido expostas a violências em geral também mais graves, diversificadas e que envolvem maior risco à sua integridade física e mental.

Merece atenção a alta frequência dos relatos de violência por parte das mulheres, bem como a sua gravidade. Todas as mulheres participantes da pesquisa relataram ter sofrido violência em seu relacionamento amoroso atual ou mais recente. Alguns atos violentos impuseram risco à vida das mulheres. Ressalta-se que as violências físicas e psicológicas foram mencionadas por toda a amostra feminina. Violências físicas muito graves, como enforcamento e tentativa de homicídio, também foram relatadas.

As ameaças, que tornam o risco à integridade física uma possibilidade premente e têm forte impacto deletério sobre a saúde emocional de quem as sofre, também apareceram em frequência bastante elevada. O isolamento social se constitui em fator de risco importante nos casos de violência contra a mulher (Day et al., 2003; Soares, 2005), além de comprometer seriamente a saúde emocional. Os dados mostram que pelo menos sete mulheres tiveram as atividades sociais impedidas pelos companheiros e ex-companheiros durante o relacionamento. A violência sexual foi mencionada por menos da metade da amostra feminina. Esse dado corrobora pesquisas nacionais recentes, que apontam uma tendência a que as violências sexuais sejam menos relatadas pelas mulheres que os outros tipos de violência (Data Senado, 2013; Ligue 180, 2012).

É comum que muitos dos homens autores de violência conjugal não apenas minimizem, mas neguem a prática de qualquer conduta violenta, mesmo após as intervenções psicossociais e mesmo quando há indícios claros de autoria da violência. A negação se explica tanto pelo fato de muitos deles não compreenderem a própria

conduta como violenta, naturalizando-a e justificando-a, como pelo temor das possíveis consequências processuais da assunção de suas condutas. Chama atenção, diante disso, que a despeito da presença de minimização, todos os homens participantes desta pesquisa tenham assumido a prática de condutas violentas. É provável que isso tenha acontecido em virtude da explicitação do propósito da pesquisa – compreender as relações entre estresse e violência, para o desenvolvimento de formas interventivas e de apoio a todos os envolvidos nas situações de violência contra a mulher. A proposta de cuidado, também aos homens autores de violência, e a postura não julgadora ou confrontativa da pesquisadora e da equipe de apoio podem ter auxiliado na redução das defesas.

As práticas violentas mais relatadas pelos homens - empurrões, xingamentos e tapas - também foram alguns dos mais mencionados pelas mulheres ao assinalarem as violências sofridas. Chama atenção que um homem tenha assumido tentativa de homicídio. É importante notar, contudo, que os homens praticamente não relataram a prática de ameaças e de impedimento do convívio social. Tentativa de enforcamento, ameaças com facas e outras armas e violência sexual não foram relatadas por nenhum participante. A experiência com grupos de homens revela que eles frequentemente não compreendem a ameaça e as condutas sexualmente abusivas dentro de um relacionamento amoroso como atos de violência. Os sentimentos de posse e autoridade em relação à mulher também costumam naturalizar os mandos e as limitações à autonomia e socialização das parceiras.

É digno de nota que quase todas as mulheres – com exceção de duas - tenham afirmado a prática de violência contra os companheiros/ex-companheiros. Todos os homens, por sua vez, afirmaram terem sofrido violência em seus relacionamentos, sendo intrigante notar que quase todos eles tenham relatado mais violências sofridas que praticadas. As violências mais praticadas pelas mulheres – xingamentos, tapas, empurrões, atirar objetos e estragar/esconder/destruir objetos pessoais - diferem claramente em intensidade e frequência de menção das violências sofridas. É importante dizer que apenas duas mulheres mencionaram ter feito ameaças e impedido o homem de falar com as pessoas. Os homens mencionaram ter sofrido mais violências morais e patrimoniais, que sem dúvida podem produzir danos emocionais significativos. Contudo, não houve relato de violências que impusessem grave risco à integridade física e mesmo à vida, como ocorreu no caso das mulheres.

O relato de ameaças e de impedimento de sair por sete homens nos leva a refletir sobre uma limitação da pesquisa. O questionário utilizado para a coleta de dados não permitiu adequado aprofundamento em relação a essas e também às outras formas de violências. Não é possível, pelos dados obtidos, comparar a forma como essas violências foram praticadas (como os homens e as mulheres impediram seus parceiros/as de sair e de manter contato social, por exemplo) e de que tipo de ameaças homens e mulheres estão falando. Também não foi possível comparar intensidade e frequência das violências praticadas por homens e mulheres. Essa foi uma limitação da pesquisa, uma vez que explorar melhor essas dimensões poderia enriquecer a análise dos dados e esclarecer questões importantes a respeito da dinâmica relacional violenta. Neste sentido, a falta dessas informações constitui uma lacuna a ser considerada em pesquisas futuras.

Não se pretende, com essas reflexões, minimizar ou desconsiderar o fato de que as mulheres são capazes de praticar violências e que estas são, também, maneiras inadequadas de resolução de conflitos. Todas as pessoas envolvidas em uma relação violenta sofrem e comumente lhes falta recursos para a resolução adequada de seus conflitos relacionais. Contudo, faz-se premente reconhecer que historicamente as mulheres têm ocupado lugares mais vulneráveis em seus relacionamentos familiares e especialmente amorosos, que as violências sofridas relatadas por mulheres trazem maior risco à integridade física e à vida e que elas muito frequentemente apresentam maiores sinais de sofrimento emocional e traumatização em decorrência da vivência violenta (Angelim, 2004, 2009; Diniz & Pondaag, 2004, 2006; Diniz, 2011; Machin et al, 2011; Medeiros, 2010). Os homens, em função da força física e do poder social da masculinidade, em geral exercem maior poder de controle e coerção, agredem de forma mais contundente e causam mais dano às mulheres.

Parece improvável, a partir da literatura sobre o tema (Ligue 180, 2012; OMS, 2005; Soares, 2005) e da experiência profissional da pesquisadora, que a maior parte dos homens tenha sofrido mais violência que praticado. Deve-se pensar, em relação a esta informação, na influência exercida pela minimização das próprias condutas violentas e pela manutenção de uma postura de vitimização e de atribuição da responsabilidade pelo conflito às mulheres. Os homens autores de violência tendem a perceber mais condutas negativas das parceiras que de si próprios, atribuindo a elas a

responsabilidade pelos conflitos relacionais e também pela violência (Enrique Gracia & Herrero, 2012).

O fato de a pesquisa ter sido realizada no espaço físico do Tribunal de Justiça e Territórios, onde estes homens respondem a um processo criminal, pode também ter influenciado esta postura por parte dos participantes. Por um lado, a proposta da pesquisa parece ter contribuído para a não negação da violência. Por outro, é possível que o ambiente e o vínculo com a pesquisadora não tenham sido percebidos como seguros o suficiente para a assunção de todas as condutas violentas.

Ficaram evidentes as diferenças quanto aos níveis de estresse de homens e mulheres. Além da gravidade das violências sofridas, dois fatores estão possivelmente relacionados a essas diferenças: a frequência de ocorrência da violência e as percepções de risco de reincidência. Nove mulheres relataram episódios múltiplos de violência. Segundo as informações fornecidas por elas, o intervalo entre os episódios de violência foi de no máximo um mês. Cinco mulheres relataram episódios únicos de violência. Já entre os homens, seis relataram episódios múltiplos de violência, sendo que o intervalo entre eles foi de no máximo quatro meses. Nove homens afirmaram que as violências ocorreram uma única vez em seu relacionamento.

Conquanto seja intrigante que a quantidade de comportamentos violentos sofridos e praticados assinalados pelos homens tenha ocorrido em um único dia, a minimização da violência frequentemente presente em seus relatos justificaria este dado. Chama atenção, contudo, o fato de que cinco mulheres, dentre as 14 que participaram da pesquisa, tenham também relatado a ocorrência de episódios únicos de violência. A lista de comportamentos violentos assinalados por estas mulheres também torna improvável que todos eles tenham ocorrido em um único dia.

Há algumas hipóteses explicativas para estas respostas, predominantes entre a amostra masculina, mas também presentes na feminina. Novamente, faz-se necessário dizer que a naturalização de algumas condutas violentas, por homens e mulheres, faz com que elas não sejam percebidas como tal e, dessa forma, não sejam computadas como episódios de violência. É frequente que apenas as violências físicas mais graves sejam consideradas e que os outros tipos de violência - psicológica, moral, patrimonial e sexual - passem despercebidos ou não sejam percebidos como violência.

Há que se considerar, especialmente em relação aos homens, a dificuldade de assunção de ocorrência da violência na frequência e intensidade que realmente ocorreram. Isto porque o processo de autorresponsabilização se constitui, quase sempre, em grande desafio para eles. Ademais, vale lembrar que estes homens estavam sendo processados judicialmente pelo crime de violência contra a mulher, o que se supõe exercer um efeito de acumamento. Afinal, reconhecer uma conduta violenta corresponde a reconhecer um crime cometido, passível de intervenção estatal e responsabilização criminal. Mesmo que se tenha declarado a desconexão entre a pesquisa e a justiça, é possível que essa relação não tenha sido desfeita mental e emocionalmente para os participantes. Até mesmo porque a pesquisadora e a maior parte de a equipe de apoio são servidores do Tribunal de Justiça.

Algumas mulheres também tenderam a minimizar a violência sofrida. Nossa hipótese é de que esse comportamento esteja ligado a sentimentos de culpa pela denúncia e pela violência. Ademais, algumas delas (Clara e Rosa) mencionaram o desejo/necessidade de continuidade da relação e tenderam, diante disso, a adotar posturas de proteção em relação ao companheiro/ex-companheiro. Além disso, pôde-se notar que em alguns casos a prática de comportamentos violentos pelas mulheres teve o efeito de justificar/naturalizar/minimizar a gravidade da situação vivida.

As diferenças de gênero quanto aos níveis de estresse provavelmente guardam relação, também, com as exigências e treinamentos sociais distintos oferecidos a homens e mulheres. Ao que tudo indica, os homens minimizam não apenas a violência cometida, mas também as consequências emocionais e físicas deletérias de ser ou ter sido parte de uma relação amorosa permeada pela violência. Chama atenção o fato de todos os participantes da pesquisa serem identificados pela Justiça como supostos autores de lesão corporal contra a mulher, além de outros tipos de violência. As possíveis consequências legais para esse tipo crime são severas e as consequências indiretas do fato de responder a um processo judicial também são diversas. Por exemplo, muitos homens são prejudicados em seus empregos, tanto em virtude da ficha criminal quanto das faltas necessárias para comparecer a audiências e atendimentos psicossociais. Além disso, o estigma de responder a um processo judicial é significativo e implica muitas vezes em constrangimento diante de policiais, familiares, colegas de trabalho e amigos.

A ausência de estresse diante de tantas situações potencialmente ansiogênicas pode estar relacionada a diversos fatores, dentre eles: 1. dificuldade de autopercepção corporal, que se relaciona à dificuldade de reconhecimento de sintomas físicos e emocionais de estresse; 2. presença de anestesia emocional; 3. adesão rígida aos papéis de gênero, relacionada à dificuldade de expressão de desconforto físico e emocional e de reconhecer-se como vulnerável e necessitando de cuidados; 4. naturalização/banalização das violências sofridas e praticadas; 5. banalização da passagem pela Justiça e das consequências legais para condutas violentas. O fato é que o não reconhecimento do sofrimento ou a ausência de impacto emocional e físico diante da situação de violência e de suas consequências – inclusive legais – dificulta/impede a autorresponsabilização e a busca de cuidados e intervenções, ambos necessários ao processo de mudança. Desta forma aumenta-se e, em muitos casos até se perpetua, o risco de ocorrência de novos episódios de violência como estratégia de resolução de conflitos relacionais.

Quase todas as mulheres, casadas ou separadas, apresentaram quadros de estresse. Apenas cinco dentre as 14 participantes disseram-se casadas na fase de teste, sendo que quatro delas apresentaram quadros de estresse severo. Para as mulheres que não estavam casadas, a separação foi uma das principais decisões de autoproteção adotadas. Das nove mulheres separadas, quatro apresentaram quadros mais severos de estresse. Os discursos das outras participantes permitiram perceber que o rompimento da relação ocasionou menor exposição a fatores estressores e retraumatizantes, o que pode estar relacionado aos níveis menos severos de estresse.

Diferentemente das mulheres, a maioria dos homens - 11 - relatou estar convivendo maritalmente no momento de pré-teste e, dentre os homens casados, cinco estavam estressados. Dos quatro homens que relataram estarem separados, apenas um estava estressado. A literatura aponta que o casamento é comumente um fator de proteção à saúde mental dos homens (Rabasquinho & Pereira, 2007). Essa informação não foi claramente constatada na amostra desta pesquisa. De qualquer forma, a separação não foi a escolha da maior parte dos homens, a despeito dos relatos de violências sofridas e praticadas. Pode-se pensar, a partir disso, que a ruptura do relacionamento, para os homens, possivelmente produziria mais estresse que a continuidade da relação.

A percepção de risco de reincidência da violência foi maior entre as mulheres que entre os homens. É provável que o maior risco percebido tenha relação com os maiores níveis de estresse experimentados pelas mulheres em comparação com os homens e se justifique pela maior severidade das violências sofridas. Apenas três mulheres de toda a amostra feminina perceberam ausência de risco. Um alto risco foi percebido por quatro mulheres, enquanto que risco reduzido e risco moderado foram percebidos por quatro e três mulheres, respectivamente. De maneira oposta, apenas quatro homens relataram a existência de algum risco de ocorrência de novos episódios violentos. Deve-se acrescentar que mesmo os quatro homens que perceberam a existência de risco o avaliaram como, no máximo, moderado.

Pode-se ponderar que, tendo sofrido violências que não tenham colocado sua vida em risco e/ou que não tenham restringido severamente sua socialização e projetos de vida, os homens de fato se sintam em menor risco que as mulheres. Por outro lado, a minimização de suas próprias condutas, negação da gravidade da situação vivida e a crença de que uma forma comunicacional violenta possa mudar sem que haja autorresponsabilização e apoio contribuem para que os riscos sejam também negados e minimizados.

A despeito da maior avaliação de risco por parte das mulheres, ainda entre elas parece haver uma subavaliação dos riscos. Apenas três mulheres consideraram alto o risco de ocorrência de novas violências embora a frequência, gravidade e variedade dos episódios de violência mencionados pela maior parte delas apontem para um alto risco. Fora os fatores já citados e que podem nos ajudar a compreender este fenômeno - minimização, banalização, culpa, desejo de reconciliação - é necessário atentar para o alto potencial de traumatização decorrente da vivência de situações de violência e suas consequências em termos de avaliação de risco e autoproteção.

Os efeitos neurofisiológicos de experiências traumáticas afetam negativamente a capacidade de avaliação de risco e de tomada de decisões que incluam autocuidado e autoproteção. A exposição a situações de violência leva o organismo a uma adaptação para que possa sobreviver e pode fazer com que o organismo se utilize de mecanismos primitivos de autopreservação, como congelamento, inundação e dissociação. Nesse processo, as atividades do sistema límbico, responsável pelas decisões menos racionais e mais emocionais, são aumentadas. Paralelamente, ocorre um rebaixamento das atividades comandadas pelo neocórtex, que envolvem avaliação realista do risco e

tomada de medidas de segurança (Berceli, 2007, 2010; Levine, 2004, 2012; Nascimento, 2010; Scaer, 2001).

David Berceli (2010) compreende os processos de minimização e negação da violência e dos riscos como fenômenos dissociativos decorrentes do caráter traumático e estressante da exposição à violência. Afirmar que os Exercícios para Liberação da Tensão e do Trauma (TRE), por ativarem os mecanismos naturais de autorregulação e restauração do organismo, podem ser utilizados em situações de violência com o intuito de reduzir suas consequências somato-psíquicas e também os sintomas de amortecimento emocional. A anestesia emocional (Ravazzola, 1997, 1998) é um fenômeno perpassado pela cultura e pela biografia das pessoas. Os mecanismos corporais envolvidos não podem, contudo, ser negligenciados, visto que dificultam medidas objetivas e eficazes em direção à saúde e ao direito a uma vida livre de violência.

3. Aplicação da Técnica TRE: reações imediatas, experiências e efeitos

Os homens e mulheres dos Grupos Intervenção tiveram a oportunidade de participar de cinco sessões de aplicação da técnica TRE. Houve variação na participação de homens e mulheres nos encontros grupais, o que pode ter comprometido os resultados do trabalho. As partilhas grupais, logo após as aplicações de TRE, revelaram efeitos unanimemente positivos tanto para as mulheres quanto para os homens que compuseram os Grupos Intervenção. Alívio, relaxamento, ampliação da consciência corporal, redução do estresse e da ansiedade também foram efeitos presentes nas falas de todas/os participantes. Esses efeitos não estiveram restritos ao momento das sessões, mas estenderam-se a diversas dimensões da vida cotidiana de muitas/os das/os participantes – saúde, autocuidado, relacionamentos conjugais e familiares, vida profissional, sexualidade.

As menções espontâneas a questões diretamente relacionadas às violências, aos medos, às memórias traumáticas e às consequências da violência, sofrida e praticada, foram menos frequentes e predominantemente feitas pelas mulheres. Apresentamos a seguir as verbalizações espontâneas das/os participantes que explicitamente relacionaram-se aos impactos da aplicação da técnica. As falas das/os participantes serão apresentadas individualmente de forma a evidenciar a experiência pessoal de cada uma/um com a TRE e em ordem cronológica das sessões (S1, S2, S3, S4 e S5). O

exame do conteúdo das partilhas grupais permitiu a identificação de categorias de análise. As categorias encontradas foram as seguintes:

- **Reações imediatas à aplicação da técnica:** impressões sobre os efeitos físicos e emocionais da TRE, compartilhadas pelas pessoas integrantes dos Grupos Intervenção logo após cada sessão de aplicação da técnica;
- **Impactos da técnica na saúde, autoestima e autocuidado:** verbalizações sobre mudanças quanto a práticas de autocuidado, nível de bem-estar, autoestima e saúde física e emocional durante as semanas em ocorreram as sessões de aplicação da TRE;
- **Aspectos emocionais da dinâmica relacional violenta e da rígida adesão aos papéis de gênero:** verbalizações sobre as violências ocorridas no relacionamento conjugal e sobre a influência da rígida adesão aos papéis de gênero socialmente impostos sobre a dinâmica relacional violenta;
- **Impacto da técnica nos relacionamentos conjugais e familiares:** percepções sobre a influência da prática de TRE nas formas de comunicação e resolução de conflitos domésticos;
- **Funcionamento do Grupo como rede de apoio social:** percepções sobre o potencial do grupo em oferecer suporte e recursos de enfrentamento e prevenção à situação de violência.

Nenhum/a participante apresentou verbalizações para todas as categorias. Além disso, algumas das categorias não foram encontradas nas falas dos homens. Estes falaram menos que as mulheres nos momentos de partilha grupal. Seus relatos foram predominantemente focados nas sensações corporais e apenas dois homens fizeram menção espontânea a estados emocionais e à violência conjugal.

3.1 Experiência de mulheres com a técnica TRE

Nove participantes compareceram ao primeiro encontro do Grupo Intervenção de mulheres. Destas, uma preencheu apenas o Inventário de Estresse e não preencheu o Questionário 1, por ter alegado problemas de saúde e necessidade de se retirar do ambiente de pesquisa. Os dados dessa pessoa não foram, portanto, utilizados para análise. Uma participante não pôde comparecer às sessões de aplicação da técnica, tendo participado dos demais procedimentos de coleta de dados - preenchimento do

Inventário e do questionário nas fases de teste, pós-teste e *follow up*. As informações oferecidas por ela não serão utilizadas nesta seção, dedicada à análise da aplicação da técnica e das reações dos/as participantes ao processo. Restaram, assim, sete mulheres no Grupo Intervenção, sendo que: uma compareceu a apenas uma sessão de aplicação; uma compareceu a duas sessões; duas compareceram a três sessões; três compareceram a quatro sessões; e apenas uma compareceu às cinco sessões de aplicação previstas.

Foi possível perceber, nas falas das mulheres, menções espontâneas aos fatos geradores do processo judicial, às memórias traumáticas, às emoções e formas de lidar com elas, ao relacionamento com o parceiro (a outra parte do processo) e também aos relacionamentos familiares em geral, à rede de apoio social, à saúde, às exigências sociais quanto aos papéis de gênero, aos impactos da aplicação da técnica. Apresentamos abaixo exemplos das falas de todas as participantes, a partir das categorias identificadas:

3.1.1 Reações imediatas à aplicação da técnica

Márcia: Eu estou bem relaxada mesmo. Depois que eu tremi, relaxou minha musculatura aqui atrás, na lombar. Depois que eu deitei de lado, eu me senti perto de Deus. Por isso é que eu chorei. Não foi pelo que eu passei, mas porque eu me senti na presença de Deus. Muito bom, gente! Maravilhoso (S1).

Márcia: Tremendo. Ah, eu não senti dor. Senti uma sensação boa. De alívio. Um descarrego mesmo. Rs. (S5).

Lana: Parecia que eu estava num lugar tão bonito, mas tão lindo assim, que não dava nem para abrir o olho. (...) Esqueci a preocupação que a gente chegou aqui. Uma sensação que, nossa, que nunca senti antes (...). Eu sou muito de guardar rancor. Quando eu quero liberar as magoas, eu choro e tenho alívio. Não chorei aqui porque eu tive uma sensação muito boa. Foi muito bom. Agora eu estou leve (S1).

Ana: Eu não senti nada. Fiquei mais tensa do que eu tava antes... Eu senti dor. Acho que é por isso. Não é dor dos exercícios. É dor... Sei lá. Uma angústia sabe? (S1).

Ana: As pernas saculejaram tanto! Na semana passada doeu. Hoje não. (S2)

Ana: Depende. Tem umas sensações que são boas, tem umas que não são tão boas Tem umas sensações que são de alívio. Outras de dores, sabe? (...) Eu acho que eu penso,

lembro, na hora que estou tremendo, de algumas coisas, sabe? E aí dá medo. E acho que é aí que vêm as dores, entendeu?(S3).

Ana: Eu tremi mais dessa vez que das outras vezes todas. (...) Dessa vez foi bem diferente, bem melhor, sabe? Por que das outras vezes eu não deixava, eu prendia mais. E hoje eu me soltei. Deve ser que está acontecendo alguma coisa boa (S4).

Ana: Nos últimos dois dias tremeu bastante. Tremeu até minhas costas hoje! A cabeça ainda não. Da outra vez chega doeu, assim, por dentro, de tanto que tremeu. Hoje tremeu até aqui assim (acima do peito). Eu tô bem relaxada. Doeu um pouquinho, mas foi ótimo. Eu ficava, mas não relaxava tanto. Ficava apreensiva. Mas semana passada e hoje foi bem bacana. Parece que saiu tudo. Parece que fiquei livre de peso. Parece que descarregou tudo, os pesos, a ansiedade. Pelo menos até chegar em casa (S5).

Diva: Eu quando cheguei aqui, parecia que eu estava com uma carga pesada em cima das minhas costas, não estava conseguindo andar. Quando eu cheguei aqui, sei lá, estou mais leve, solta (S1).

Diva: Foi engraçado. Eu abri as pernas e quando eu ia fechar devagarzinho, tremia até aqui (na altura do diafragma). (...) Eu não consigo tremer desse jeito por conta própria, por causa das cirurgias. Hoje tremeu sozinho. Tremi até aqui (costas)! (S2)

Diva: Dormi... rs. O fato de você estar estressada, chegar do serviço estressada... Você não consegue dormir. Vira para um lado, vira pro outro. Aqui não... Tudo calado, tudo calmo (S4).

Maria: Ah, tô me sentindo bem. Mas aí eu choro! Tá saindo pra fora. Tava chorando do problema que eu tava. Estava cansada. Agora estou bem. Ajudou muito. Até não conseguia deitar e sentar no chão e agora consegui. Tá jóia. Na hora que eu deitei já me senti aliviada (S1).

Gal: E estou bem relaxada hoje. Hoje fiquei mais relaxada ainda. Cheguei ansiosa por causa da chuva, que eu tenho medo. Mas agora estou bem tranquila, pode até vir uma chuva mais ou menos que eu vou embora tranquila (S2).

Gal: Hoje foi o dia que eu mais relaxei. Por que eu sou muito agitada. E hoje eu consegui deitar e ficar quietinha. Estou bem mesmo. (S5).

3.1.2 *Impactos da técnica na saúde, autoestima e autocuidado*

Lana: No dia que eu trabalho de manhã, no outro dia depois do grupo aqui, eu chego bem mais aliviada. (...) estou me sentindo maravilhosamente bem (S1).

Gal: Eu tô ótima. Bem melhor. Cada semana que passa eu me sinto mais tranquila, melhor. Minha autoestima não era boa. Deu uma melhorada (...) Minhas noites de sono estão bem melhores. Antes qualquer coisinha eu estava alerta. Hoje eu durmo bem melhor. (...) Esse relaxamento está me ajudando em várias coisas. Eu achei que ia me ajudar só com o trauma da Maria da Penha, mas tá é me ajeitando é em tudo (rs). Eu tô até com vontade de voltar para a sala de aula. Eu tinha medo de voltar a dar aula... E nem tenho mais medo de chuva! (S3).

Ana: Eu não ia aceitar. A principio eu não queria (vir para o grupo). Eu pensei “Eu vou me expor mais ainda?”. Mas ajudou. Ajudou muito (ser uma atividade com o corpo, sem obrigatoriedade de falar). Por que assim, é meio constrangedor. Falar na frente de todo mundo que você foi espancada. E aqui eu não tive que falar e só falo se me sentir a vontade. Foi muito bom pra mim! (S5).

Márcia: E aí eu tive uma relação sexual com ele e na hora senti os tremores. Foi muito bom! Na hora, fiquei relaxada, né? Foi ótimo! (S5)

Márcia: Quando eu chego em casa, parece que tira um peso de mim. Todas as responsabilidades. Parece que alivia tudo, sabe? Até o dia seguinte! (S5)

Diva: Quando ela (a pesquisadora) me ligou eu estava com todos os sintomas. Com dor de cabeça, diarreia. Eu moro num prédio, né? Sério. Eu tô com medo de eu me jogar lá de cima. Passei essa semana toda estressada, sem saber o que fazer para parar esse estresse, sabe? E quando minha dor de cabeça ataca, eu choro de tanta dor. Aí o estresse aumenta mais e eu não sei o que fazer. Agora eu sei. Eu vou fazer todos os exercícios. Estou me sentindo leve e solta, não tô estressada, tô calmíssima. Quando eu estiver estressada vou fazer todos os exercícios (S1).

3.1.3 *Aspectos emocionais da dinâmica relacional violenta e da rígida adesão aos papéis de gênero*

Maria: Eu não queria vir por causa dele. Não vou parar de brigar não. Quero me sentir bem. Mas enquanto eu me lembrar do que ele fez, eu vou brigar. 43 anos de casada. Isso

foi uma palhaçada. Eu tenho vontade de pegar um pedaço de pau e meter na cabeça dele. Eu não tenho direito de nada! (S2)

Ana: Qualquer coisa eu estou chorando. O sofrimento faz a gente ficar assim também. Deixa a gente mais dura também. (...) Quando eu não choro eu fico toda dura. Quando eu choro eu me sinto mais leve. Mas eu não queria chorar aqui, né? É muito feio (S1).

Ana: Eu não sei como estou. Eu sinceramente não me encontro. Essa semana pra mim não foi muito boa. Fiquei muito deprimida. Sou meio covarde mesmo, para essas coisas. Vou deixando os outros resolverem por mim. Aí, eu acabo depois pagando pelos meus próprios erros (S3).

Ana: Eu sou assim. Tudo em cima de mim. E tem horas que eu não aguento, eu explodo. Não quero saber de nada. Eu vou para o quarto, choro, choro, choro. Depois volto mais fortalecida e pego a carga pesada de novo. Eu cuido mais dos outros (S4).

Márcia: Às vezes eu sinto muita vontade de chorar. Mas eu não posso. Eu não quero mostrar para as minhas filhas que eu estou fraca, fragilizada. (...) É que na minha família eu sou a mais forte. Eu fico sobrecarregada de muito problema. Não só meu, mas da família inteira. Eu me sinto muito só (S4).

Márcia: Minhas lembranças são as mesmas. Mas assim... Eu não penso mais com muita frequência. Antes eu sempre pensava com bastante frequência. O medo de encontrar com ele, de me relacionar de novo. Ainda mais agora que estou de namorico. Tenho medo dele me ver com alguém. Ele me liga e fala que gosta de mim, que me ama, que não quer outra mulher, que quer viver comigo. Mas não dá (S5).

Gal: Eu ainda estou um pouco bloqueada. Tenho medo de me envolver de novo. Eu de separada mesmo tenho dois anos. Hoje pra em envolver eu tenho que conhecer bastante. Por que eu fiquei com medo, né? Não penso o tempo todo mais, mas tenho preocupação e medo de encontrar com ele (S5).

3.1.4 Impacto da técnica nos relacionamentos conjugais e familiares

Gal: Meu comportamento com o Cauã (filho) em si. Agora eu conto até três antes de tomar uma medida mais drástica. Estou bem melhor em casa, com a família, com os irmãos. Essa semana o Cauã me estressou mesmo no limite. E aí eu falei “não vou bater nele”. Mas eu fiquei com muita raiva mesmo. E eu fiz o exercício, né? Fiquei bem

tranquila, mesmo. Foi um escape mesmo. Por que se eu pegasse o Cauã na ira que eu estava, talvez eu machucasse ele. Então o exercício me ajudou muito mesmo. Tem me ajudado muito. Percebi que ele pode me ajudar nos momentos mais difíceis (S3).

Gal: No meu dia a dia eu tento pensar “eu tenho uma segunda opção”. Tento respirar mais fundo, duas vezes, pensar antes de falar. Porque eu também tinha muito toma lá dá cá. Então hoje não. Eu penso no que vou falar, respiro fundo e funciona. Eu já usei a técnica uma vez em casa, né? E ainda não precisei usar de novo não. Ainda não (S5).

Diva: É, Você chega em casa até mais calma. Porque aqui nós relaxa e tudo. Pode todo mundo gritar que você não está nem aí. Mas quando você está estressada... “Cala boca!”. Entendeu? (S4)

Ana: Até com ele (companheiro), assim, sabe? Eu tô sendo mais tolerante. E agora quando ele quer conversar, “vamos conversar então”. Antes não tinha... As brigas maiores é porque não tem diálogo. (...) Tô. (colocando limite). Por que senão ele vai continuar, né? Eu digo: “você já sabe!”. Aí ele já pára. Até as brincadeiras pesadas eu já falo pra ele “Oh, não quero!”. Por que antes era assim. Ele falava e já ia logo pra... Pra agressão. Pra brigar. Eu achava que não era certo e não sabia conversar. Ou só falar “Não quero, não gosto disso”. E agora eu falo “não quero” e ele pára. (...) Essa semana não briguei tanto em casa. Não gritei tanto com os meninos, porque eu grito muito e às vezes até bato neles Os meninos já anda tudo estressados e ultimamente, chegava fim de semana e os meninos ficavam desesperados. Com medo da gente sair e brigar, entendeu? E depois que estou fazendo essas sessões, a gente não sai, e quando sai não briga. Então os meninos tão mais calmos. Acho que... Então isso aí foi uma resposta pra eles até. Então, deu uma melhorada dentro de casa também. Eu acho que foi tudo através disso, né? Dessas sessões (S5).

3.1.5 Funcionamento do Grupo como rede de apoio social

Lana: Eu não tenho quase ninguém para conversar, né. Eu não tenho contato com minha mãe. Mais com minha sogra. Mas nem tudo a gente conversa com sogra, né? Amiga mesmo assim de dizer: “ah essa é minha amiga” eu quase não tenho. (...) Eu me senti como se eu estivesse em casa. Aqui eu sinto como uma família. Esse contato que eu tenho aqui, eu nunca tive na minha casa. E estou tendo aqui. (S1).

Gal: Aqui conheci pessoas que estavam passando pela mesma situação que eu. E que

tiveram progresso. E eu também tirei proveito. Nossa, elas melhoraram, então eu também preciso melhorar. Se elas foram pra frente, eu também preciso caminhar pra frente. (...) Na minha casa minhas irmãs passaram pela mesma coisa que eu, mas nenhuma delas me ajudou. Eu acredito até que meu medo veio por causa das experiências delas. Por que com elas aconteceu uma vez, de novo, de novo. E continua acontecendo. Por que elas aceitam. E eu não aceito. E eu falei: então lá as meninas vão me ajudar e eu vou ajudar as meninas. E aqui a gente encontra essa força. “Eu não tô sozinha” (S5).

As falas das mulheres revelaram, de maneira geral, riqueza de experiências, ampliação de autopercepção corporal/emocional, facilidade de expressão de ideias, sentimentos e sensações. Uma delas, Márcia, relatou uma experiência de conexão espiritual na primeira sessão de TRE de que participou. Todas as participantes mencionaram sintomas físicos e emocionais de estresse e traumatização em virtude das experiências de violência.

Os relatos de traumatização foram mais claramente trazidos por Ana, Gal, Márcia e Diva. Esta última, no início do grupo, compartilhou ideias suicidas, que não mais estavam presentes ao final da intervenção. Gal e Márcia, por sua vez, notaram que os sinais de traumatização ainda estavam presentes ao final da intervenção, mas estavam mais suaves e menos frequentes. Os relatos de Gal e Ana indicam que uma das consequências do estresse relacional e da exposição à violência foi a redução do limiar de tolerância em suas relações afetivas, especialmente com os filhos. Segundo essas participantes, a participação no grupo de TRE levou a uma melhora quanto ao controle de impulsos e ampliou a possibilidade de construção de reflexão antecedendo a ação.

Maria percebia claramente os efeitos positivos da aplicação da técnica quanto ao bem-estar, liberação emocional e redução dos sintomas de estresse. Ela, contudo, temia que sua melhora implicasse perdão ao companheiro e, conseqüentemente, afrouxamento de suas estratégias de autoproteção e de luta por seus direitos financeiros na relação.

Ana foi a única mulher que trouxe relatos de desconforto físico e emocional durante as três primeiras sessões de aplicação da técnica. Seus relatos indicam que a experiência com os tremores neurogênicos ampliou sua autopercepção corporal. Inicialmente relatou sensações, sentimentos e memórias desagradáveis relacionadas às suas experiências no relacionamento e que estavam, segundo ela, inacessíveis ao seu campo de consciência. Seus relatos, a partir da terceira sessão passaram a incluir

sensações de alívio e relaxamento. Nas duas últimas sessões Ana relatou significativas melhoras quanto ao estresse, ao relacionamento conjugal e familiar e ao bem-estar físico e emocional. Cabe ressaltar sua expressão de ajustamento à técnica pelo fato das verbalizações serem permitidas, mas não exigidas.

As participantes utilizaram as rodas de partilha para elaboração do vivido a partir da aplicação da técnica, para troca de experiências e apoio mútuo. Todas elas expressaram um ajustamento à técnica TRE e mencionaram espontaneamente seus efeitos na vida cotidiana. As mulheres evidenciaram, não apenas durante as rodas de partilha, mas também durante os outros momentos das sessões de TRE, o valor do grupo como rede de apoio social. Elas também referenciaram as formas de enfrentamento emocional diante das situações relacionais adversas – antes e depois da intervenção - e ao sentimento de sobrecarga decorrente dos estereótipos de gênero.

3.2 Experiência dos homens com a técnica TRE

Compareceram oito homens ao primeiro encontro do Grupo Intervenção. Destes, um não preencheu o Inventário e o Questionário 1 por medo de que as informações oferecidas gerassem consequências processuais negativas. Por este motivo, seus dados não contaram para análise nas outras seções deste capítulo. Entretanto, este homem compareceu a duas sessões de aplicação da técnica e ofereceu depoimentos sobre o impacto da mesma em seu nível de bem-estar. Suas falas serão usadas nesta seção, uma vez que, para o propósito de refletir sobre a experiência dos homens com a técnica TRE, seus depoimentos são pertinentes. Quanto ao restante dos participantes, dois não compareceram a nenhuma sessão de aplicação da técnica, três compareceram a duas sessões e dois compareceram a quatro sessões.

Apesar da inconstância na participação, as falas dos homens revelaram experiências em geral positivas, com estranhamento inicial para alguns participantes. O conteúdo das partilhas conteve, em geral, descrições de sensações físicas decorrentes da aplicação da técnica e dos efeitos de relaxamento e descanso. Não houve menção a memórias traumáticas, à rede de apoio social, a tremores fora do contexto da aplicação da técnica, à dinâmica relacional violenta, às consequências emocionais desta dinâmica.

3.2.1 Reações imediatas à aplicação da técnica

Dinho: Relaxante, né? (...) Diferente, nunca tinha passado por sensação assim, não. Engraçado é que no começo ninguém bota muita fé que vai né, surtir efeito não, né? No começo eu estava assim, será que isso vai adiantar muita coisa? Será que vai dar mesmo e tal? Aí no finalzinho eu estava me tremendo todo ali e surgiu o efeito (S1).

Dinho: Tremeu no abdômen. Na barriga doeu. Tremeu muito isso daqui. Um pontadinhas assim. É bom, acho muito bom, legal mesmo. Ah não tenho muito sossego não, geralmente não tenho tempo para ter sossego assim não... Tipo um tempo para estar pensando em alguma coisa, na vida, é difícil. Só trabalhar e trabalhar correndo atrás das coisas (...). Preguiça, vontade de deitar mesmo e dormir. Depois de uma dessas assim é bom a gente descansar mesmo (S3).

José: Sossego é outra coisa, né? Momento de paz na cabeça da gente, querendo ou não é um sossego. Uma hora boa para relaxar (S1).

José: Eu estava com uma dor aqui, parece que não podia olhar assim (gesto). Aqui assim... Mas agora amenizou aqui. Eu creio que foi esse treme-treme aí. Eu achei, eu não sabia que meu corpo tinha essa reação, né? (...) No começo achei estranho, quando eu perguntei para você se era normal “aí, as pernas estão tremendo, olha aí” - “normal”. Aí eu fiquei tranquilo. Aí entreguei; aí deixei a reação mesmo dele. Do corpo. Bom, eu estou bem porque além da dor aqui que eu estava sentindo eu senti que minimizou e deu para relaxar mais, ficar mais à vontade (S2).

Vilmar: Eu senti a diferença também, um alívio na minha mente. E fazer sempre porque a gente precisa assim... A gente não sabe né, dessas técnicas (S1).

Vilmar: A sensação é diferente. Estou relaxado. Diferente da correria. Diferente do dia, quando a gente está no movimento. Hoje foi melhor. Teve mais tremores (S4).

João: Ah legal. No começo doeu muito, né (S1).

João: Tremendo aqui ainda. Foi mais intenso, né? Entrinho não é mais não! Tranquilo. Foi estranho foi da primeira vez. Não parava de rir (S2).

João: Hoje tremeu mais. Eu mal tinha começado... Fazendo o segundo e já começou a tremer. Rs. Foi tranquilo (S4).

Marcos: Eu assim, agora eu estou mais tranquilo. Eu sou uma pessoa extremamente ansiosa. Ansioso ao extremo. (...) Eu sou dependente químico há 22 anos. (...) E hoje eu, assim, depois de 20 e tantos anos da minha vida, é a primeira vez que eu me sinto (...). Não vou te dizer que eu não vou sair daqui e vou comprar uma coca não, ta? Não vou mentir para vocês. Mas assim, é a primeira vez que eu não me sinto com tanta ansiedade e vontade de ir procurar esse tipo de coisa (S2).

Marcos: Eu acho que hoje eu tremi menos que da outra vez, porque eu tento controlar... Se eu prendo a respiração a musculatura treme, treme, treme. Se eu respiro fundo eu acabo amenizando os tremores, há um controle. Acho que manter o controle é mais confortável. Eu não gosto de nada que eu não consiga controlar. (...) Tão bom que eu emito sons de quando eu vou dormir. Eu só durmo quando estou extremamente relaxado ou extremamente cansado. Eu não sinto sono. Eu cheguei ansioso. A ansiedade me tira totalmente o sono. E agora... Em ter feito o exercício, ter deitado, ter relaxado eu senti vontade de dormir. Senti uma tranquilidade pra dormir. Foi bom. Diferente da reação que eu teria em qualquer outra história. Eu estaria doido pra acabar logo. Hoje foi diferente (S4).

Pedro: Foi bom esse exercício porque quando eu cheguei, como eu cheguei a carregar muito peso também, tava fraco. Eu tinha vomitado hoje, senti um peso como se eu tivesse levado uma pisa. Aí quando eu comecei a fazer o exercício começou a aliviar, voltou o relaxamento. Como se tivesse saído um peso. Foi legal isso aí (S2).

3.2.2 Impactos da técnica na saúde, autoestima e autocuidado

Marcos: Eu estou desde sábado usando nada de droga. Resolvi parar. E eu vim para cá hoje, porque, assim, procurando realmente alguma coisa que consiga me tratar, consiga fazer, consiga me ocupar para ficar longe disso. Pra mim tem sido extremamente difícil, complicado. Pra mim, pelo menos da outra vez funcionou. Duas horas a menos que eu vou estar usando droga na minha vida. Então, eu vou. Tem sido bom (S4).

Dinho: Bom! A gente fica mais tranquilo, né? A gente fica com mais paciência, né? Parece que sai daqui, sai tranquilo demais, não se estressa não (...). A gente pensa assim, a gente pensa em sossego, né? Realmente a gente pensa numa vida boa, numa vida tranquila, longe desse estresse que a gente passa no dia a dia. Tipo uma casa para morar, um lugar quieto, tranquilo onde esteja só você mesmo e tal. Um pensamento

assim tipo você só por um momento mesmo. (...) Aí minha mãe pegou, minha mãe ainda falou “Eu ia te acordar, mas deixei tu dormir. Pela primeira vez tu dormiu sossegado aí, dormiu muito” (S3).

João: Eu saio daqui muito tranquilo. Dá pra ver diferença demais. Eu fico mais aliviado, mais tranquilo. No dia, um dia depois (S5).

João: Tô bem. Pena que acabou. Eu tô tranquilo. Pena que foi pouco. Pra mim foi ótimo. Aprendi muito. Coisa que a gente não sabia do nosso corpo. Tranquilo, de boa (S5).

Vilmar: Eu estou me sentindo mais tranquilo. Percebo mais um pouquinho de paz. Mais confortável. Me ensinou um caminho de melhorar o dia-a-dia (S5).

3.2.3 Aspectos emocionais da dinâmica relacional violenta e da rígida adesão aos papéis de gênero

Marcos: Eu uso drogas todos os dias e todas as noites praticamente. (...) Tudo para mim é isso, se eu estou bem, eu vou usar; se eu estou feliz, se eu estou triste eu vou usar porque eu estou triste; se eu estou puto, eu vou usar, ou se eu brigo, se eu procuro briga com a mulher é por conta disso. É horrível mesmo! (S2).

Vilmar: Eu queria evitar isso (violência), mas... Não sei o que fazer. Porque às vezes é a gente que erra e pensa que é a mulher que erra, né? Faz confusão. Eu sou uma pessoa que fico muito, é, fácil de ficar magoado com as coisas. Aí eu fico três dias assim parecendo uma criança triste. Nem criança fica assim, criança não tem isso. Eu fico triste, do nada, essas coisas, é angústia. Só que eu tenho que parar com isso, né? (violência) (S3)

3.2.4 Impacto da técnica nos relacionamentos conjugais e familiares

Vilmar: Em casa ela estava muito estressada. Eu mudei também. Antes vivia me sentindo desprezado. Agora não dá, não dá (relação sexual). Fico quieto. Às vezes um gosta de amar (fazer sexo) mais que o outro, né? É meu caso. Eu gosto mais de amar. Ela, mais pouco. Isso que dá problema. Não é só isso não. As discussões também. Mas é mais isso que gera discussão. Mas agora tô aceitando mais o jeito dela (S5).

João: Até hoje tá tranquilo. Não sei amanhã. Eu tô sabendo dialogar mais, sabe? (S5).

É possível perceber que as verbalizações dos homens que receberam a técnica diferiram em quantidade e natureza das verbalizações das mulheres. Os relatos dos homens evidenciaram, assim como os das mulheres, uma ampliação de autopercepção corporal. Por outro lado, as partilhas se limitaram quase que exclusivamente aos efeitos imediatos da aplicação da técnica. Valmir e Marcos foram os únicos homens que falaram claramente sobre a violência praticada, sobre a própria responsabilidade na dinâmica relacional violenta e sobre o sofrimento pela falta de recursos pessoais para resolução saudável de seus conflitos conjugais.

Marcos relatou os efeitos positivos da técnica sobre a redução do estresse e ansiedade, o que o estava auxiliando a reduzir o uso abusivo de drogas. A ambivalência entre o desejo de controlar os tremores e a quase completa falta de controle quanto ao impulso de consumir drogas foi uma característica interessante na fala deste homem. Seus relatos fazem pensar sobre a eficácia da técnica nos casos de dependência química, conquanto se deva considerar a necessidade de maior quantidade de sessões.

As interações entre os participantes homens foram sensivelmente diferentes das observadas no grupo de mulheres. As rodas de partilha serviram para elaboração da experiência de aplicação da técnica. Mas não houve, neste momento, troca de experiências de vida, expressões emocionais nem manifestações de apoio mútuo. Todos os homens expressaram um ajustamento à técnica TRE, conquanto tenham feito poucas menções espontâneas aos seus efeitos na vida cotidiana. Estas diferenças entre os Grupos Intervenção são congruentes com as distintas expectativas de gênero para homens e mulheres e serão discutidas na seção 6 deste capítulo.

4. Estresse, gênero e violência: tremer ajudou em alguma coisa?

Esta seção tem como intuito avaliar os possíveis efeitos da aplicação de TRE sobre os níveis de estresse e sobre variáveis diretamente relacionadas à vivência da violência conjugal – reincidência, percepção de risco e estratégias de autoproteção e prevenção à violência. As relações entre estes efeitos e a severidade do estresse inicial, adesão às sessões de TRE, continuidade da prática, tempo de exposição e frequência dos episódios de violência foram também apresentadas e discutidas.

Buscou-se responder aos seguintes objetivos específicos: verificar os níveis de estresse das/os participantes nas fases de teste, pós-teste e *follow up*; verificar os efeitos

da aplicação de TRE em relação aos níveis de estresse, avaliação de risco de reincidência da violência e estratégias de autoproteção e prevenção à violência nas fases de teste, pós-teste e *follow up*; investigar se o tempo de vivência da dinâmica relacional violenta tem influência na severidade dos níveis de estresse e também nos resultados da aplicação da técnica TRE; verificar se a aplicação de TRE contribui para a redução da emissão de comportamentos durante a realização da pesquisa.

4.1 As mulheres do Grupo Intervenção

Das oito mulheres participantes deste grupo, sete compareceram a alguma sessão de TRE. Lana, não teve seus dados analisados por não ter realizado os procedimentos de pós-teste. Patrícia não pôde comparecer a nenhuma sessão por dificuldades com os horários do trabalho. Apenas uma mulher, das que tiveram os dados analisados, não participou dos procedimentos de *follow up*. A Tabela 6 revela a quantidade de sessões a que compareceu cada participante, os níveis de estresse, os riscos percebidos, a frequência dos episódios de violência e as estratégias de autoproteção e prevenção à violência, adotadas pelas mulheres do grupo intervenção em cada fase da pesquisa.

Tabela 6. Evolução das mulheres do Grupo Intervenção as fases de teste, pós-teste e *follow up*.

Nome/ Quant. de sessões	Fase da Pesquisa	Nível de Estresse	Risco	Frequência da Violência	Estratégias de Autoproteção/Prevenção
Maria 3	Teste	Quase-exaustão, Agravamento	1	Episódio Único	Nenhuma. Confia que ele não vai fazer mais
	Pós-teste	Resistência, Agravamento	0		Vai à Igreja
	<i>Follow up</i>	Quase-exaustão, Agravamento	1		Tenta manter a relação, mas agora faz o que sempre quis fazer e nunca fez por causa dele. Coloca a raiva para fora. Vai voltar a estudar
Marta 2	Teste	Resistência, Agravamento	5	2 vezes por mês	Evita sair. Solicitou medidas protetivas
	Pós-teste	Resistência	5		Só sai para trabalhar
	<i>Follow up</i>				
Diva 4	Teste	Quase-exaustão, Agravamento	5	Todos os fins de semana	Não sai sozinha e parou de estudar, por medo.
	Pós-teste	Exaustão	8		Namora e sai para se divertir, mas se o ex estiver na rua não sai. Mudou sua rotina para se proteger, mas “voltou a viver”.
	<i>Follow up</i>	Alerta	0		Voltou a estudar. Está vivendo para si. Não tem mais nenhum contato com ele. Está “livre, leve e solta”

Nome/ Quant. de sessões	Fase da Pesquisa	Nível de Estresse	Risco	Frequência da Violência	Estratégias de Evitação/Prevenção
Gal 4	Teste	Resistência, Agravamento	0	Episódio Único	Nada
	Pós-teste	Resistência	5		Evita contato, evita sair sozinha. Muda o caminho do trabalho. Reza.
	<i>Follow up</i>	Sem Estresse	7		Mudou toda a sua rotina para não encontrar com ele
Ana 5	Teste	Quase-exaustão, Agravamento	8	Diariamente há 12 anos	Evita discussões
	Pós-teste	Sem Estresse	5		Está menos nervosa, não xinga mais. Coloca limite ao desrespeito dele. Ele respeita.
	<i>Follow up</i>	Resistência	8		Não reage às provocações, sai de perto, ignora
Márcia 3	Teste	Resistência, Agravamento	0	2 vezes por mês	Evita contato com o ex-companheiro, não sai a noite, evita se relacionar com outros homens.
	Pós-teste	Resistência	10		Evita contato, coloca limite às aproximações físicas e ligações.
	<i>Follow up</i>	Sem Estresse	8		Evita contato, não aceita a ajuda que ele oferece, não permite que ele vá à sua casa, afirma que não deseja o relacionamento.

4.1.1 Os níveis de estresse nas fases de teste, pós-teste e follow up

As informações da Tabela 6 mostram que das seis mulheres que realizaram as etapas de teste e pós-teste, cinco apresentaram melhoras quanto aos sintomas de estresse logo após a aplicação das sessões de TRE. Diva foi a única que apresentou uma piora, o que ela mesma atribuiu a um forte estressor naquele momento específico: ter iniciado um namoro e este fato não ser aceito pelo ex-companheiro, o que elevou sua percepção de risco de ocorrência de violência. Maria apresentou sintomas de estresse severo (quase-exaustão) na fase de *follow up*.

Das cinco mulheres que participaram da fase de *follow up*, três (Diva, Gal e Márcia) obtiveram melhoras quanto aos níveis de estresse, em comparação com a situação na fase de pós-teste. A melhora de Gal e Márcia foi progressiva, inclusive com ausência de sintomas de estresse na última fase da pesquisa. No caso de Diva houve piora entre as duas primeiras fases e remissão do quadro de estresse na fase de *follow up*. Duas mulheres, Maria e Ana, apresentaram piora entre pós-teste e *follow up*. É interessante perceber que elas obtiveram melhora anterior, entre as fases de teste e pós-teste, que não se manteve até a última fase da pesquisa.

4.1.2 Práticas de TRE e seus possíveis impactos sobre os níveis de estresse

A frequência às sessões de TRE variou entre 2 e 5 participações. Ana foi a única que compareceu a todas as sessões e foi também a mulher que alcançou melhor resultado quanto à redução dos níveis de estresse logo após as aplicações da técnica. Gal e Márcia, com quatro e três presenças às sessões, respectivamente, apresentaram melhora progressiva do estresse. As mulheres que praticaram TRE ao menos semanalmente obtiveram melhoras que incluíram remissão do quadro de estresse na última fase da pesquisa.

Das cinco mulheres que participaram da fase de *follow up*, três prosseguiram com a prática de TRE após a finalização das sessões de aplicação da técnica em grupo, sendo que nos casos em que a prática de TRE foi pelo menos semanal, as melhoras incluíram remissão do quadro de estresse na última fase da pesquisa.

Diva e Gal compareceram a quatro sessões grupais de TRE. Diva relatou na fase de *follow up* prática diária da técnica e, embora estivesse severamente estressada na fase de pós-teste, não apresentou estresse na fase final da pesquisa. Gal, por sua vez, afirmou ter praticado TRE semanalmente entre as fases de pós-teste e *follow up*. Esta participante obteve melhora progressiva entre as fases da pesquisa e também não apresentou estresse na última fase.

Maria compareceu a três sessões de TRE e relatou prática irregular de TRE (“mais ou menos de 15 em 15 dias”) na fase de *follow up*. Afirmou ainda que não conseguia praticar sozinha nos momentos de maior tensão, dado seu estado de mobilização emocional. Essa mulher estava severamente estressada na fase inicial da pesquisa, apresentou melhora na fase de pós-teste - quando estava sendo acompanhada e praticava TRE em grupo - e piorou entre as fases de pós-teste e *follow up*.

Duas mulheres não prosseguiram com a prática de TRE, segundo elas por dificuldade de recordar a sequência de exercícios. Ana, que estava severamente estressada na fase inicial da pesquisa, foi a única mulher que compareceu a todas as sessões de aplicação de TRE. Ela obteve os melhores resultados do grupo entre as fases de teste e pós-teste, passando de um quadro de quase-exaustão para ausência de estresse. Houve piora entre as fases de pós-teste e *follow up*, embora o quadro de estresse final tenha sido menos severo que o inicial. Márcia apresentava estresse na fase de resistência no início da pesquisa. Compareceu a três sessões de TRE e não deu

continuidade à prática após as aplicações em grupo. Mesmo assim, obteve melhora progressiva entre as fases da pesquisa, com ausência de estresse na fase de *follow up*.

Uma das mulheres severamente estressadas não prosseguiu com as práticas de TRE e a outra manteve práticas irregulares e espaçadas. Elas não mantiveram as melhoras verificadas na fase de pós-teste. Márcia, a despeito do não prosseguimento da prática, não só manteve como ampliou a melhora. Pode ser que este fato esteja relacionado ao quadro de estresse inicial menos severo.

4.1.3 A influência da frequência dos episódios de violência conjugal sobre os níveis de estresse e respostas à aplicação da técnica.

As três mulheres severamente estressadas na fase de teste não obtiveram melhora progressiva. Diva obteve diagnóstico de estresse mais severo na fase de pós-teste e Ana e Maria obtiveram piora entre as fases de pós-teste e *follow up*. Diva e Ana foram as mulheres que relataram maior frequência de exposição à violência conjugal - frequência semanal nos quatro últimos meses do relacionamento e frequência diária durante 12 anos do relacionamento, respectivamente. Maria relatou episódio único de violência, informação que parece incoerente com a quantidade e variedade de tipos de violências relatadas.

As mulheres com quadro menos severo de estresse – Marta, Gal e Márcia - apresentaram melhora progressiva entre as fases da pesquisa, sendo que Gal e Márcia não apresentaram estresse na fase de *follow up*. É importante salientar que os relatos das três foram de exposição menos frequente à violência conjugal em comparação com as mulheres severamente estressadas que relataram episódios múltiplos de violência.

4.1.4 A reincidência de comportamentos violentos entre as fases da pesquisa

Apenas Márcia relatou reincidência de violência durante o período da pesquisa. Esta violência foi praticada contra ela pelo ex-companheiro, e consistiu em xingamentos. Não houve relato de qualquer violência física sofrida e de nenhum tipo de violência praticada.

4.1.5 *Mudanças quanto à avaliação de risco*

Dentre as participantes do grupo intervenção, apenas uma mulher relatou reincidência de violência, que foi verbal. Apesar da ausência de relatos de outros tipos de violência, por esta participante, e de negação de qualquer ocorrência de violência para as outras, houve ampliação do risco percebido entre as fases de teste e pós-teste por três mulheres - Diva Gal e Márcia -, conforme informações da Tabela 6. Chama atenção que estas foram as mulheres que apresentaram melhoras quanto ao nível de estresse entre as fases de pós-teste e *follow up*, lembrando que Gal e Márcia obtiveram melhora progressiva ao longo das três fases.

As duas mulheres que relataram ausência de risco na fase de teste, avaliaram presença de risco (moderado e alto) nas demais fases da pesquisa. Na fase final da pesquisa, apenas Diva avaliou como ausente o risco de ocorrência de violência. Marta foi a única participante que não mudou sua percepção de risco ao longo das fases da pesquisa.

4.1.6 *Estratégias de autoproteção e prevenção à violência*

Todas as participantes, com exceção de Marta, passaram a utilizar estratégias de autoproteção/prevenção mais ativas nas duas fases finais da pesquisa, quando comparadas com o relato das estratégias utilizadas na fase inicial. Faz-se importante mencionar que esta mudança se fez presente também nos casos das duas mulheres (Maria e Gal) que disseram não adotar nenhuma estratégia de autoproteção na fase de teste.

A retomada de projetos de vida foi mencionada por Maria e Diva como estratégia de autoproteção/prevenção na fase de *follow up*. Estas duas participantes relataram grande retraimento no início da pesquisa, inclusive com perda de rede social, em virtude do medo – no caso de Diva - e de proibições feitas pelo companheiro – no caso de Maria.

Maria, mesmo com a piora do quadro de estresse na fase de *follow up*, afirmou ter voltado a fazer o que sempre quis e nunca pôde em virtude do relacionamento. Segundo ela, o retorno a atividades existencialmente importantes, especialmente estudar, teve um bom impacto sobre a autoestima e empoderamento. As estratégias de proteção utilizadas por Diva na fase de pós-teste exigiram uma reorganização ativa de

sua rotina e mobilização de recursos físicos e emocionais. Na fase de *follow up*, as estratégias de autoproteção foram avaliadas por essa participante como desnecessárias, uma vez que houve perda total de contato com o ex-companheiro e retorno da sensação de autoria da própria história.

As informações oferecidas por Ana na fase de teste revelaram que ela adotava predominantemente estratégias passivas de autoproteção, como escutar calada as provocações do companheiro e obedecer às proibições por ele impostas (não poder cuidar do cabelo e das unhas, por exemplo). Ela percebia, entretanto, que também adotava formas comunicacionais agressivas em resposta às violências sofridas ao longo dos anos de relacionamento. Na fase de pós-teste, não apenas deixou de contribuir para os conflitos relacionais, melhorando sua capacidade de comunicação assertiva, como passou a adotar uma postura ativa de imposição de limites. A piora do quadro de estresse na fase de *follow up* coincidiu com o retorno de estratégias de autoproteção evitativas, embora ainda fossem mais ativas que as utilizadas na fase de teste.

Nos casos de Gal e Márcia, a mudança quanto à avaliação de risco – percepção de ampliação do risco - foi acompanhada por mudanças quanto às estratégias de autoproteção e prevenção à violência. É interessante notar que a maior percepção de risco e a ampliação das medidas de autoproteção foram acompanhadas por uma redução gradativa do estresse, até sua remissão completa para os dois casos.

Gal disse não adotar qualquer estratégia de autoproteção/prevenção da fase de teste, momento em que considerava nulo o risco de reincidência da violência. Nas fases de pós-teste e *follow up*, em que o risco percebido foi moderado e alto, respectivamente, as estratégias de autoproteção consistiram em reorganizar a rotina de forma a evitar contato com o ex-companheiro. De maneira semelhante, as estratégias iniciais adotadas por Márcia foram claramente passivas e evitativas. Após a participação no grupo de TRE, houve uma brusca mudança de avaliação de risco, que passou de 0 na fase de teste para 10 e 8 nas fases de pós-teste e *follow up*. Essa mudança foi acompanhada por estratégias ativas de autoproteção: comunicação mais assertiva e imposição de limites às aproximações e investidas do ex-companheiro.

4.1.7 Breves reflexões sobre as relações entre os níveis de estresse, percepção de risco e estratégias de autoproteção e prevenção à violência

- Maria e Ana: melhora entre as fases de teste e pós-teste, com piora entre as fases de pós-teste e *follow up*

No caso de Maria, a melhora quanto ao estresse foi sensível entre as fases de teste e pós-teste, mas não se sustentou após a finalização das aplicações de TRE em grupo. Apesar do severo quadro de estresse constatado na fase de *follow up*, Maria demonstrou uma atitude de não aceitação da violência contra si e passou a assumir a responsabilidade em relação à sua própria proteção. Essa é uma diferença marcante de postura, comparando-se as fases de teste e *follow up*, conquanto o nível de estresse diagnosticado tenha sido o mesmo para as duas fases da pesquisa.

Ana passou por um processo de intensa mudança entre as fases de teste e pós-teste, incluindo remissão do quadro de estresse, diminuição do risco percebido, maior capacidade de comunicação assertiva, imposição de limites e resolução adequada dos conflitos conjugais. Estas mudanças não se sustentaram totalmente na fase de *follow up*. O nível de estresse final, contudo, foi menos intenso que o inicial e que na fase de *follow up* não se diagnosticou uma tendência a agravamento do estresse.

Vale ressaltar que tanto Maria quanto Ana estavam severamente estressadas na fase inicial da pesquisa e foram as únicas do grupo a manterem relacionamento conjugal com o homem autor de violência. Nos dois casos houve ausência de prática continuada e regular de TRE e continuidade da tensão relacional. Ainda assim, é possível constatar mudanças importantes quanto à autoproteção e enfrentamento ao estresse.

A frequência a um grupo regular e continuado de TRE poderia auxiliar estas mulheres a manter a regularidade e motivação para melhor usufruir desta técnica de redução de estresse. Essa afirmação se baseia especialmente no exemplo de Ana, que obteve os melhores resultados de seu grupo em termos de redução do de estresse logo após as sessões de aplicação da técnica. Ademais, relatou espontaneamente ajustamento e conforto diante da técnica, pela possibilidade de alívio, relaxamento e respeito à sua vontade ou não de falar sobre o ocorrido.

- Diva: piora entre as fases de teste e pós-teste, com significativa melhora entre as fases de pós-teste e *follow up*.

A piora em termos de estresse, no caso de Diva, coincidiu com maior avaliação de risco e presença de um forte estressor. As ameaças anteriores por parte do ex-companheiro – de morte, caso ela se relacionasse com outro homem - mobilizavam medo de que o ex-companheiro reagisse ao início do novo relacionamento com violência. Na fase de *follow up*, houve uma percepção de ausência de risco, acompanhada também por ausência de estresse. A falta de contato com o ex-companheiro, a avaliação de ausência de risco e a prática diária de TRE, constatadas na fase de *follow up*, foram por ela relacionados à sensível melhora dos sintomas de estresse.

- Gal e Márcia: melhora progressiva entre as fases de teste, pós-teste e *follow up*.

Tanto Gal quanto Márcia relataram a adoção de estratégias de autoproteção ativas nas fases de teste e pós-teste e maior avaliação de risco nas fases de pós-teste e *follow up* em comparação com o risco percebido no início da pesquisa. É interessante notar que nos dois casos a maior avaliação do risco nas fases de pós-teste e *follow up* não se fez acompanhar por piora do quadro de estresse.

Gal inicialmente minimizava as repercussões emocionais da vivência da violência, embora percebesse comprometimento de sua qualidade de vida e bem-estar geral. Ao longo das sessões de TRE, trouxe espontaneamente relatos das experiências traumáticas e suas implicações emocionais e práticas. Segundo ela, a melhor qualidade de seus relacionamentos familiares, especialmente com o filho, e a reinserção no mercado de trabalho foram resultados perceptíveis das experiências com TRE. O processo de “descongelamento” e a continuidade das práticas de TRE após a finalização das sessões em grupo associaram-se à redução dos sintomas de estresse e traumatização, à percepção mais realista do risco presente em sua situação e à adoção de medidas de autoproteção.

A situação de Márcia envolvia um alto risco, visto que a não aceitação da separação e a tentativa de imposição de uma reconciliação, por parte de seu ex-companheiro, persistiam mesmo depois de dois anos de rompimento. Além disso, ela foi a única mulher a relatar ocorrência de violência durante a pesquisa. Neste sentido, a brusca mudança quanto à avaliação do risco pareceu relacionada a uma percepção mais

realista da situação e das consequências emocionais da exposição à violência. A melhora quanto aos sintomas de estresse se manteve até a fase do *follow up*, mesmo com a não continuidade da prática de TRE.

4.2 As mulheres do Grupo Comparação

No grupo Comparação de mulheres, as oito participantes tiveram seus dados analisados, uma vez que todas elas realizaram os procedimentos de teste e pós-teste. Apenas duas mulheres não participaram dos procedimentos de *follow up*. A Tabela 7, abaixo, mostra as informações oferecidas pelas participantes quanto aos níveis de estresse, aos riscos percebidos, à frequência dos episódios de violência e às estratégias de autoproteção adotadas em cada fase da pesquisa.

Tabela 7. Evolução das mulheres do Grupo Comparação entre as fases de teste, pós-teste e *follow up*.

Nome	Fase da Pesquisa	Nível de Estresse	Risco	Frequência da Violência	Estratégias de Autoproteção/Prevenção
Graça	Teste	Quase-exaustão, Agravamento	7	Todos os fins de semana, há três anos	Evita sair de casa
	Pós-teste	Resistência	5		Nega-se a conversar com o companheiro quando ele está bêbado. Sai de casa.
	<i>Follow up</i>				
Clara	Teste	Sem Estresse	2	Episódio Único	Dorme na casa da irmã, evita encontrar com o ex-companheiro
	Pós-teste	Sem Estresse	2		Evita irritá-lo. Faz tudo para que ele não reclame. Realiza as atividades domésticas para ele chegar e não ter reclamações. Tem ficado menos agressiva.
	<i>Follow up</i>	Sem Estresse	5		Não briga mais, aí não tem mais discussão
Alice	Teste	Quase-exaustão, Agravamento	5	Semanalmente, há sete anos	Nenhuma
	Pós-teste	Resistência, Agravamento,	3		Evita relembrar o ocorrido e culpar o companheiro. Escuta calada as inculpações dele, para evitar maiores conflitos.
	<i>Follow up</i>	Sem Estresse	2		Está mais tranquila. Não revida quando ele altera o tom de voz
Rosa	Teste	Quase-exaustão, Agravamento	0	Episódio Único	Nenhuma
	Pós-teste	Resistência, Agravamento	5		Evita contato com o ex-companheiro
	<i>Follow up</i>	Sem Estresse	0		Evita contato com o ex-companheiro

Nome	Fase da Pesquisa	Nível de Estresse	Risco	Frequência da Violência	Estratégias de Autoproteção/Prevenção
Carol	Teste	Exaustão, Agravamento,	8	Mais de uma vez por semana, há cinco anos	Evita contato com o ex-companheiro
	Pós-teste	Resistência	8		Tem muita paciência com ele, não se relaciona com outras pessoas, não está saindo muito.
	<i>Follow up</i>				
Luara	Teste	Resistência, Agravamento	2	Episódio Único	Nada além de ir para a igreja
	Pós-teste	Sem Estresse	2		Nenhuma
	<i>Follow up</i>	Sem Estresse	0		Nada além de ir para a igreja

4.2.1 Os níveis de estresse nas fases de teste, pós-teste e follow up

Neste grupo, quatro mulheres encontravam-se severamente estressadas na fase inicial da pesquisa. Todas as mulheres obtiveram melhoras, em termos de nível de estresse, entre as fases de teste e pós-teste. Clara não identificou sintomas de estresse em nenhuma fase da pesquisa e quatro das seis mulheres não receberam diagnóstico de estresse na última fase da pesquisa. Todas as mulheres severamente estressadas na fase de teste mantiveram diagnóstico de estresse – menos severo - na fase de pós-teste.

Nenhuma mulher identificou sintomas em quantidade suficiente para diagnóstico de estresse severo (quase-exaustão e exaustão) na fase de pós-teste. Nenhuma das mulheres que participaram da fase de *follow up* apresentou estresse nesta fase. Apenas Graça realizou acompanhamento profissional durante o período da pesquisa. As demais mulheres obtiveram melhora sem qualquer intervenção profissional.

4.2.2 A relação entre a frequência dos episódios de violência conjugal e os níveis de estresse

Todas as mulheres estressadas na fase de teste – Graça, Alice, Rosa, Carol e Luara - apresentaram melhoras progressivas ao longo das etapas da pesquisa. As melhoras aconteceram mesmo nos casos de maior frequência e tempo de exposição à violência. Clara, que não identificou sintomas de estresse na fase inicial da pesquisa, e Luara, que apresentou um quadro de estresse menos severo nesse momento, relataram episódios únicos de violência. As duas estavam sem estresse nas fases seguintes.

Das quatro mulheres severamente estressadas na fase de teste – Graça, Alice, Rosa e Carol -, apenas Rosa relatou episódio único de violência. É importante lembrar

que o intenso grau de sofrimento emocional diante da recente separação parecia fazer com que Rosa minimizasse a violência e possivelmente a frequência dos episódios de violência. Alice foi a mulher com maior tempo de exposição à violência. Ela foi a única que manteve, na fase de pós-teste, uma tendência a agravamento do quadro de estresse.

4.2.3 *A reincidência de comportamentos violentos entre as fases da pesquisa*

Nenhuma mulher do Grupo Comparação relatou reincidência de violência, sofrida ou praticada, durante a pesquisa. A ausência de relatos de violência pelas mulheres deste grupo e o relato de reincidência de violência por apenas uma mulher do Grupo Intervenção serão discutidos no item 4.3 - Mulheres em situação de violência: semelhanças e diferenças entre Grupo Intervenção e Grupo Comparação.

4.2.4 *Mudanças quanto à avaliação de risco*

O risco foi avaliado como nulo ou reduzido por metade das mulheres em cada uma das duas primeiras fases da pesquisa. Três mulheres - Clara, Carol e Luara - mantiveram a mesma avaliação de risco nas fases de teste e pós-teste. Graça e Alice relataram perceber menor risco na fase de pós-teste do que na fase inicial. Rosa apresentou significativa melhora quanto aos níveis de estresse, embora tenha sido a única do grupo a ampliar a percepção de risco entre as fases de teste e pós-teste.

Apenas duas mulheres – Graça e Carol – perceberam alto risco de reincidência da violência em alguma das fases da pesquisa. Essas participantes estavam severamente estressadas na fase inicial da pesquisa e continuaram estressadas na fase de pós-teste, em que o risco foi avaliado como moderado por Graça e alto por Carol. Chama atenção que Carol, que não aderiu a nenhum acompanhamento profissional, tenha apresentado sensível melhora quanto aos sintomas de estresse a despeito da percepção de alto risco de reincidência de violência nas fases da pesquisa de que participou.

Quatro mulheres participaram do *follow up*, sendo que nesse momento nenhuma identificou sintomas de estresse e somente duas delas perceberam risco de reincidência da violência. É interessante notar que Clara, que não identificou sintomas de estresse no período compreendido pela pesquisa, tenha sido a única participante que ampliou a percepção de risco entre as fases de pós-teste e *follow up*.

4.2.5 Estratégias de autoproteção

No Grupo Comparação, a melhora dos níveis de estresse não se fez acompanhar por estratégias de autoproteção e de prevenção à violência mais ativas. Com exceção de Graça, que participou regularmente de um grupo de mulheres em situação de violência, todas as mulheres do grupo relataram estratégias passivas e sem impacto direto no relacionamento. Atitudes de minimização da violência, rígida adesão aos papéis de gênero e culpabilização de si mesmas pela violência estiveram presentes.

Graça aderiu a um grupo de mulheres conduzido por profissionais especializados no atendimento a mulheres em situação de violência. Diante disso, passou a utilizar estratégias de autoproteção mais ativas na fase de pós-teste. A estratégia inicial dessa participante, de evitar sair de casa para evitar conflitos, foi substituída pelas estratégias de sair de casa e impor limites à aproximação do companheiro quando este estava alcoolizado.

As outras mulheres relataram as seguintes estratégias de autoproteção, durante as três fases da pesquisa: evitar conflitos, evitar contato, rezar, evitar reclamar, corresponder às expectativas do companheiro, escutar calada/não revidar a agressividade, realizar as atividades domésticas conforme exigência do parceiro, parar de culpar o companheiro, ter paciência, evitar sair, não se relacionar amorosamente com outro homem. É marcante, neste grupo, a pressão para adesão às exigências dos papéis socialmente atribuídos às mulheres. Chama atenção que Clara, mulher que não apresentou estresse em nenhuma das fases da pesquisa, tenha verbalizado a necessidade de fazer o que o marido espera dela para evitar a violência. É importante salientar que esta mulher percebeu risco moderado de reincidência da violência na fase de *follow up*.

4.1.6. Breves reflexões sobre as relações entre os níveis de estresse, percepção de risco e estratégias de autoproteção e prevenção à violência

- Clara: sem estresse nas três fases da pesquisa

Clara estava separada na fase de teste e na fase de pós-teste havia reatado o relacionamento. A gravidez a fazia acreditar na reconciliação como o único caminho possível para seu sustento e o dos filhos, já que estava desempregada, contava com escassa rede de apoio social e passava por dificuldades financeiras. É importante mencionar que Clara tendia a utilizar estratégias de autoproteção passivas e apresentava

rígida adesão a papéis de gênero socialmente impostos. Estas posturas são fatores de risco para a violência. Além disso, esta participante percebeu maior risco de reincidência da violência na fase de *follow up* em comparação com as anteriores, o que pode indicar uma ampliação da tensão relacional durante a pesquisa.

- Graça e Carol: melhora entre as fases de teste e pós-teste

Essas mulheres participaram apenas das fases de teste e pós-teste. Ambas estavam severamente estressadas no início da pesquisa e apresentaram estresse na fase de resistência no momento de pós-teste.

No caso de Graça, a melhora do quadro de estresse está possivelmente relacionada à adesão ao grupo de mulheres em situação de violência doméstica e adoção de estratégias ativas de autoproteção, incluindo imposição de limites. Apesar dos sentimentos de medo, da desconfiança e dos sinais ainda presentes de traumatização em virtude da violência sofrida, houve a reconciliação conjugal. É possível que os fatores estressores presentes no relacionamento, ainda que intensos, sejam menos mobilizadores de estresse do que os fatores estressores decorrentes de uma separação conjugal.

A melhora quanto aos sintomas de estresse de Carol não se fez acompanhar pela redução do risco percebido. Diante da gravidade, da alta frequência e do alto risco de violência apontados por ela na fase de teste, a evitação do conflito pode ter funcionado como uma estratégia eficaz de redução do risco, levando a uma redução do estresse. Esta participante relatou, contudo, maior isolamento social e redução de práticas de autocuidado no pós-teste, como forma de não “provocar” ciúmes e agressividade no ex-companheiro. Há que se considerar a perda de autonomia e a redução da rede de apoio social como fatores de risco importantes para a ocorrência de violência e de sofrimento emocional.

- Alice, Rosa e Luara: melhora progressiva entre as três fases da pesquisa

Rosa e Alice estavam severamente estressadas no início da pesquisa, enquanto que Luara apresentava um quadro de estresse na fase de resistência. O preenchimento do Inventário de Estresse na fase de *follow up* revelou ausência de estresse para as três mulheres.

Rosa e Alice relataram escassez de rede social, práticas precárias de autocuidado, estratégias de autoproteção passivas, e não adesão a qualquer

acompanhamento especializado – a despeito do encaminhamento realizado pela Justiça. A dependência emocional em relação ao ex-companheiro foi uma marca importante no discurso de Rosa. Esses fatores apontam para risco, tanto de violência – neste e em relacionamentos futuros – quanto de adoecimento físico e emocional. Cabe questionar se a adoção das estratégias de autoproteção relatadas e a simples passagem do tempo foram suficientes para a melhora do quadro de estresse, a despeito dos fatores de risco mencionados.

A melhora no quadro de estresse de Luara se fez acompanhar por uma redução/ausência do risco percebido. O engajamento em atividades religiosas exercia papel protetivo em relação ao estresse. Contudo, as informações fornecidas pela participante indicaram minimização da violência sofrida e ênfase em sua própria responsabilidade nos conflitos conjugais. A ausência de estratégias de autoproteção/prevenção à violência pode ser fator de risco para reincidência da violência. Quanto aos níveis de estresse, deve-se questionar se a melhora está relacionada a mudanças no relacionamento, conforto religioso, simples passagem do tempo ou anestesia emocional.

4.3 Mulheres em situação de violência: semelhanças e diferenças entre Grupo Intervenção e Grupo Comparação

Diversos fatores afetam o grau de estresse de mulheres em situação de violência conjugal. Este estudo revelou que o tempo de exposição à violência e a frequência dos episódios de violência estiveram relacionados à severidade do estresse inicial das mulheres participantes, tanto no Grupo Comparação quanto no Grupo Intervenção. Com exceção de duas mulheres, uma de cada grupo, todas as que apresentaram estresse nas fases de exaustão e quase-exaustão tinham sido expostas a múltiplos episódios de violência conjugal. As mulheres que relataram exposição a episódios únicos ou a episódios menos frequentes de violência apresentaram, em geral, quadros menos severos de estresse.

Outra semelhança diz respeito à reincidência da violência. Apenas uma mulher do Grupo Intervenção relatou reincidência de violência por parte do ex-companheiro, enquanto que no Grupo intervenção não houve relatos de novos episódios de violência. Nenhuma mulher relatou ter praticado violência contra seu companheiro/ex-

companheiro. Esse fato possivelmente influenciou a melhora dos níveis de estresse das mulheres dos dois grupos.

O papel de coibição da violência, exercido pelo sistema de Justiça e as estratégias de autoproteção adotadas pelas mulheres - incluindo a própria queixa policial - podem ter exercido um importante papel na interrupção, pelo menos temporária, da violência. A maior parte das mulheres de ambos os grupos estava separada do autor de violência no período compreendido pela pesquisa. A separação conjugal, na maior parte dos casos, é uma medida de prevenção à violência. Além disso, pode ser também que as formas mais graves de violência tenham sido interrompidas e outras, consideradas banais ou menos graves, não tenham sido mencionadas.

As mulheres do grupo comparação não receberam a intervenção, mas apresentaram melhoras consistentes e progressivas em termos de níveis de estresse, mesmo nos casos de maior tempo e frequência de exposição à violência. Importa mencionar que nesse grupo somente as mulheres severamente estressadas na fase de teste, quase todas expostas a múltiplos episódios de violência em alta frequência, permaneceram estressadas –menos severamente - na fase de pós-teste. Nenhuma das mulheres piorou entre as fases da pesquisa ou obteve diagnóstico de estresse na fase de *follow up*.

No Grupo Intervenção a severidade do quadro de estresse inicial guardou relação com os resultados da aplicação da técnica. Apenas as mulheres com níveis de estresse menos severos na fase inicial obtiveram melhoras progressivas. As mulheres severamente estressadas, as quais foram expostas a violência por mais tempo e em maior frequência, obtiveram piora na fase de pós-teste ou *follow up* e apresentaram algum nível de estresse na fase final da pesquisa. Apenas uma mulher, a mais assídua às sessões de TRE, não identificou sintomas compatíveis com um quadro de estresse logo após as sessões de TRE.

As diferenças quanto às percepções de risco de reincidência da violência, entre os dois grupos, também foram notáveis. No Grupo Intervenção apenas uma mulher, que compareceu a duas sessões de TRE, não modificou o risco percebido durante o período da pesquisa. É interessante notar que a ampliação da percepção de risco por três mulheres, entre as fases de teste e pós-teste, não foi acompanhada por piora do estresse. As mulheres que não percebiam risco na fase inicial o fizeram nas outras fases e houve, nesses casos, uma mudança brusca de avaliação de risco (de risco nulo para alto risco).

Apenas uma mulher não percebeu risco na fase de *follow up*. Já no Grupo Comparação, três mulheres mantiveram, ao longo da pesquisa, a mesma avaliação de risco da fase inicial. Apenas uma mulher relatou ampliação do risco entre as fases de teste e pós-teste, duas relataram redução do risco percebido entre as fases de teste e pós-teste e três não perceberam risco no *follow up*.

Diante desse quadro há importantes questionamentos a se fazer: sendo a técnica TRE uma ferramenta para a redução do estresse, o que explicaria esses dados, que ao menos aparentemente revelam uma melhor evolução do quadro de estresse para as mulheres que não receberam a intervenção? Levando-se em consideração que apenas uma mulher do grupo comparação aderiu a acompanhamento profissional especializado, seria possível afirmar que a simples passagem do tempo foi suficiente para a remissão dos sintomas? A maior avaliação de risco é um indicativo de pior saúde mental? A contribuição e/ou eficácia da técnica deve, a partir disso, ser questionada ou invalidada?

Em primeiro lugar, deve-se pontuar que o diagnóstico de estresse se deu a partir de um instrumento que solicitava das/os participantes a identificação dos próprios sintomas nas últimas 24 horas, na última semana e no último mês. Essa tarefa se reveste de alguma dificuldade, vez que sua realização exige um bom nível de consciência em relação aos próprios sinais corporais de alterações físicas e emocionais. Pode-se supor que a dificuldade é ampliada pelo próprio caráter traumático da exposição à violência. Isso porque, nesses casos e a depender da gravidade da situação, a dissociação – do sofrimento e também de seus sinais corporais, relacionais e situacionais - surge como uma relevante estratégia de enfrentamento.

Mulheres expostas a repetidos e/ou intensos episódios de violência apresentam frequentemente sinais de traumatização, a depender do quanto lhes estejam assegurados os mecanismos necessários de proteção e recuperação. Esses mecanismos são internos e externos, incluindo os próprios processos naturais de autorregulação orgânica e também os aparelhos sociais de cuidado e proteção – o Estado, rede de atendimento, rede social de apoio e a própria sociedade. A maior parte das mulheres vítimas de violência não apenas não dispõe das ferramentas necessárias ao manejo de situação tão estressora, quanto permanecem expostas a novos e repetidos episódios de violência. Passar por uma ou diversas experiências de violência nessas condições é o que produz os sinais de traumatização.

O processo de trauma envolve acontecimentos potencialmente ameaçadores à vida e interpretação de incapacidade de enfrentar o desafio imposto pelo ambiente de maneira eficaz. A pessoa, vendo esgotados ou insuficientes seus recursos de enfrentamento da situação, é levada ao estado de congelamento, em que são bloqueadas as respostas orgânicas naturais e ativas de autopreservação. Este quadro é caracterizado por dissociação/entorpecimento, fuga da realidade, perda do senso de si mesma, sentimento de impotência, desamparo, embotamento afetivo, sentimentos crônicos de culpa e vergonha (Boggio, 2010; Finlay, 2007; Levine, 2004, 2012; Nascimento, 2010).

O mecanismo básico da dissociação envolve a cisão de partes das memórias e das percepções, de forma que a pessoa possa escapar ou lidar com experiências dolorosas intoleráveis e ligadas aos eventos traumáticos. É comum seguir-se, então, um período de analgesia, resultante da liberação de endorfinas em momentos de estresse severo. Esse mecanismo impede a consciência da própria dissociação e tem uma importante função adaptativa e de sobrevivência diante da impossibilidade de outras estratégias defensivas de autopreservação, as respostas de luta e fuga. Em geral, as respostas de congelamento reduzem a probabilidade de um ataque, o que confere a esta estratégia um valor protetivo inquestionável (Nascimento, 2010; Scaer, 2001; Berceci, 2006, 2008, 2007, 2010; Levine, 2004, 2012).

É comum que os episódios de violência contra a mulher ocorram muitas vezes em uma relação conjugal ou em diversos relacionamentos ao longo da vida. Isso porque nossos condicionamentos sociais naturalizam os papéis de gênero rigidamente definidos e os diversos tipos de violência nas relações de intimidade, reduzindo as possibilidades de ação e de imposição de limites por parte das mulheres. O processo de naturalização é uma anestesia social que dificulta e mesmo impede a autorreferência, a confiança nos próprios sinais/sintomas corporais, a identificação dos primeiros sinais de inadequação das soluções de conflitos conjugais, a percepção realista dos riscos envolvidos e das consequências emocionais advindas da dinâmica relacional violenta e a tomada de providências para interrupção da violência.

A exposição a situações continuadas e/ou intensas de violência conjugal, que impõem tão grande risco à integridade física e mental, comumente impede a finalização das respostas defensivas naturais mais ativas, de luta e fuga. Nessas situações, o organismo frequentemente se imobiliza/congela para suportar a dor imposta pela

experiência. Por este motivo, a resposta de dissociação ou anestesia pode se dar de forma contínua e não como uma defesa diante de uma ameaça pontual. De acordo com Levine (2004), a permanência dessas respostas defensivas interrompe a sensopercepção e impede que as pessoas busquem ativamente a resolução da situação traumatogênica.

Outra dimensão de análise, complementar a esta primeira, refere-se às experiências comumente vividas pelas mulheres vítimas de violência conjugal judicializada. A busca de intervenção judicial é, especialmente nos casos em que se opta pela separação, uma medida assertiva de imposição de limites. Muitas vezes, contudo, a queixa policial é um pedido de socorro para que se efetuem as mudanças necessárias à continuidade da relação, uma vez que os recursos disponíveis mostraram-se insuficientes. O confronto com a real possibilidade de responsabilização penal do autor da violência, comumente traz às mulheres culpa pelo acionamento do Estado. É frequente também que elas sejam ameaçadas e/ou pressionadas a desistir do processo.

Por outro lado, é comum ocorrer nesta fase do processo judicial, o fenômeno denominado lua-de-mel (Walker, 2009), caracterizado por promessas de mudança do companheiro. Essas promessas nem sempre são acompanhadas pelas medidas necessárias à sua concretização, mas inicialmente trazem uma sensação de recomeço e levam à desconsideração de todo o sofrimento anterior. Soma-se a isso o fato de que a busca de apoio do Estado tem, por diversas vezes, a consequência de ruptura não escolhida do vínculo conjugal, situação esta muitas vezes vivida pelas mulheres com maior sofrimento emocional do que a própria violência. Todas essas situações podem levar a uma minimização dos fatos, do sofrimento deles advindo e dos riscos de reincidência da violência.

Essas informações nos ajudam a compreender não apenas a maior identificação de sintomas de estresse pelas mulheres do Grupo Intervenção, como também a maior intensidade do risco percebido. Todas estas situações, que dificultam a avaliação realista dos riscos e a assunção de estratégias ativas de autoproteção, foram mencionadas pelas mulheres do Grupo Comparação, que não receberam as mesmas ferramentas que as mulheres do Grupo Intervenção. O desenho metodológico da pesquisa reduz – embora não elimine – a influência de outras variáveis, que não a aplicação de TRE, sobre as diferenças entre os grupos.

A mobilização somática, por meio das vibrações involuntárias na musculatura estriada, auxilia o organismo a descarregar o excesso de energia potencial que não foi

transformada em ação em virtude das limitações ambientais nas situações de estresse e trauma. A aplicação da técnica TRE favorece as vibrações involuntárias e os efeitos são: relaxamento das tensões musculares, ampliação da consciência corporal e uma maior integração das emoções e memórias. Pode haver também a constatação de desconfortos físicos e emocionais antes ausentes do campo de percepção. Esse processo, a que se pode chamar de descongelamento, permite uma melhor avaliação dos riscos e a retomada da agressividade saudável ligada a formas mais ativas de autopreservação (Berçeli, 2006, 2008, 2009, 2010; Levine, 2004, 2012; Nascimento, 2010).

Todas as mulheres participantes da pesquisa denunciaram a ocorrência de violência física; todas elas mencionaram a ocorrência de outros tipos de violência; a maior parte relatou ter também praticado violência; e a maioria relatou ocorrência de múltiplos episódios de violência. Diante disso, resta clara a gravidade da situação vivenciada por elas, bem como seu potencial altamente estressor. É importante lembrar, também, que o período abarcado pela pesquisa foi curto e muito próximo ao momento da denúncia de violência conjugal pelas mulheres. Nesse contexto, é pouco provável, mesmo para as mulheres que recebem intervenção adequada, uma remissão completa dos sintomas de estresse em um período tão curto de tempo. A probabilidade reduz-se ainda mais nos casos em que há menos recursos protetivos. Assim, é natural que alguns sintomas de estresse e traumatização ainda estejam presentes, mesmo após a intervenção, e espera-se que sua identificação tenha um importante papel protetivo.

As mulheres do Grupo Intervenção obtiveram melhoras quanto aos sintomas de estresse ao longo da pesquisa. As melhoras não foram progressivas nos casos de severo estresse inicial e de não continuidade da prática de TRE após a fase de pós-teste. Este fato está provavelmente associado à ampliação da consciência corporal, à redução da anestesia emocional, à severidade do estresse inicial por elas experimentado e especialmente à necessidade de regularidade da prática para manutenção e ampliação dos efeitos da técnica.

Deve-se ressaltar ainda que nos casos em que as mulheres permaneceram com os parceiros, a dinâmica relacional continuou permeada por tensão e ameaça de novos episódios violentos. Assim, os estímulos estressores ainda estavam presentes, em grau provavelmente maior do que nas situações em que houve a separação. Pode-se pensar que a identificação dos sintomas de estresse e a percepção de risco sejam resultado da

diminuição do processo de dissociação, por refletirem a realidade vivida por essas mulheres.

A percepção dos danos emocionais e físicos da violência e dos riscos envolvidos possibilita a tomada de medidas de autoproteção e interrupção da violência (Ravazzola, 1997, 1998). Essa informação é congruente com as notáveis diferenças entre o Grupo Comparação e o Grupo Intervenção no que se refere às estratégias de prevenção à violência. Todas as mulheres do Grupo Intervenção passaram a adotar estratégias mais ativas de autoproteção ao longo das fases da pesquisa, que incluíram: imposição de limites, retomada de projetos de vida, reorganização ativa das rotinas, assunção de formas assertivas de comunicação. As mudanças de postura puderam ser observadas tanto para as mulheres que permaneceram casadas quanto para as que se separaram. Além disso, mesmo as mulheres que apresentaram piora em termos de estresse em algum momento da pesquisa mantiveram estratégias de autoproteção mais ativas que as verificadas na fase inicial da pesquisa.

No Grupo Comparação, a melhora geral em termos de níveis de estresse não foi acompanhada por adoção de estratégias ativas de autoproteção. Apenas uma das participantes deste grupo teve auxílio profissional para fortalecimento, acolhimento e ampliação da consciência acerca da dinâmica relacional violenta. Essa mulher foi a única a adotar estratégias ativas de prevenção à violência. As estratégias utilizadas pelas outras mulheres consistiram em adaptar-se às condições relacionais, corresponder às expectativas dos companheiros/ex-companheiros e aos papéis de gênero rigidamente definidos. A adoção de estratégias de autoproteção menos ativas esteve também relacionada à menor avaliação de risco neste grupo.

As estratégias de autoproteção passivas, características dos quadros de dissociação, podem ter contribuído, no caso dessas mulheres, para a redução temporária do risco de ocorrência de violência e, conseqüentemente, dos sintomas de estresse experimentados. É provável, entretanto, que a dificuldade de imposição de limites e uma não modificação da dinâmica relacional impliquem, em longo prazo, maior risco de reincidência da violência e de exposição contínua a situações relacionais estressoras e traumáticas. Por um lado as estratégias de autoproteção baseadas na omissão e maior adesão ao papel feminino socialmente estereotipado podem ter um efeito protetivo temporário. Por outro, elas não auxiliam as mulheres a construírem um espaço

relacional de fato livre de violência e de respeito à sua autonomia a médio e longo prazo.

Os resultados obtidos em relação aos grupos de mulheres evidenciaram que a aplicação de TRE às participantes do Grupo Intervenção contribuiu não apenas para a redução dos sintomas de estresse, como para a ampliação da consciência corporal e situacional. Esses efeitos se relacionaram a uma maior percepção dos riscos envolvidos e à tomada de medidas ativas de autoproteção e se mantiveram mesmo nos casos em que as mulheres não sustentaram as melhoras obtidas na fase de *follow up*. Cabe ainda salientar que as informações oferecidas pelas mulheres do Grupo Intervenção nas fases de pós-teste e *follow up* não continham indícios de minimização da violência, em termos de gravidade e consequências deletérias, nem de autoculpabilização. Há, assim, evidências de que a aplicação da técnica TRE contribuiu para a saúde mental das mulheres que a receberam e revelou-se ferramenta útil e eficaz de autocuidado e de prevenção à violência.

4.4 Os homens do Grupo Intervenção

Neste grupo, chamou atenção a baixa adesão dos homens às sessões de TRE. Dos oito homens que compareceram ao encontro inicial, dois – Paulo e Cleumar - não compareceram a nenhuma sessão de TRE. Paulo relatou frequência diária de violência em seu relacionamento e também assumiu uma tentativa de homicídio. Estava severamente estressado e permanecia casado na época do teste. Embora tenha aparentemente reconhecido a gravidade de sua situação e a necessidade de auxílio, não compareceu às sessões de TRE. Cleumar, por sua vez, também estava casado na fase de teste e foi o único homem do grupo a perceber risco de reincidência da violência neste momento. Ele também não compareceu às sessões de TRE. Em contato com estes homens, para realização dos procedimentos de *followup*, obteve-se a informação de que nenhum deles procurou qualquer outro atendimento especializado.

Dos homens que compareceram a alguma sessão de TRE, apenas quatro realizaram os procedimentos de teste e pós-teste, critério necessário à análise dos dados para esta seção. Ressalta-se que nenhum homem compareceu às cinco sessões de aplicação da técnica. A Tabela 8 revela a quantidade de sessões a que compareceu cada participante, os níveis de estresse, os riscos percebidos, a frequência dos episódios de

violência e as estratégias de prevenção à violência dos do Grupo Intervenção em cada fase da pesquisa.

Tabela 8. Evolução dos homens do Grupo Intervenção as fases de teste, pós-teste e *follow up*

Nome/ Quant. de sessões	Fase da Pesquisa	Nível de Estresse	Risco	Frequência da Violência	Estratégias de Autoproteção/Prevenção
João 4	Teste	Resistência	0	Episódio Único	Não discute, não aumenta a briga
	Pós-teste	Sem estresse	0		Tem paciência e não aumenta a discussão. Joga futebol para relaxar
	<i>Follow up</i>	Sem estresse	5		Para as discussões, deixa ela falando sozinha. Faz TRE quando está estressado
Vilmar 4	Teste	Sem estresse	0	1 vez por mês há 2 anos	Trabalha muito para não ter tempo para conflitos, sai, vai para a igreja, anda de bicicleta
	Pós-teste	Sem estresse	5		Tem sido mais compreensivo, os dois estão se entendendo melhor
	<i>Follow up</i>	Resistência	3		Tenta ficar mais quieto a noite. Não insiste para fazer sexo
José 2	Teste	Sem estresse	0	Episódio Único	Proporciona lazer à companheira, evita cair na rotina
	Pós-teste	Sem estresse	0		Nada. Por que está tudo bem. Faz TRE “às vezes”.
	<i>Follow up</i>	Sem estresse	0		Estão saindo da rotina
Pedro 3	Teste	Resistência,	0	Episódio Único	Nenhuma, porque está afastado do lar
	Pós-teste	Sem estresse	0		Nada. Por que está tudo bem. Faz TRE “de vez em quando”
	<i>Follow up</i>	Exaustão, Agravamento			

4.4.1 Os níveis de estresse nas fases de teste, pós-teste e *follow up*

João e Pedro, que identificaram sintomas de estresse na fase de teste apresentaram melhoras na fase de pós-teste – de resistência para um quadro de ausência de estresse. Chama atenção que logo após as sessões de aplicação de TRE nenhum homem tenha constatado sintomas em quantidade suficiente para diagnóstico de estresse. Na fase de *follow up*, dois homens (Vilmar e Pedro) apresentavam quadros de estresse, sendo que um deles não havia apresentado estresse nas fases anteriores. Somente José não apresentou estresse em nenhuma fase da pesquisa.

4.4.2 Práticas de TRE e seus impactos sobre os níveis de estresse

A frequência dos homens que compareceram às sessões de TRE variou entre duas e quatro participações. Nenhum homem compareceu às cinco sessões. José, o homem menos assíduo às sessões, apresentou ausência de estresse nas três fases da pesquisa. Vilmar e Pedro, mais assíduos às sessões, apresentaram piora entre as fases de pós-teste e *follow up*. Saliente-se que estes dois homens não apresentaram estresse logo

após as sessões de TRE. João, que compareceu a quatro sessões de TRE, apresentou melhora entre as fases de teste e pós-teste, tendo mantido a ausência de estresse na fase de *follow up*.

João, Pedro e José relataram prosseguimento da prática de TRE após a finalização das sessões em grupo, sendo que João foi o único a relatar prática regular (quinzenal) de TRE após as aplicações em grupo. Segundo a opinião deste participante, a prática de TRE contribuiu para a ausência de estresse nas duas últimas fases da pesquisa. José foi o homem menos assíduo e relatou continuidade, mesmo que irregular, da prática de TRE. Ele não apresentou estresse em nenhuma das fases da pesquisa.

Pedro mencionou irregularidade na prática (“de vez em quando”) e Vilmar disse não ter dado continuidade às práticas de TRE entre as fases de pós-teste e *follow up*. Os dois homens não identificaram sintomas de estresse na fase de pós-teste e apresentaram piora entre as fases de pós-teste e *follow up*. É possível que uma ampliação da consciência corporal, somada à não continuidade e irregularidade das práticas de TRE tenham contribuído para a presença de estresse na fase de *follow up*.

4.4.3 *A relação entre a frequência dos episódios de violência conjugal e os níveis de estresse*

Todos os homens, com exceção de Vilmar, relataram a ocorrência de episódio único de violência. Esse dado não é coerente com a variedade e quantidade de violências, sofridas e praticadas, relatadas por todos os homens participantes. Dada a pouca confiabilidade da informação prestada, a análise de possíveis relações entre tempo e frequência de exposição à violência conjugal sobre os níveis de estresse e de respostas à aplicação da técnica ficou prejudicada.

4.4.4 *A emissão de comportamentos violentos entre as fases da pesquisa*

Dois homens, João e Vilmar, relataram ocorrência de episódios de violência entre as fases da pesquisa. João relatou violência física, de sua parte, entre as fases de teste e pós-teste. Vilmar relatou violências mútuas, entre ele e a companheira, consistentes em xingamentos. A violência mencionada por este último participante ocorreu entre as fases de pós-teste e *follow up*.

4.4.5 *Mudanças quanto à avaliação de risco*

Nenhum homem percebeu presença de risco de reincidência da violência na fase de teste. Na fase de pós-teste, houve percepção de risco por um homem, enquanto que na fase de *follow up*, o risco foi percebido por dois homens. João e Vilmar, os homens mais assíduos às aplicações da técnica, foram os que perceberam risco de ocorrência de novos episódios de violência em algum momento da pesquisa. Ambos relataram um aumento da percepção de risco entre as fases de teste e pós-teste. É possível que a constatação de risco tenha relação com a percepção de necessidade de auxílio e, conseqüentemente, com a maior adesão às sessões de TRE.

Vilmar foi o único a reconhecer risco de reincidência da violência na fase de pós-teste. Os outros homens perceberam como nulo o risco de ocorrência de estresse nas duas primeiras fases da pesquisa. João percebeu risco moderado de reincidência de violência na fase de *follow up*. Este homem assumiu, quando perguntado, a prática de violência física durante a pesquisa e percebia a continuidade das sessões de TRE como prevenção ao uso de soluções violentas para os conflitos conjugais.

4.4.6 *Estratégias de prevenção à violência*

João, Vilmar e José mencionaram estratégias que envolviam mudanças de postura pessoais, tais como: não alimentar discussões, cuidar da relação, ocupar-se, adotar comunicação menos explosiva e mais compreensiva, buscar auxílio na religião, dedicar-se a atividades relaxantes, praticar TRE. Note-se que a prática de TRE foi uma estratégia mencionada por João, José e Pedro. Esta foi a única estratégia de prevenção à violência adotada por Pedro, durante toda a pesquisa.

No caso de Vilmar, as estratégias de prevenção à violência evoluíram de condutas mais passivas (trabalhar para evitar conflito, ir à igreja), para uma postura mais compreensiva e respeitosa com a companheira na fase de pós-teste. Este homem afirmou também a interrupção (ao menos naquele momento) de um comportamento violento específico e um dos principais motivadores de conflitos e violência no relacionamento: insistir para fazer sexo.

Um dado importante relaciona-se à atribuição de responsabilidade pelos conflitos relacionais. Nesse grupo, percebe-se que nenhum homem atribuiu a responsabilidade pelos conflitos e pela violência exclusivamente às companheiras e ex-

companheiras. Este fato está refletido na adoção de estratégias focadas na relação e na mudança pessoal. A estratégia de evitar contato também não foi utilizada por nenhum homem, visto que todos estavam casados com a mulher que realizou a denúncia.

4.1.7. Breves reflexões sobre as relações entre os níveis de estresse, percepção de risco e estratégias de autoproteção e prevenção à violência

- José: sem estresse nas três fases da pesquisa

José compareceu a apenas duas sessões de aplicação da técnica e, ainda que pouco assíduo, afirmou na fase de pós-teste, utilizar a TRE como ferramenta de redução de estresse. As estratégias de prevenção à violência estavam direcionadas a promover o bem-estar da companheira. O participante percebeu as sessões de aplicação de TRE como um momento de cuidado a que não tinha acesso em outros contextos. Mesmo assim, não priorizou a presença às sessões e interrompeu também a prática de TRE em casa. A dificuldade de adesão pode estar relacionada à própria ausência de sintomas que justificassem esse autocuidado. Cabe questionar, contudo, se a ausência de estresse é sinal de saúde mental ou parte da dificuldade de reconhecimento de dificuldades e de necessidade de autocuidado.

- Vilmar e Pedro: piora entre as fases de pós-teste e *follow up*

Vilmar não apresentou estresse nas fases de teste e pós-teste e Pedro melhorou entre estas fases. Os dois homens identificaram sintomas de estresse na fase de *follow up*, sendo que Pedro obteve diagnóstico de estresse na fase de exaustão com tendência a agravamento.

Vilmar foi o único homem a mencionar espontaneamente, durante as partilhas, o fato gerador do processo judicial. As dificuldades sexuais do casal eram motivadores principais de conflitos relacionais e relacionavam-se às soluções violentas, por parte dele, a esses conflitos. Houve maior percepção de risco nas duas fases finais, em comparação com ausência de risco percebido na fase de teste. A identificação dos sintomas de estresse e do risco, a assunção da violência e da inadequação de suas condutas e a mudança quanto às estratégias de prevenção à violência são sinais de ampliação da consciência corporal, da capacidade de avaliação da situação relacional que o trouxe à Justiça e também da autorresponsabilização.

A ausência de estratégias consistentes de prevenção à violência e prática de cuidado isolada e irregular, por parte de Pedro, provavelmente se relacionam com o nível de tensão relacional experimentada na fase de *follow up* e, conseqüentemente, com o severo quadro de estresse diagnosticado. Pedro pareceu ter ampliado sua consciência corporal durante as sessões de aplicação da técnica, vez que fazia frequentemente menção a sensações corporais, demonstrando surpresa diante da “descoberta do corpo”. É possível, também, que esse fato o tenha auxiliado na identificação dos sintomas de estresse. A dificuldade de autorresponsabilização pelas dificuldades relacionais, pelas soluções violentas aos conflitos conjugais e por seu autocuidado são fatores de risco de ocorrência de novos episódios violentos.

- João: melhora entre as fases de teste e pós-teste e sustentação da melhora na fase de *follow up*

João percebeu tensão relacional durante toda a pesquisa, assumindo risco de reincidência apenas na última fase. Relatou a ocorrência de um episódio de violência e a percepção, diante disso, da necessidade de autocuidado e de redução de estresse para construção de formas não violentas de resolução de conflitos. Essa percepção pareceu estar relacionada a um processo de autorresponsabilização, traduzida também na adoção de estratégias de prevenção à violência. De acordo com ele, a prática de TRE foi uma ferramenta eficaz de manejo de estresse e também de redução da tensão relacional. Na última sessão de aplicação de TRE afirmou que precisava de mais sessões, para “aprender a não perder mais a cabeça assim” (SIC).

A percepção de risco moderado, em comparação com a ausência de risco percebido nas duas primeiras fases da pesquisa, pode fazer parte de um processo de descongelamento e de autorresponsabilização. Por outro lado, deve-se atentar para a expressão de sua necessidade de mais encontros e da ocorrência de violência no período da pesquisa como uma comunicação de que ainda lhe faltavam os recursos de autorregulação para a administração não violenta dos conflitos relacionais.

4.5 Os homens do Grupo Comparação

O Grupo Comparação de homens foi composto por oito participantes. Todos eles tiveram seus dados analisados, uma vez que participaram das três fases da pesquisa. A Tabela 9 inclui informações quanto aos níveis de estresse, aos riscos percebidos, à

frequência dos episódios de violência e às estratégias de prevenção à violência adotadas pelos homens do Grupo Comparação em cada fase da pesquisa.

Tabela 9. Evolução dos homens do Grupo Comparação entre as fases de teste, pós-teste e *follow up*.

Nome	Fase da Pesquisa	Nível de Estresse	Risco	Frequência da Violência	Estratégias de Autoproteção/Prevenção
Ian	Teste	Resistência	1	1 vez a cada 15 dias	Sai de casa quando ela está alcoolizada
	Pós-teste	Resistência	0		Sai de casa quando ela está alcoolizada
	<i>Follow up</i>				
Ailton	Teste	Sem estresse	0	Episódio único	Evita encontrar com ela
	Pós-teste	Sem estresse	0		Evita encontrar com ela
	<i>Follow up</i>		0		Evita encontrar com ela
Vítor	Teste	Sem estresse	0	Episódio único	Vai à igreja
	Pós-teste	Sem estresse	0		Parou de beber e procura a igreja
	<i>Follow up</i>	Sem estresse	0		Parou de beber, não xinga mais, pois agora é batizado e fiel a Deus
Ricardo	Teste	Sem estresse	0	Episódio único	Fuma maconha. Tenta convencê-la a voltar.
	Pós-teste	Sem estresse	0		Tenta se explicar para ela Tenta convencê-la a voltar.
	<i>Follow up</i>	Sem estresse	0		É mais paciente e pensa antes de fazer as coisas
Nildo	Teste	Sem estresse	0	Episódios Múltiplos, mas não sabe a frequência	Cuida melhor dos filhos
	Pós-teste	Sem estresse	0		Evita contato com a ex-companheira
	<i>Follow up</i>	Sem estresse	0		Não tem nenhum tipo de contato com ela
Caio	Teste	Sem estresse	4	a cada 3 meses, mais ou menos	Sai de casa para não brigar
	Pós-teste	Resistência	0		Sai de casa, ignora
	<i>Follow up</i>				
Tiago	Teste	Exaustão, Agravamento	0	Episódio único	Evita discussões muda de assunto
	Pós-teste	Resistência	0		Evita discussões e concorda sempre com ela
	<i>Follow up</i>	Sem estresse	0		Está bebendo menos e está aprendendo a conversar com ela
James	Teste	Exaustão, Agravamento	5	1 vez a cada 3/4 meses	Tenta conversar com ela, instruindo o que é certo e o que é errado
	Pós-teste	Sem Estresse	0		Não atende as ligações dela
	<i>Follow up</i>				

4.5.1 Os níveis de estresse nas fases de teste, pós-teste e *follow up*

Três homens estavam estressados na fase de teste. Tiago e James – os mais severamente estressados - apresentaram melhora dos níveis de estresse na fase de pós-teste. Ian permaneceu com o mesmo diagnóstico. Metade do grupo não identificou sintomas de estresse em nenhuma das fases da pesquisa de que participaram. Nenhum homem apresentou estresse na fase de *follow up*.

Apenas dois homens mencionaram ter buscado ajuda especializada no período da pesquisa. Tiago relatou ter iniciado acompanhamento psicológico na fase de teste, tendo abandonado o tratamento tão logo percebeu as primeiras melhoras. Vítor, embora não tenha identificado sintomas de estresse, procurou aconselhamento religioso para casais e relatou que este acompanhamento teve bons resultados quanto a mudanças pessoais e relacionais alcançadas.

4.5.2 A relação entre a frequência dos episódios de violência conjugal e os níveis de estresse

Dos quatro homens que apresentaram estresse em algum momento da pesquisa, três - Ian, Caio e James - assumiram a ocorrência de múltiplos episódios de violência antes da realização da queixa policial. Ian foi o homem que mencionou maior frequência de violência em seu relacionamento. Segundo ele, as violências ocorriam quinzenalmente. James relatou episódios múltiplos de violência e teve a maior percepção de risco do seu grupo. Este homem apresentava estresse severo na fase de teste. Caio identificou sintomas de estresse somente na fase de pós-teste.

Dos quatro homens que relataram episódios únicos de violência, três – Ailton, Vítor e Ricardo – não identificaram sintomas de estresse em nenhuma das fases da pesquisa. Importa mencionar que, assim como ocorreu para o Grupo Intervenção de homens, o relato de episódios únicos de violência não parece coerente com a variedade e quantidade de violências, sofridas e praticadas, relatadas pelos participantes deste grupo.

4.5.3 A emissão de comportamentos violentos entre as fases da pesquisa

Ricardo foi o único homem que relatou ocorrência de novos episódios de violência no período compreendido pela pesquisa. A violência consistiu em agressões verbais mútuas por telefone, motivadas por ciúmes dele e pelo seu desejo de reconciliação, que não foi atendido pela ex-companheira. Nenhum outro homem mencionou ter praticado ou sofrido violência durante o período de tempo compreendido pela pesquisa.

4.5.4 *Mudanças quanto à avaliação de risco*

Apenas Ian, Caio e James, dentre os oito homens do Grupo Comparação, perceberam risco de reincidência da violência durante a pesquisa, sendo que o risco foi identificado apenas na fase de teste. Esses homens apresentaram estresse em pelo menos uma fase da pesquisa e assumiram a ocorrência de episódios múltiplos de violência no relacionamento. Nota-se que o maior risco percebido foi 5 e que o risco percebido por Ian foi quase nulo, a despeito do fato de ainda estar casado e de relatar a maior frequência de episódios de violência. James foi o que avaliou maior risco e apresentou quadro de severo estresse inicial. Dos homens que apresentaram estresse, Tiago foi único que não identificou risco de reincidência da violência em nenhuma fase da pesquisa.

4.5.5 *Estratégias de autoproteção*

Três homens - Ian, Ailton e Caio - não apresentaram mudanças quanto às estratégias de autoproteção/prevenção à violência entre as fases da pesquisa. Estes participantes e também Nildo relataram a utilização de estratégias evitativas durante toda a pesquisa, sem engajamento em mudanças de suas próprias características ou comportamentos. O discurso desses homens indicava completa responsabilização das companheiras/ex-companheiras pelos conflitos relacionais e pelas violências.

Ricardo e James mencionaram a estratégia de tentar melhorar a comunicação com a ex-companheira. Vítor e Tiago disseram ter adotado a estratégia de parar/diminuir o consumo de bebida alcoólica, por perceberem a relação entre uso abusivo de álcool e soluções violentas aos conflitos. É importante lembrar que estes últimos foram os únicos homens do Grupo Comparação a buscar acompanhamento profissional.

Vítor revelou que a busca de suporte religioso assumiu grande importância como prevenção à reincidência da violência.

James, Ailton e Nildo relataram o corte de contato com as ex-companheiras. No caso de James, o afastamento parece ter contribuído para a redução do estresse. Ricardo relatou estratégias de evitação passivas na fase de teste, sendo que nas outras fases houve uma alternância entre a busca de uma melhor comunicação com a ex-companheira (tentar se explicar, ter mais paciência, pensar antes de falar) e a tentativa

de convencê-la de reconciliação – inclusive utilizando violência verbal para isso. Essas estratégias pareciam mais ligadas ao desejo de reconciliação do que à autorresponsabilização.

4.5.6 *Breves reflexões sobre as relações entre os níveis de estresse, percepção de risco e estratégias de prevenção à violência*

- Nildo, Ricardo, Vítor e Ailton: sem estresse nas fases de que participaram

Nildo, Ricardo e Vítor participaram das três fases da pesquisa, enquanto que Ailton participou das fases de teste e pós-teste. Todos os homens deste subgrupo avaliaram como nulo o risco de ocorrência de novos episódios de violência. Mesmo Nildo, que assumiu a ocorrência de episódios múltiplos de violência, teve essa percepção.

Vítor nomeou a violência como tal e adotou estratégias ativas de prevenção às condutas agressivas em seu relacionamento. O fato de ter parado de beber reflete um nível de tomada de consciência acerca das consequências adversas do uso imoderado de bebida alcoólica, dentre elas o aumento da probabilidade de uso de soluções violentas para os conflitos relacionais. Na fase de *follow up*, mencionou maior capacidade de reconhecimento de seus erros e o impacto positivo dessa mudança no relacionamento.

Em contrapartida, os discursos de Ailton e Nildo indicam a percepção de que a violência teve relação com características das ex-companheiras. Esses participantes não expressaram qualquer necessidade de mudança de suas próprias posturas como prevenção às soluções violentas aos conflitos relacionais. Esse tipo de compreensão está relacionada a dificuldades de autorresponsabilização e amplia o risco de que a violência ocorra no relacionamento com as ex-companheiras ou em relacionamentos futuros (Aguiar, 2009; Guimarães, 2009).

No caso de Ricardo, as mudanças quanto às estratégias de prevenção à violência não pareceram relacionadas a uma reflexão sobre a dinâmica relacional violenta ou a um processo de autorresponsabilização, mas ao desejo de retomar a relação. Ricardo relatou não aceitação da separação e utilização de estratégias ambivalentes com o objetivo de retomar o relacionamento. Suas estratégias eram ora agressivas, acusatórias e coercitivas, ora conciliatórias e compreensivas. Ricardo assumiu a continuidade de agressões verbais mútuas no relacionamento com a ex-companheira, mas pareceu

naturalizar essas condutas. Este participante mostrou forte tendência a minimizar a gravidade e as consequências emocionais de sua situação. Deve-se pensar na ausência de estresse como um anestesiamiento (Ravazzola, 1997, 1998) e na ausência de risco percebido – em uma situação em que a violência continua a acontecer – como minimização/banalização das condutas violentas.

- Ian: estresse em um quadro de resistência nas duas fases da pesquisa de que participou (teste e pós-teste)

Ian manteve, nas duas fases da pesquisa, uma postura de resignação, impotência e vitimização. Embora tenha expressado sofrimento emocional diante de sua situação, não identificou sintomas de estresse em nenhuma das fases da pesquisa. Manteve um discurso de responsabilização exclusiva da companheira pelos conflitos relacionais, o que se reflete na não modificação das estratégias de prevenção à violência entre as fases da pesquisa. A dificuldade de autorresponsabilização e a continuidade dos mesmos conflitos relacionais são fatores de risco para a reincidência da violência.

- Caio: piora entre as fases de teste e pós-teste, passando de um quadro de ausência de estresse para um de quadro resistência.

Caio assumiu a ocorrência de episódios múltiplos de violência, percebeu a relação como instável e tensa e ainda estava casado durante a pesquisa. Mesmo diante disso, avaliou como reduzido/moderado o risco de ocorrência de novos episódios de violência na fase de teste e não percebeu risco na fase de pós-teste.

A postura de esquiva em relação aos conflitos, sem busca ativa por mudanças, foi uma constante durante as fases de teste e pós-teste. Essa estratégia tinha o objetivo de reduzir as tensões relacionais. Entretanto, os conflitos permaneceram inalterados na fase de pós-teste e não houve também redução dos níveis de estresse. Uma hipótese é a de que as estratégias evitativas não tenham sido eficazes na minoração das dificuldades conjugais, o que é corroborado pelo relato de continuidade da instabilidade relacional. O histórico de violência no relacionamento, a tensão relacional, a adoção de estratégias passivas de resolução de conflitos e a dificuldade de autorresponsabilização são fatores de risco para novas ocorrências de violência.

- Tiago e James: melhora entre as fases de teste e pós-teste. Apenas Tiago participou do *follow up* e obteve melhora progressiva entre as fases da pesquisa.

As estratégias de prevenção à violência adotadas por Tiago podem ser vistas como estratégias eminentemente passivas. Conquanto estivesse severamente estressado na fase de teste, tendo relatado diversas violências sofridas e praticadas, não percebeu risco de reincidência. Relatou uma mudança brusca no relacionamento, de uma percepção de altíssima tensão na fase de pós-teste para a percepção de que o casal estava vivendo uma segunda lua-de-mel na fase de *follow up*. Vale lembrar que este homem foi um dos que procurou ajuda psicológica, no início da pesquisa. Tão logo obteve melhoras, abandonou o tratamento.

No caso de James, as mudanças nas estratégias de prevenção à violência podem auxiliar na compreensão da redução do estresse. Na fase de teste, as estratégias estavam voltadas para a mudança da companheira e o risco percebido era moderado. Já na fase de pós-teste, o participante rompeu o contato com a ex-companheira, o que se fez acompanhar por ausência de estresse e de risco percebido.

Nos dois casos houve melhora bastante significativa sem a menção a mudanças de cunho pessoal. Embora ambos tenham mencionado preocupação com as consequências do processo judicial, não foi possível notar uma tendência a autorresponsabilização pelos conflitos relacionais e pela passagem pela Justiça. Este é um importante fator de risco para a ocorrência de novos episódios de violência, seja na mesma relação ou em relacionamentos futuros.

4.6 Homens em situação de violência: semelhanças e diferenças entre Grupo Intervenção e Grupo Comparação

Nenhum dos homens do Grupo Intervenção estava severamente estressado na fase de teste, enquanto que dois do Grupo Comparação apresentaram nesse momento sintomas compatíveis com quadros de exaustão. Com exceção de um homem do Grupo Comparação, todos os participantes inicialmente estressados, dos dois grupos, obtiveram melhoras entre as fases de teste e pós-teste.

Logo após as sessões de aplicação de TRE nenhum dos homens do Grupo Intervenção apresentou estresse, enquanto que três homens do Grupo Comparação identificaram sintomas suficientes para este diagnóstico na fase do pós-teste. Na fase de *follow up*, chama atenção, que dois homens do Grupo Intervenção tenham apresentado sintomas de estresse, o que não ocorreu com nenhum homem do grupo Comparação.

Quatro homens do Grupo Comparação mantiveram-se sem estresse durante as três fases da pesquisa, sendo que o mesmo aconteceu para apenas um homem do Grupo Intervenção.

A pequena quantidade de homens do Grupo Intervenção cujos dados puderam ser analisados certamente prejudicou a comparação. Ao que tudo indica, entretanto, o motivo para a não adesão dos homens às sessões de TRE não foi ausência de sintomas de estresse. Os dois homens que compareceram aos procedimentos de teste e não vieram a nenhuma sessão de TRE estavam estressados, sendo que um deles apresentava exaustão e outro assumiu a prática de violências muito graves e risco moderado de reincidência. Ademais, Marcos, que compareceu às sessões, mas não preencheu os Inventários de Estresse e os Questionários, relatou nas partilhas grupais intenso sofrimento. Diante disso, pode-se pensar que mesmo que os dados de todos os homens do grupo Intervenção tivessem sido analisados, este grupo se diferenciaria do grupo Comparação, em que quatro participantes não identificaram sintomas de estresse durante todas as fases da pesquisa.

Dos 12 homens que tiveram seus dados analisados para esta seção, apenas sete identificaram sintomas de estresse em algum momento da pesquisa. Cabe lembrar que destes sete, três eram do Grupo Intervenção - composto de apenas quatro homens. Dois homens desse grupo obtiveram melhora progressiva e consistente entre as fases da pesquisa. Os outros apresentaram piora na fase de *follow up*. No Grupo Comparação, dois homens - dentre os quatro que identificaram sintomas de estresse em algum momento - apresentaram melhora progressiva entre as fases da pesquisa, o que chama atenção diante da severidade do quadro de estresse inicial - ambos com quadro de exaustão - e da ausência de acompanhamento especializado.

A pouca confiabilidade dos dados quanto à frequência dos episódios de violência dificulta a comparação entre os dois grupos no que se refere à relação entre estresse e ocorrência/frequência da violência. Entretanto, essa relação parece mais clara no Grupo Comparação. Neste grupo, dos quatro homens que identificaram sintomas de estresse em algum momento da pesquisa, três relataram episódios múltiplos de violência em seu relacionamento. No Grupo Intervenção, apenas um homem assumiu a ocorrência de episódios múltiplos. Ele foi um dos homens que não identificou sintomas de estresse na fase inicial, mas os identificou na fase de *follow up*.

Um dado relevante diz respeito às diferenças entre os riscos de reincidência percebidos pelos homens de ambos os grupos. Pode-se notar que nenhum homem do Grupo Comparação percebeu risco de reincidência de violência nas fases de pós-teste e *follow up*. É relevante dizer que mesmo o único homem deste grupo que assumiu a prática de violência no período compreendido pela pesquisa avaliou como ausente o risco de ocorrência de novos episódios de violência. Já no Grupo Intervenção, um homem percebeu risco na fase de pós-teste e dois perceberam na fase de *follow up*. Estes dois homens foram os mais assíduos às práticas grupais de TRE e também os únicos que assumiram ter praticado violência durante a pesquisa, expressando a necessidade de autocuidado para que tal conduta seja evitada. Nesses casos, verifica-se uma coerência entre o risco percebido e a realidade.

A pequena amostra de homens impede qualquer afirmação categórica. Percebe-se, contudo, uma semelhança entre os homens e mulheres que participaram dos Grupos Intervenção: uma tendência a identificar mais sintomas de estresse e a perceber maior risco de reincidência da violência entre as fases da pesquisa. Proporcionalmente, pode-se dizer também que é maior, no Grupo Intervenção, a quantidade de homens que assumiu reincidência da violência durante a pesquisa. O que poderia nos auxiliar a compreender estes dados, agora para a amostra masculina?

É provável que a identificação dos sintomas de estresse por meio do preenchimento ao Inventário tenha sido, também para os homens, uma tarefa difícil. Estes são socialmente treinados, sob risco de questionamento de sua identidade masculina, a suprimir as manifestações de afeto e a negar dores, sofrimentos e vulnerabilidades. Como consequência, comumente utilizam racionalizações para se referir aos sentimentos e sensações, o que impede ou pelo menos dificulta o reconhecimento dos sinais corporais sintomáticos (Aguiar, 2009; Machin et al., 2011). Desta forma, pode-se compreender que os homens do Grupo Comparação, que não receberam qualquer auxílio para ampliação da autopercepção, tenham identificado menos sintomas de estresse ou mesmo ausência deles.

A hipótese da existência de uma relação entre dissociação e prática de atos violentos, defendida e estudada por Moskowitz (2004) e Flores e Ajnhorn (1997), pode auxiliar o entendimento desses dados. Isso porque, como já explicitado em relação às mulheres, os processos dissociativos dificultam a autopercepção corporal e também a avaliação realista das situações externas. Além disso, há evidências que esses processos

também reduzem em muito a capacidade de empatia, consideração afetiva e respeito ao espaço das outras pessoas. Nesse caso, devemos considerar que os condicionantes sociais, quanto às diferenças de gênero, favorecem formas diferentes de vivenciar a dissociação, por parte dos homens e das mulheres.

A teoria da dissociação aplicada às situações de violência postula que os sintomas dissociativos são especialmente preditores de comportamentos violentos. Argumenta-se que pessoas previamente traumatizadas – especialmente por terem presenciado ou sofrido violência na infância - apresentam maior probabilidade, na vida adulta, de sentirem-se ameaçadas e agredidas nas suas relações pessoais e de utilizarem de estratégias ineficientes de solução de conflitos, incluindo as condutas violentas. Nestes casos, a dissociação não apenas é uma das consequências das violências sofridas e presenciadas anteriormente, como é um fator que amplia a probabilidade de que a pessoa cometa também atos de violência. Estas pessoas, mais frequentemente que as outras, apresentariam processos dissociativos e emitiriam comportamentos violentos sob a influência deles (Flores & Ajnhorn, 1997; Moskowitz, 2004; Siegel & Forero, 2012).

Os estudos de Moskowitz (2004) o têm levado a constatar que o aumento de dissociação está associado ao aumento da presença e gravidade de condutas violentas em uma ampla variedade de populações, incluindo os perpetradores de violência doméstica. Além disso, o autor pontua que as pessoas violentas podem ser traumatizadas por sua própria violência, ampliando, assim, o nível de dissociação experimentada e o risco de novas condutas violentas.

Há uma preocupação justa de que os possíveis sintomas dissociativos de homens autores de violência sejam utilizados de forma a eximi-los da responsabilidade pelos seus atos e contribuam para sua tendência a minimizar e justificar a violência. Um dos motivos é que não apenas os sintomas dissociativos como as mais diversas dificuldades emocionais dos autores de violência podem ser parte de uma argumentação ou estratégia para anular ou reduzir as possíveis consequências relacionais, sociais e penais de sua prática.

A assunção leviana de uma correlação entre sintomas dissociativos e violência incorre no risco de patologização, individualização e justificação da violência conjugal. Na verdade, não se deve perder de vista que o fenômeno da violência conjugal é fortemente associado ao macro contexto sociocultural em que se dão as relações entre homens e mulheres. Atitudes e crenças sociais fundamentam a violência doméstica

contra a mulher e, em sua maioria, os homens violentos não são doentes mentais (Day et al., 2003; Flores & Ajnhorn, 1997).

Moskowitz (2004) e Flores e Ajnhorn (1997), embora atentos a esses riscos, chamam a atenção para a possibilidade de que a minimização e negação da prática de violência conjugal, presentes entre os homens da amostra e tão referenciadas na literatura sobre o tema, sejam mais um sinal de dissociação. Esta faria parte da experiência subjetiva tanto de quem sofre quanto também de quem pratica a violência. Seria necessário distinguir entre uma situação de manipulação consciente das informações para apresentar uma imagem socialmente desejável e/ou para lidar com a vergonha e a situação em que os homens de fato acreditam na sua versão dos fatos (Gracia & Herrero, 2012).

Assumir que há um componente de dissociação nos atos violentos não deve resultar em naturalização da violência nem exclusão dos fatores relacionais e sociais a ela relacionados. As diferenças de gênero devem ser seriamente consideradas neste contexto, uma vez que não apenas justificam erroneamente os atos de violência quanto reforçam a dissociação masculina frente a seus próprios afetos. A consideração de que muitos dos homens autores de violência experenciam algum nível de dissociação não deve, assim, dirimir responsabilidade e autoria da violência. Diante disso, as medidas de responsabilização e coibição da violência deveriam se fazer acompanhar por propostas interventivas que favorecessem a autoconexão e autorreflexão.

Essas informações parecem úteis à compreensão dos dados encontrados nesta pesquisa. A dificuldade de autorresponsabilização, a tendência à banalização da violência e a inabilidade/indisponibilidade para o reconhecimento de sofrimento emocional foram características presentes inicialmente nos dois grupos de participantes masculinos. O tempo transcorrido entre as fases da pesquisa também foi o mesmo para os homens de ambos os grupos. Diante disso, pode-se pensar que a menor identificação de sintomas de estresse e de risco de reincidência da violência no Grupo Comparação, ao longo da pesquisa, possivelmente reflete maior minimização/negação da violência e de suas consequências emocionais, ou seja, reflete um maior nível de anestesia emocional/dissociação.

A hipótese de que os homens do Grupo Comparação não tenham percebido o contexto de pesquisa como um espaço de cuidado e, por isso, tenham se mantido defensivos, deve ser considerada. Por outro lado, é possível também que, na ausência de

uma intervenção que auxiliasse na autopercepção e dissolução de componentes dissociativos e anestésias, esses homens de fato tenham apresentado menor capacidade de avaliação realista da sua própria situação.

A sequência de Exercícios de TRE atua, segundo seu criador (Berceli, 2008) não apenas produzindo relaxamento e alívio de estresse, mas também dissolvendo congelamento físico/emocional e ampliando autoconsciência corporal. Essa informação é congruente com os achados da pesquisa em relação ao grupo Intervenção. Os dados obtidos indicam que a participação nas sessões de aplicação de TRE, pelos participantes deste grupo, contribuiu para a dissolução de algumas das defesas e para um autodiagnóstico, em termos de risco e estresse, mais preciso.

A hipótese de que a aplicação da técnica tenha tido efeitos adversos não está alinhada com as verbalizações feitas pelos homens nas partilhas grupais e nem com o fato de que nenhum dos homens apresentou estresse logo após as sessões de aplicação de TRE. Além disso, o homem que relatou prática regular da técnica no pós-teste manteve a melhora obtida. Nos dois casos em que houve piora do estresse, esta ocorreu entre as fases de pós-teste e *follow up*, na presença de grande tensão relacional e ausência de prática continuada. Nessa situação, a percepção de sintomas de estresse e de risco é esperada e pode ser considerada como um fator de proteção, visto que é parte do processo de autorresponsabilização e amplia a disposição para a tomada de medidas de prevenção à violência.

As diferenças entre os Grupos Intervenção e Comparação no que se refere às estratégias de prevenção à violência são marcantes e congruentes com as considerações acima realizadas. No grupo Comparação, três homens não apresentaram qualquer mudança quanto às estratégias de prevenção à violência adotadas durante toda a pesquisa. Estratégias ativas e de mudança das próprias condutas tais como parar de beber e buscar aconselhamento religioso foram mencionadas por apenas dois homens do Grupo Comparação, sendo que estes foram os únicos do grupo a buscar acompanhamento especializado. Com exceção deles, todos os outros homens do grupo evidenciaram, em seus discursos, ausência de autorresponsabilização e atribuição dos conflitos a questões relacionais e características das companheiras/ex-companheiras.

Os homens do Grupo Intervenção, em contrapartida, relataram a adoção de práticas ativas de prevenção à violência. Nenhum homem atribuiu, durante toda a pesquisa, a responsabilidade pelos conflitos e pela violência exclusivamente às

companheiras/ex-companheiras. Este fato está refletido na adoção de estratégias focadas na relação e na mudança pessoal, nas fases de pós-teste e de *follow up*. Um dos participantes mencionou a interrupção da violência sexual e a consequência positiva disso para o relacionamento. A prática de TRE foi vista como uma ferramenta de alívio da tensão pessoal e relacional por três dos quatro homens deste grupo, servindo também à prevenção da violência.

A permanência da tendência à de minimização/negação, das anestésias e das dificuldades de reconhecimento dos próprios sinais de sofrimento não deve ser descartada. Não é possível afirmar que as mudanças são completas e definitivas. Depreende-se dos resultados da pesquisa, entretanto, que a participação nas sessões de TRE trouxe benefícios aos homens participantes do Grupo Intervenção, no sentido de ampliar a autoconsciência corporal, promover a redução de anestésias e a autorresponsabilização e favorecer uma avaliação do risco mais condizente com a dinâmica da relação. Esses benefícios estiveram relacionados à adoção de medidas ativas de prevenção à ocorrência de novos episódios de violência. É interessante salientar que as mudanças ocorreram sem que a pesquisadora e a equipe de apoio realizassem qualquer intervenção verbal com esta intenção. Por fim, a manutenção e ampliação destes benefícios parece relacionada à regularidade da prática de TRE, o que é esperado para qualquer prática de autocuidado.

5. Ser homem e Ser mulher: faz diferença?

A participação nos Grupos Intervenção gerou benefícios para homens e mulheres. Os resultados da pesquisa revelaram redução dos níveis de estresse logo após a aplicação das sessões de TRE para quase todas/os as/os participantes. Concomitantemente, há indícios de que as pessoas que receberam a intervenção ampliaram sua capacidade de percepção de sinais corporais de estresse e fizeram uma avaliação mais acurada dos riscos de reincidência da violência e da tensão relacional. Conseqüentemente, as estratégias adotadas, como forma de prevenção a novos episódios de violência, foram mais ativas e implicaram mudanças de postura pessoal.

Mulheres e homens que participaram dos Grupos Comparação obtiveram melhoras progressivas quanto aos níveis de estresse entre as fases da pesquisa. Essa melhora ocorreu sem a busca de qualquer auxílio profissional. É preocupante, entretanto, que as estratégias de autoproteção e/ou prevenção à violência não tenham se

modificado ao longo das etapas da pesquisa. As reflexões já realizadas indicam que, nesses grupos, as anestésias emocionais estiveram presentes de forma mais contundente, o que parece ter dificultado tanto a avaliação dos riscos e sinais de estresse quanto a adoção de estratégias ativas de prevenção a novos episódios de violência.

A comparação entre homens e mulheres, tanto dos Grupos Intervenção quanto dos Grupos Comparação, indica que a despeito das semelhanças acima apontadas, as experiências subjetivas de homens e mulheres em situação de violência, são bastante distintas. As diferenças foram constatadas tanto entre as/os participantes que receberam a técnica quanto nos que não participaram das sessões de aplicação de TRE. Esta seção tem como objetivo discutir as diferenças de gênero em relação aos níveis de estresse, percepções de risco, estratégias de prevenção e, no caso dos Grupos Intervenção, respostas à aplicação da técnica TRE.

5.1 Grupos Intervenção: quais foram as semelhanças e diferenças entre as experiências de homens e mulheres?

Uma primeira diferença entre os Grupos Intervenção diz respeito à adesão às sessões de aplicação de TRE. A severidade e a evolução dos níveis de estresse, bem como as percepções de risco também foram distintas para os dois grupos. As estratégias de prevenção a novos episódios de violência, embora semelhantes quanto à implicação pessoal e proatividade, diferiram quanto à forma.

Das oito mulheres que participaram da coleta dos dados na fase de teste, apenas uma não compareceu a nenhuma sessão de TRE. A frequência às sessões no grupo de mulheres variou entre duas e cinco presenças. Duas participantes compareceram a duas sessões, sendo que uma delas não participou da coleta na fase de pós-teste e por isso seus dados não foram analisados. Duas mulheres participaram de três sessões, duas participaram de quatro sessões e uma compareceu a todas as sessões de TRE. Das cinco mulheres que participaram da fase de *follow up*, duas prosseguiram praticando TRE entre as duas últimas fases da pesquisa, com regularidade pelo menos semanal, e obtiveram melhores resultados quanto à redução do estresse.

A adesão, por parte dos homens, foi menor. Dos oito homens que compareceram ao encontro inicial, dois não compareceram a nenhuma sessão. Dois homens compareceram a duas sessões, mas não preencheram os questionários e o inventário de

sintomas de estresse. Os dados destes participantes não foram analisados. Dos quatro homens que participaram dos procedimentos de coleta nas fases de teste e pós-teste, nenhum compareceu a todas as sessões de aplicação da técnica. Um compareceu a apenas duas sessões, um compareceu a três sessões e dois compareceram a quatro sessões. Chama atenção que três dos quatro homens tenham relatado prosseguimento da prática de TRE entre pós-teste e *follow up*.

Observou-se, ao longo da pesquisa, maior identificação de sintomas de estresse pelos participantes - do sexo masculino e feminino - que receberam a intervenção. Tanto os homens quanto as mulheres que identificaram sintomas de estresse na fase de teste apresentaram melhora no pós-teste. Apenas uma mulher apresentou piora entre essas duas fases, segundo ela em virtude de situação de alto risco percebida. Deve-se atentar, contudo para a diferença entre os grupos em relação à severidade e evolução dos quadros de estresse.

Todas as mulheres identificaram sintomas de estresse, com tendência a agravamento, na primeira fase da pesquisa. Três delas apresentaram um quadro de quase-exaustão nesse momento, sendo que duas voltaram a se sentir severamente estressadas em uma das fases posteriores. Todas elas apresentam estresse em pelo menos duas etapas da pesquisa. Apenas a mulher, a mais assídua às sessões de TRE, não obteve diagnóstico de estresse logo após as sessões de aplicação de TRE e somente duas mulheres não apresentaram estresse na fase de *follow up*.

Dois homens identificaram sintomas de estresse na fase de teste, sendo que eram quadros de resistência e sem tendência a agravamento. Apenas um homem obteve diagnóstico de estresse severo (exaustão) ao longo de toda a pesquisa. Este foi também o único homem a apresentar estresse em mais de uma fase da pesquisa. Nenhum homem estava estressado na fase de pós-teste, logo após as sessões de TRE. Dois homens apresentaram quadro de estresse na fase de *follow up*.

Houve aumento de percepção de risco de ocorrência de novas situações de violência tanto para as mulheres quanto para os homens que participaram das sessões de aplicação de TRE. Há, contudo, uma diferença em termos de intensidade do risco percebido. O maior risco percebido pelos homens foi 5 (risco moderado), enquanto que quatro das setemulheres avaliaram, em pelo menos uma fase da pesquisa, como alto o risco de reincidência da violência. Uma das mulheres, que continuava sendo pressionada e verbalmente agredida pelo ex-companheiro mesmo após dois anos da

separação, percebeu altíssimo risco de reincidência, ou seja, risco 10. É importante mencionar que a ampliação do risco percebido ocorreu apenas para os homens mais assíduos às sessões de TRE, visto que os outros mantiveram a avaliação de ausência de risco. Nenhuma mulher percebeu ausência de risco em todas as fases da pesquisa.

Existem algumas explicações para estas diferenças e elas não são excludentes. Em primeiro lugar, o reconhecimento da necessidade da intervenção se mostrou bastante distinto para homens e mulheres. Apenas dois homens, que inclusive não compareceram a nenhuma sessão de TRE, verbalizaram no encontro inicial a presença de sofrimento e a necessidade de um espaço de cuidado para um melhor enfrentamento de suas dificuldades relacionais. A maioria das mulheres, em contrapartida, expressou já nesse momento suas percepções sobre a vulnerabilidade emocional em que se encontrava e sobre a necessidade de auxílio para lidar com a situação. As distintas percepções acerca das consequências emocionais da situação violenta e das demandas de suporte podem ter influenciado a adesão ao grupo.

Os impactos emocionais por ser fazer parte de dinâmicas relacionais violentas são, em geral, diferenciados para homens e mulheres (Fortin et al., 2012). Todos os homens do Grupo Intervenção relataram ter praticado e sofrido violência. Contudo, conforme informações das Tabelas 2, 3, 4 e 5, essas violências atingiram as mulheres com maior frequência, gravidade e risco à vida. Pode-se esperar, então, que elas de fato apresentem mais sintomas de estresse e de traumatização, que percebam mais alto risco de reincidência e que estejam mais propensas a procurar ajuda para lidar com sua situação.

Mulheres em situação de violência conjugal, especialmente nos casos mais graves, costumam ter dificuldade de buscar ajuda (Fortin et al, 2012). Geralmente vivem isoladas e controladas pelos parceiros, ou seja, sem rede social de apoio ou com rede precária. A exposição a múltiplas formas de violência de forma constante causa muitas vezes o que é chamado na literatura de estado de anestesia (Ravazolla, 1997, 1998) ou sentimento de impotência (Walker, 2009). Nesse contexto, mulheres podem avaliar que as possibilidades de ajuda são inexistentes e/ou ineficazes, o que as torna retraídas e contribui para a perpetuação do seu isolamento. Uma vez inseridas em programas de atendimento, elas podem então perceber a presença e necessidade de suporte, bem como dimensionar de forma mais apropriada a gravidade de sua situação.

As mulheres participantes da pesquisa não buscaram por conta própria um atendimento especializado que as auxiliasse a lidar com as consequências deletérias da violência. Mas, tendo sido convidadas a participar da pesquisa, tiveram uma boa adesão e puderam reconhecer de forma mais acurada a gravidade da situação e os riscos envolvidos. Trouxeram mais verbalizações que os homens sobre dores emocionais, sinais de traumatização e estereótipos de gênero. Este fato reforça o que diz a literatura (Berçeli, 2010; Guimarães, 2009; Medeiros, 2010; Ravazzola, 1997, 1998) sobre a necessidade de intervenção externa nos casos de violência doméstica, já que as próprias vítimas muitas não percebem a existência, viabilidade e necessidade de alternativas de autocuidado e autoproteção. Pode-se ainda dizer que se por um lado as anestésias emocionais das mulheres dificultam e/ou retardam a busca por intervenção, por outro, a permissão social recebida para expressarem-se emocionalmente favorece o trabalho de dissolução deste amortecimento.

Os homens autores de violência conjugal, por sua vez, tendem a negar a sua responsabilidade pelos atos violentos e a minimizar a gravidade da situação (Aguiar, 2009, Pondaag, 2009). Costumam também negar preocupação com a situação de violência e mesmo com as possíveis consequências legais do processo judicial. Ademais, buscam apresentar-se de forma altamente desejável socialmente, expressando uma autoimagem positiva e virtuosa (Enrique Gracia & Herrero, 2012). Nesse sentido, assumir sofrimento, risco e preocupação é de alguma forma assumir a ocorrência da violência em sua intensidade e gravidade. Significa ainda mostrar-se afetado e também responsável pelo uso de estratégias violentas para solucionar os conflitos relacionais. Estar nesse lugar de vulnerabilidade é comumente percebido como ameaçador pelos homens autores de violência.

A menor percepção de estresse pelos homens pode ser ainda um indício de anestesia e de amortecimento emocional (Ravazzola, 1997, 1998). A adesão rígida aos papéis e estereótipos de gênero também afeta e dificulta esse tipo de percepção. Por receberem pouco treino, os homens têm geralmente menores habilidades de comunicação e expressão emocional assertivas. Eles, em geral, apresentam maior dificuldade de perceber-se corporal e emocionalmente e também de compartilhar percepções, sentimentos e vulnerabilidades. Em comparação às mulheres, que comumente buscam conversar sobre o que vivem, eles tendem a se isolar diante do estresse. Procuram assistência médica, cuidados e apoio com menor frequência, vez que

tal busca é associada a características próprias do universo feminino e desmereceria uma subjetividade socialmente treinada para ser forte, assistir e prover. Tal concepção de masculinidade acarreta a minoração de práticas de autocuidado e a elevação da vulnerabilidade a situações de risco à saúde física e mental (Aguiar, 2009; Gallo, 2006; Gomes, Nascimento & Araújo, 2007; Machin et al, 2011; OPAS, OMS & ONU, 2001).

Assumir fragilidades frequentemente implica dissonância em relação ao que se espera socialmente de um homem e perceber estresse e sofrimento é, em última instância, perceber-se afetado. Diante disso, é possível que a naturalização de um lugar masculino invulnerável, insensível, forte, dominador e de autoridade na família tenha contribuído para menor percepção de sintomas de estresse e de risco e também para a menor adesão ao Grupo Intervenção. Esses fatores, em última instância, aumentam o risco de novos episódios de violência, uma vez que impedem ao homem o reconhecimento da inadequação das formas comunicacionais adotadas e de sua responsabilidade nessa dinâmica.

Mesmo que os danos e riscos experienciados pelas mulheres expostas a violência conjugal sejam maiores que os experimentados pelos homens, as soluções violentas aos conflitos conjugais impõem sofrimento a todos os envolvidos. Pode-se supor também que, diante da violência, é pouco provável que tanto homens quanto mulheres estejam em estado de relaxamento e total ausência de estresse. Nesse sentido, a não percepção do próprio desconforto indica uma desconexão com o próprio corpo e emoções e pode implicar menor sensibilidade também em relação às necessidades e sofrimento da parceira/ex-parceira.

A despeito dessas diferenças, houve para as/os participantes dos Grupos Intervenção, uma dissolução – ainda que parcial - das anestésias. Uma consequência disso foi que tanto homens quanto mulheres relataram estratégias de prevenção à violência ativas e que envolviam uma mudança pessoal. Essas passaram a incluir, na maior parte dos casos, posicionamentos mais ativos e não mais posturas predominantemente passivas – no caso das mulheres – ou de responsabilização exclusiva da companheira/ex-companheira – no caso dos homens. Apenas uma/um participante de cada grupo não relatou mudanças expressivas quanto às estratégias de prevenção à violência.

É interessante perceber que o discurso das mulheres, sobre suas estratégias de prevenção à violência nas fases de pós-teste e *follow up*, aponta para a busca de

autonomia, imposição de limites e preservação do espaço de segurança. Já as estratégias dos homens estiveram associadas, na maioria dos casos, a melhora da comunicação, adoção de postura mais paciente e compreensiva, atendimento às necessidades da mulher. As novas condutas estiveram voltadas para cuidado com a relação, o que reflete o desejo de muitos desses homens de permanecer com a parceira. Essas mudanças podem apontar para uma “correção”, mesmo que incipiente, dos estereótipos de gênero rigidamente definidos. Este é um dos objetivos da maior parte dos programas de atendimento a pessoas em situação de violência, dado seu potencial valor preventivo.

5.1 Grupos Comparação: quais foram as semelhanças e diferenças entre as experiências de homens e mulheres?

As diferenças em termos de severidade do estresse puderam ser também notadas nos Grupos Comparação. Quatro das seis mulheres apresentaram quadros de estresse severos na fase de teste. O mesmo ocorreu para apenas dois homens. Quatro homens mantiveram-se sem estresse nas três fases da pesquisa, o que ocorreu com apenas uma mulher. Uma semelhança entre os homens e mulheres refere-se ao fato de que nenhum/a participante obteve diagnóstico de estresse na fase de *follow up*

Pode-se notar, nos dois grupos, uma relação entre frequência relatada dos episódios de violência e **presença** de sintomas de estresse. No grupo de mulheres, houve clara relação entre **severidade** do estresse, frequência dos episódios violentos e avaliação de risco. Essa relação não se revelou claramente no grupo de homens, com exceção de um participante. Somente duas mulheres perceberam alto risco de reincidência da violência durante toda a pesquisa. Em compensação, todas elas perceberam algum risco em pelo menos uma fase da pesquisa. Já no grupo de homens apenas três perceberam presença de risco durante a pesquisa, sendo que o maior risco percebido foi 5, que implica um risco moderado.

Chama atenção, nos dois grupos, a presença de quadros severos de estresse na fase inicial, com significativa remissão dos sintomas nas fases seguintes. Outro dado intrigante refere-se ao fato de que, com exceção de dois homens e uma mulher, que buscaram atendimento especializado, as estratégias de prevenção à violência adotadas pelos homens e mulheres que não receberam a técnica permaneceram passivas – no caso das mulheres – e predominantemente evitativas e marcadas pela ausência de

autorresponsabilização - no caso dos homens. Essa situação é um importante fator de risco para a manutenção e agravamento da violência (Soares, 2005).

Uma hipótese explicativa seria a de que a simples passagem do tempo teria surtido o efeito de melhora dos níveis de estresse. Nesses grupos, entretanto, mais da metade das/os participantes relataram episódios múltiplos de violência. Diante disso, a possibilidade de melhora espontânea, conforme discutido em seções anteriores, é pouco congruente com a seriedade das possíveis implicações das dinâmicas relacionais violentas.

É preciso reconhecer que em alguns casos a simples passagem pela Justiça tem forte impacto sobre a dinâmica relacional violenta. Isso acontece, especialmente, nos casos de episódio único de violência. Esse efeito se deve tanto às medidas protetivas previstas pela Lei 11.340/06, quanto ao poder coibitivo do Estado. Quando o relacionamento amoroso tem continuidade, é comum que haja promessas e mesmo intenção sincera de realização de mudanças na dinâmica relacional. A experiência e a produção científica na área (Angelim, 2009; Guimarães, 2009; Medeiros, 2010; Pondaag, 2009; Walker, 2009) mostram que as mudanças são temporárias quando não há reflexões que conduzam à ampliação da consciência acerca dinâmica violenta e à autorresponsabilização.

A interrupção da situação de violência conjugal exige a dissolução das cegueiras e anestésias de todos/as os/as envolvidos/as: homens, mulheres e sociedade (Ravazzola, 1997, 1998). A assunção de responsabilidade pelos atos violentos, pela autoproteção e imposição de limites e pela ampliação da rede social de apoio é o que permite a percepção e transformação dessa realidade. É possível pensar que esta ampliação de consciência fica prejudicada se os próprios efeitos deletérios da violência não estão acessíveis ao campo de percepção das/os envolvidas/os ou são, intencionalmente ou não, negados e minimizados.

Não houve relatos, pelos/as participantes dos Grupos Comparação, de mudanças contextuais que auxiliassem na compreensão da sensível redução dos sintomas de estresse e dos riscos percebidos, sem que houvesse oportunidades de cuidado e reflexão. Nenhum/a participante relatou mudança de situação conjugal durante a pesquisa. As mulheres e homens dos Grupos Comparação participaram de um único atendimento de avaliação pela equipe psicossocial do SERAV, o que também aconteceu com as/os participantes dos Grupos Intervenção. Todas/os participantes da pesquisa passaram,

segundo informações prestadas, por procedimentos semelhantes no sistema de Justiça. Apenas três pessoas, dois homens e uma mulher, procuraram atendimento especializado junto à rede de atendimento a situações de violência.

Todos esses fatos minimizam a possibilidade de erro da hipótese de que foram maiores, nos grupos que não receberam intervenção, as anestésias emocionais e a minimização/negação da violência e suas consequências deletérias e dos riscos envolvidos. Uma possível consequência disso foi a menor implicação pessoal no processo de mudança e de ruptura da violência. Assim, foi possível identificar nesses grupos mais fatores de risco de reincidência e agravamento das condutas violentas, no mesmo relacionamento ou em relacionamentos futuros.

5.2 Corpo, gênero e estratégias de enfrentamento à violência

Os resultados desta pesquisa evidenciaram uma clara relação entre as categorias gênero, estresse e violência. As possíveis relações entre os processos de minimização, negação, e anestesia/dissociação e a violência, sofrida e praticada, foram também explicitadas por diversas vezes nas discussões dos resultados da pesquisa. O entorpecimento emocional, presente tanto nas mulheres quanto nos homens em situação de violência, parece dificultar ou mesmo impedir a autopercepção corporal, a avaliação realista da gravidade e risco da situação, o reconhecimento de seu impacto na saúde física e mental e a tomada de medidas para a interrupção da violência.

Nesse sentido, cabem as seguintes perguntas: que formas de anestesia são culturalmente permitidas às mulheres e aos homens? Há diferenças? O que as explicaria?

As anestésias emocionais afetam e são construídas pelos três atores envolvidos no processo de construção das relações conjugais violentas: homens, mulheres e sociedade – contexto social reforçador e testemunhas da violência. Cada um destes atores, a partir de suas crenças e formas de sentir e agir, contribui para a manutenção dessa forma relacional inadequada. As anestésias das mulheres e dos homens são complementares e juntas servem à construção, repetição, manutenção e justificação da violência (Guimarães, 2009; Ravazzola, 1997, 1998).

Os resultados desta pesquisa nos permitem pensar que o fenômeno da anestesia/dissociação ocorre de maneiras distintas para homens e mulheres, sendo mediado pelos próprios processos culturais de diferenciação entre os sexos. O treinamento social oferecido às mulheres e aos homens é paradoxal, alimenta as desigualdades e também a violência de gênero. Como nenhuma experiência individual, relacional, cultural e mesmo espiritual ocorre independentemente do corpo e de seus processos autorregulatórios, é de se esperar que a forma como fomos e somos socializados interfira nas capacidades adaptativas, defensivas e restaurativas do organismo. Pode-se supor a existência, assim, de uma estreita interação entre corpo e cultura.

A socialização das mulheres, por um lado, reforça o lugar de submissão e cuidado com os outros e as inibe a tomar providências assertivas de autoproteção rumo a uma vida livre de violência e à garantia de seus direitos. Por outro lado, a elas é permitida maior expressão de desconforto e sofrimento físico e emocional (Guimarães, 2009; Medeiros, 2010; Ravazzola, 1997, 1998). Os processos de traumatização e as duplas mensagens culturais dificultam a ruptura ativa com a violência e amplificam o estado de imobilidade e vulnerabilidade. Pode-se inclusive pensar que falar sobre o sofrimento é uma medida de alívio paliativa, caso não esteja acompanhada de intervenções – corporais e/ou verbais e também de mudança social - que de fato auxiliem na redução das anestésias e na adoção de estratégias ativas de autoproteção.

Aos homens, de maneira geral, é conferido o direito às expressões agressivas e impositivas de opiniões, por meio das quais seu poder de mando e de controle é culturalmente naturalizado. Em compensação, a rígida adesão aos papéis de gênero a eles atribuídos tem efeito fortemente limitador e estressor. As tonalidades emocionais sensíveis e vulneráveis estão frequentemente impedidas, o que é um obstáculo aos processos de compaixão e empatia.

Esse amortecimento emocional dos homens pode estar associado à dificuldade de acessar e reconhecer emoções e necessidades, tanto suas quanto das mulheres. Reflexos disso estão comumente presentes na falta de autopercepção e de autocuidado e também na adoção de comportamentos violentos, controladores e coisificadores em relação às parceiras/ex-parceiras (Aguiar, 2009; Guimarães, 2009; Ravazzola, 1997, 1998). Diante disso, pode-se pensar que o planejamento de intervenções junto aos homens autores de violência deve incluir tanto a responsabilização pela violência

praticada – inclusive penal -, quanto oportunizar o contato com a vulnerabilidade e com as consequências deletérias da violência para todas as pessoas envolvidas.

Os processos de anestesia/dissociação vivenciados pelas pessoas em situação de violência conjugal não são processos patológicos individuais, mas criados e mantidos socialmente. A construção social das feminilidades, das masculinidades e das dinâmicas relacionais, a partir da cristalização de papéis e expectativas para homens e mulheres não pode ser ignorada. Vizinhos/as, amigos/as, familiares, líderes religiosos/as e profissionais - que teriam melhores condições para perceber, atuar e auxiliar na dissolução dessas anestésias - são também parte de um contexto social que cria, nega, minimiza, justifica e mantém a violência (Ravazzola, 1997, 1998).

A interrupção da violência exige, assim, a identificação e dissolução de anestésias que impedem às mulheres, aos homens e a toda a sociedade o direito de desfrutar de uma vida sem violência. A intervenção estatal – por meio das legislações, do olhar da Justiça e da elaboração de programas de atendimento e políticas públicas - e a atuação de profissionais de cuidado são fundamentais para a reversão deste quadro. O delineamento, avaliação e aprimoramento de intervenções que auxiliem este descongelamento têm também importância e necessidade inquestionáveis. A aplicação e avaliação da técnica TRE, neste trabalho, atenderam a essa demanda social.

6. Reflexão sobre o uso da Técnica TRE na intervenção em casos de violência conjugal

A técnica *Exercícios para Liberação da Tensão e do Trauma* (TRE) mostrou-se adequada e eficaz como ferramenta interventiva nos casos de violência contra a mulher. Os homens e as mulheres que receberam a intervenção demonstraram maior acuidade na avaliação dos riscos e relataram estratégias ativas de prevenção à violência. Os resultados da pesquisa revelaram, assim, que a adoção de medidas efetivas de interrupção da violência foi facilitada pelos efeitos - de redução dos níveis de estresse, dos sinais de traumatização e de dissociação/anestesia – obtidos por meio da aplicação da técnica.

Os efeitos foram mais claros nos casos de maior adesão às sessões de TRE. Homens e mulheres que compareceram a menos de três sessões não apresentaram mudanças - ou as apresentaram de maneira menos clara - quanto à avaliação de risco e

estratégias de prevenção à violência. Essas pessoas apresentaram um quadro inicial de ausência de estresse ou estresse menos severo, o que pode ter gerado a percepção de uma menor necessidade de suporte e a menor adesão ao grupo. Dificuldades com os horários de trabalho e com o transporte, problemas de saúde e as próprias dificuldades relacionais foram motivos também apontados para a menor frequência às sessões. É necessário, portanto, que as/os facilitadoras/es de TRE atentem para os fatores – pessoais, relacionais e estruturais – que afetam a frequência às sessões e possam trabalhar no sentido de incentivar e favorecer a assiduidade.

As mulheres que apresentaram quadros de estresse menos severos na fase de teste, obtiveram melhoras progressivas e consistentes durante a pesquisa. Este resultado não foi o mesmo para as participantes com estresse inicial severo. É importante mencionar, entretanto, que mesmo nestes casos, mantiveram-se as estratégias ativas de autoproteção e prevenção a novos episódios de violência.

Uma das mulheres com quadro inicial de estresse severo e que apresentou piora na fase de pós-teste, obteve remissão dos sintomas de estresse na fase de *follow up*. A sensível melhora provavelmente se relacionou à continuidade da prática regular de TRE, ao completo distanciamento do ex-companheiro e ao empoderamento pessoal relatado e traduzido pela retomada de projetos de vida e pela adoção de estratégias ativas de autoproteção. Duas outras mulheres, também severamente estressadas na fase inicial da pesquisa, obtiveram significativa melhora dos níveis de estresse logo após as sessões de TRE, mas pioraram na fase de *follow up*. Estas participantes continuaram casadas e ainda experimentavam, naquele momento da pesquisa, grande tensão relacional. Além disso, uma delas relatou prática irregular e muito espaçada de TRE, enquanto que a outra disse não ter feito os exercícios após a finalização das sessões em grupo.

Os dois homens mais assíduos às sessões de TRE expressaram o desejo de que fosse maior a quantidade de encontros. Foram eles os que mais avançaram em termos de autorresponsabilização e avaliação realista dos riscos envolvidos em sua situação. Por outro lado, até mesmo em virtude desse processo de redução das anestesias, percebiam que ainda lhes faltavam os recursos necessários à própria autorregulação e à consolidação de formas não violentas de resolução de seus conflitos conjugais.

Cinco mulheres participaram da fase de *follow up*. Três delas relataram continuidade da prática de TRE após as sessões de aplicação grupal da técnica, sendo que apenas duas afirmaram práticas regulares (diária e semanalmente). As duas

mulheres que não prosseguiram com a prática mencionaram dificuldade de lembrar a sequência de exercícios. Quanto aos homens, obteve-se a informação de que, embora três tenham prosseguido com a prática de TRE, esta ocorreu de maneira regular (quinzenalmente) em apenas um dos casos.

A continuidade de prática regular de TRE mostrou-se fundamental para manutenção, consolidação e ampliação dos benefícios da técnica para todos os casos. A adoção de uma prática cotidiana de manejo do estresse é um desafio para as pessoas em geral e, especialmente, para as pessoas em situação de violência conjugal. Isso porque, atendendo rigidamente aos estereótipos de gênero socialmente impostos e anestesiados/as diante da própria situação violenta, homens e mulheres comumente apresentam dificuldade de priorizar o autocuidado.

Os dados obtidos nos levaram a constatar que, nos casos de estresse inicial severo, a quantidade de sessões aplicadas deve ser maior que a utilizada pela pesquisadora, a fim de que se obtenham resultados mais consistentes. Esse fato indica a importância da avaliação prévia dos níveis de estresse, da percepção de risco e das estratégias de enfrentamento às situações de violência, afim de que se planeje e avalie a efetividade da intervenção em cada caso. Uma avaliação preliminar das pessoas a quem se aplica a técnica é importante também para identificação de condições de saúde física e mental que poderiam contraindicar a prática de TRE. Salienta-se que este é um relevante tema para pesquisas futuras, sobre o qual não foram encontrados estudos publicados.

Diante da importância da continuidade da prática de TRE para ampliação e permanência de seus efeitos, é necessário pensar em estratégias que contribuam para a assimilação e manutenção da sequência de exercícios. A adesão a grupos regulares de aplicação de TRE provavelmente facilitaria aos homens e às mulheres a inclusão da técnica à rotina de autocuidado. O pertencimento grupal costuma ser um agente motivador importante para a consolidação e manutenção dos efeitos de uma intervenção. Além disso, deve-se considerar que as sessões em grupo têm importante potencial terapêutico, visto que oportunizam trocas sociais, ampliação da rede de apoio e elaboração, por meio das rodas de partilha, das experiências vividas.

Quanto à reincidência de violência, não houve clara distinção entre os Grupos Comparação e Intervenção de Mulheres. Apenas uma mulher, do Grupo Intervenção, mencionou a ocorrência de violência, por parte do ex-companheiro, no período

compreendido pela pesquisa. Quanto aos grupos de homens, pode-se dizer que, proporcionalmente, os homens do Grupo Intervenção relataram maior reincidência de condutas violentas no relacionamento conjugal. Dois dos quatro homens que receberam a intervenção relataram a prática de violência. Apenas um homem do Grupo Comparação, composto por oito participantes, mencionou a ocorrência de violências verbais mútuas entre ele e a ex-companheira.

Dentre as possíveis causas para a quantidade reduzida de relatos de violência por parte das mulheres e dos homens – especialmente os do Grupo Comparação – podemos citar: o papel de coibição da violência, exercido pelo sistema de Justiça; o fato de que a maior parte das mulheres estava separada do homem autor de violência; as estratégias de autoproteção adotadas pelas mulheres - incluindo a própria queixa policial; interrupção das formas mais graves de violência e desconsideração de outras, consideradas banais ou menos graves; receio de mencionar os comportamentos violentos por associarem a Justiça à pesquisa, realizada no ambiente físico do Tribunal de Justiça. A maior menção de reincidência de violência entre os homens do Grupo Intervenção pode ser indicativa de autorresponsabilização.

Cabe ainda ressaltar que, embora novos episódios de violência tenham sido pouco relatados pelos/as participantes, mulheres e homens dos Grupos Intervenção perceberam que a continuidade da tensão relacional, entre as fases de pós-teste e *follow up*, foi fator eliciador de estresse. A manutenção dos efeitos da técnica foi claramente limitada nos casos em que não houve alteração das variáveis contextuais relacionadas às respostas de estresse e de trauma, ou seja, da própria dinâmica relacional. Homens e mulheres que apresentaram melhora logo após as sessões de aplicação de TRE e piora na fase de *follow up* relataram continuidade da tensão relacional e, com exceção de um homem, perceberam risco de reincidência da violência.

Essas informações nos fazem lembrar e reafirmar que a violência conjugal é um fenômeno complexo e multicausal. Há uma grande variedade de variáveis – pessoais, relacionais, comunitárias e sociais – envolvidas e todas elas merecem a devida atenção. Não é possível afirmar que as mudanças obtidas a partir da aplicação de TRE – e de nenhuma outra intervenção - são completas e definitivas e nem que um único recurso seja a solução para as situações de violência. A transformação dessa realidade exige a adoção e a articulação de ações diversas, complementares e persistentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Eu quero te inspirar a plantar sementes de união. Se você não é capaz de criar união, que possa pelo menos identificar o que te impede de criar união; esse já é um grande passo. Se você não é capaz de amar, pelo menos identifique o que impossibilita amar; se você não é capaz de confiar, mas identifica o que te impede de confiar, esse já é o primeiro passo. Você só pode transformar aquilo que identificou.”

Sri Prem Baba

Esta é a primeira pesquisa brasileira dedicada especificamente às relações entre estresse, gênero e violência conjugal. Em nossas buscas por referências bibliográficas, que foram responsáveis e exaustivas, não encontramos no Brasil ou no exterior nenhum trabalho que se propusesse, como este, a aplicar e avaliar uma ferramenta interventiva especialmente focada na redução do estresse nos casos de violência doméstica. Os programas de atendimento a pessoas em situação de violência conjugal são em geral de natureza puramente verbal, sem consideração explícita dos aspectos corporais envolvidos nas dinâmicas relacionais violentas e na construção de estratégias de enfrentamento e prevenção aos episódios de violência. A escolha de uma técnica eminentemente corporal, com oportunidade de elaboração cognitiva e vinculação afetiva – por meio das partilhas grupais – é o grande diferencial da proposta interventiva deste trabalho.

A técnica TRE tem se mostrado útil e eficaz quando aplicada a pessoas com sintomas de estresse e traumatização do mundo inteiro. Os efeitos benéficos obtidos são coerentes com o conhecimento acerca dos processos neurofisiológicos envolvidos nas respostas às situações estressoras e dos processos corporais de autorregulação orgânica diante de situações adversas. Há, a despeito do embasamento teórico consistente, dos efeitos clinicamente perceptíveis e da relevância da técnica como possibilidade interventiva, poucos trabalhos científicos sobre os Exercícios para Liberação da Tensão e do Trauma (Berceli, 2007; 2010; Berceli & Napoli, 2006). Esse fato acrescenta ainda maior relevância a este trabalho, que se propôs não apenas a avaliar os efeitos da aplicação de TRE, mas também sua adequação às situações de violência conjugal.

Os resultados desta pesquisa evidenciaram a validade da aplicação da técnica TRE a homens e mulheres em situação de violência. Houve redução não apenas dos níveis de estresse, como também das ansiedades, características dos quadros de

traumatização frequentemente presentes em quem sofre a violência e também em quem a pratica. Esse processo favoreceu uma avaliação mais apurada dos riscos envolvidos e também uma maior implicação pessoal na prevenção a novos episódios de violência.

A remissão completa dos sintomas de estresse não era um resultado esperado, visto que não é realista, diante da complexidade e da gravidade que cercam as situações de violência conjugal. Neste contexto, a percepção de sintomas pode ser vista inclusive como uma medida de ampliação da consciência corporal e de redução de processos dissociativos, tendo importante valor protetivo e preventivo. As anestésias emocionais/corporais, traduzidas nas dificuldades de autorresponsabilização e autoproteção são um dos mais importantes fatores de risco para a ocorrência da violência. A redução das anestésias, por este motivo, deve ser prioridade de qualquer intervenção.

Perceber a gravidade da violência, bem como os riscos e danos envolvidos é o que permite a avaliação da situação e a adoção de medidas eficazes de prevenção à violência. Esta foi uma das principais contribuições desta pesquisa, que indicou o potencial não apenas restaurativo, mas também preventivo da TRE junto aos casos de violência contra a mulher. Além disso, pode-se pensar na aplicabilidade e utilidade da TRE ao contexto de justiça. Isso porque melhores decisões judiciais dependem de uma avaliação realista dos fatos, da gravidade da violência, dos riscos envolvidos e das necessidades e possibilidades de proteção e prevenção. Nesse momento, é necessário que os sinais de traumatização e dissociação das pessoas envolvidas sejam reduzidos para que elas participem ativamente dos processos decisórios que as envolvem e para que o Estado possa melhor exercer seu papel de responsabilização e proteção.

Os resultados da aplicação de TRE com as/os homens e mulheres participantes desta pesquisa corroboram a concepção do criador da técnica (Berceli, 2010) sobre a sabedoria inata do corpo e seus mecanismos naturais de autorregulação. O corpo humano possui seus próprios recursos para se recuperar de situações estressoras e traumáticas. Na presença das condições ambientais necessárias, somos naturalmente capazes de reconhecer riscos e lançar mão das estratégias de autoproteção necessárias. Terapeutas e demais profissionais da área devem acreditar nesses recursos internos e atuar como simples facilitadores de seu resgate e/ou florescimento.

A avaliação realista dos riscos, as estratégias ativas de prevenção a novos episódios de violência e as evidências de um processo de autorresponsabilização por

parte das pessoas que receberam a técnica foram resultados alcançados sem que se lançassem mão de intervenções verbais diretivas ou confrontativas, aconselhamentos, interpretações e orientações. Os/as participantes foram estimuladas/os a falar apenas no final de cada sessão, de forma que se facilitasse a simbolização da experiência. As verbalizações da pesquisadora e da equipe de apoio foram apenas de acolhimento, esclarecimento sobre os tremores e simples espelhamento dos conteúdos verbais trazidos pelos homens e mulheres participantes.

Como toda pesquisa, esta teve seus pontos fortes e também suas limitações. Algumas destas limitações podem ser consideradas como falhas; outras, como simples consequência da delimitação dos objetivos do estudo e das escolhas metodológicas adotadas; outras como decorrências da impossibilidade de controlar todas as condições de realização do estudo. É possível que existam limitações não percebidas pela pesquisadora; as que foram identificadas serão explicitadas a seguir.

Não foi possível controlar variáveis como adesão e êxito nas tentativas de contato com as/os participantes. Treze dos 29 participantes – cinco mulheres e oito homens - não realizaram todas as etapas da pesquisa. Além disso, para ter seus dados considerados para fins de comparação entre as fases da pesquisa, os/as participantes deveriam ter participado pelo menos das fases de teste e pós-teste. O critério foi atendido por todas as mulheres e homens dos Grupos Comparação. Nos grupos Intervenção, por outro lado, duas mulheres e três homens não puderam ter seus dados considerados, por não terem participado da fase de pós-teste. Esses fatos, sem dúvida, comprometeram as comparações necessárias à análise dos dados planejada pela pesquisadora.

As diferenças de adesão às sessões de TRE, por homens e mulheres, também foi um fator limitador importante. Apenas quatro homens do Grupo Intervenção cumpriram os requisitos necessários para que seus dados fossem analisados. As informações fornecidas por estes quatro participantes possibilitaram uma riqueza de interpretações, análises e reflexões. A baixa adesão dos homens foi tratada, inclusive, como um importante dado de pesquisa, por provavelmente ser um reflexo das expectativas de gênero socialmente estereotipadas. A pequena amostra masculina, entretanto, pode ter limitado as comparações de gênero e também as possibilidades de generalização dos dados encontrados.

Desejava-se, com base nos objetivos específicos e no delineamento metodológico da pesquisa, uma quantidade de oito participantes por grupo. Diante disso e prevendo as dificuldades de adesão e contato com as/os participantes, foram convidados/as o dobro da quantidade de pessoas desejada para compor os grupos. As dificuldades reais encontradas indicaram que para uma pesquisa que envolve tantos procedimentos, fases e critérios para a análise dos dados seria necessário convidar ainda mais pessoas.

A fase de análise dos dados mostrou, também, que algumas informações, não contempladas pelo Questionário 1, teriam sido importantes para uma melhor compreensão das informações oferecidas pelos/as participantes. Informações mais aprofundadas sobre cada tipo de violência auxiliariam, por exemplo, a compreender o que homens e mulheres chamam de ameaça e impedimento de sair/trabalhar/manter contato com amigos e familiares. Essas violências foram assinaladas por pessoas de ambos os sexos como violências sofridas e a experiência prática da pesquisadora revela que elas frequentemente ocorrem de formas distintas e implicam riscos e danos também distintos para homens e mulheres. Essas distinções podem ser melhor exploradas em pesquisas futuras, de modo a contribuir para a compreensão das experiências de homens e mulheres em situação de violência conjugal.

O fato de os questionários terem sido preenchidos pelos/as próprios/as participantes trouxe prejuízos às coletas de algumas informações. A que teve maior relevância para este estudo referiu-se à frequência dos episódios de violência. Quase todas/os participantes relataram a ocorrência de uma grande variedade e quantidade de violências conjugais, sofridas e praticadas. Esses relatos tornam bastante improvável que as violências tenham ocorrido em um único episódio, conquanto oito homens e cinco mulheres tenham afirmado que as violências em seu relacionamento ocorreram uma única vez. As possibilidades explicativas para este fato foram discutidas no capítulo 5 e envolvem minimização, negação, receio e constrangimento pela associação entre a pesquisa e a Justiça e não reconhecimento do caráter violento das agressões não físicas. A manutenção do questionário como instrumento de coleta para pesquisas futuras estaria condicionada à revisão para maior clareza das instruções. É provável que o formato de entrevista favorecesse o esclarecimento de possíveis dúvidas dos/as participantes e a compreensão de suas respostas.

O Inventário de Sintomas de Stress para Adultos (Lipp, 2005) foi a escolha metodológica para avaliação dos níveis de estresse. O instrumento exigia dos/as participantes um autodiagnóstico dos sintomas nas últimas 24 horas, na última semana e no último mês. As reflexões realizadas a partir da análise dos dados sugeriram que a probabilidade de que identificação dos sintomas tenha sido uma tarefa difícil para muitos/as dos/as participantes. As anestesias, os estereótipos de gênero, a minimização e negação da violência e de suas consequências deletérias – especialmente por parte das pessoas que não receberam a intervenção – pode ter reduzido a capacidade de autopercepção e, conseqüentemente, limitado à identificação dos sintomas de estresse. Essas questões foram discutidas e, inclusive, trouxeram riqueza às reflexões acerca dos resultados da pesquisa. A utilização, em pesquisas futuras, de outras formas de aferição dos níveis de estresse – inclusive marcadores biológicos – pode em muito acrescentar às discussões sobre as relações entre estresse, gênero e violência.

Deve-se ressaltar que, a despeito das limitações e delimitações da pesquisa, os dados obtidos foram claros, interessantes, relevantes e passíveis de explicação e embasamento científico. O delineamento metodológico adotado foi rico e consistente, incluindo não apenas as fases de teste, aplicação da técnica, pós-teste e *follow up*, mas também a realização de Grupos Intervenção e Grupos Comparação. Essa característica metodológica conferiu confiabilidade aos dados obtidos e permitiu que todos os objetivos específicos fossem contemplados.

É necessário, ainda, propor uma reflexão final sobre as diferentes formas de atuação nos casos de violência conjugal. As intervenções junto às pessoas em situação de violência conjugal são frequentemente breves e focais, o que é adequado ao propósito de ampliar a consciência acerca das questões culturais, sociais, relacionais e pessoais envolvidas no fenômeno da violência contra a mulher. Auxiliar na construção de estratégias de prevenção à violência e contribuir para o processo de autorresponsabilização são também importantes objetivos dos diversos programas de atendimento especializados.

A consciência, a autorresponsabilização e o planejamento de soluções não violentas para os conflitos relacionais são absolutamente necessários, mas frequentemente insuficientes para as mudanças desejadas. Para que estas mudanças se tornem realidade, é necessário lançar mão de ferramentas práticas e eficazes para regulação da tensão e redução dos estados de hiperativação resultantes do estresse e

também do trauma. Querer mudar - e se implicar na mudança - é um primeiro passo fundamental. Ter recursos práticos para realizar as mudanças é torná-las de fato possíveis. Nesse sentido, pode-se afirmar que a TRE é uma dos recursos possíveis, visto que é uma ferramenta prática, de fácil integração à rotina diária de autocuidado e acessível às pessoas que não dispõem de tempo e condições financeiras para aderir a programas de atendimento pagos e/ou longos. Esta última questão assume grande relevância, uma vez que o perfil sócio demográfico das/os participantes da pesquisa aponta para a presença de situações de vulnerabilidade social.

As intervenções verbais, predominantes e arriscaríamos dizer exclusivas nos atuais programas de atendimento às situações de violência, têm importante papel no processo de mudança e de recuperação das experiências estressantes e traumáticas. Deve-se atentar apenas para o fato de que falar sobre essas experiências, sem que sejam ativados os recursos fisiológicos de enfrentamento dos sintomas, pode ser ineficaz ou mesmo retraumatizante (Berceli; 2010; Levine, 2004, 2012; Nascimento, 2010). Esta questão foi exemplificada por uma das mulheres do Grupo Intervenção, que inicialmente não queria participar do grupo por acreditar que teria que, obrigatoriamente, falar sobre suas vivências traumáticas. Ela relatou ajustamento e conforto diante da técnica, pela possibilidade de alívio, relaxamento e respeito à sua vontade ou não de falar sobre o ocorrido. Depois de reduzidos os sintomas de estresse e traumatização, esta participante pôde compartilhar com grupo muitas de suas experiências, o que teve importante valor restaurativo.

Os dados da pesquisa indicam, conforme afirma Berceli (2007, 2010), que os Exercícios para Liberação da Tensão e do Trauma (TRE) promovem a ativação dos mecanismos naturais de regulação do organismo frente a situações estressantes, ameaçadoras e traumáticas. A restauração do equilíbrio corporal pode, inclusive, ampliar as possibilidades de sucesso de intervenções verbais. Além disso, a redução dos sinais de traumatização permite a recuperação natural das capacidades de avaliação realista dos danos e riscos envolvidos nas situações de violência. Estas capacidades são fundamentais para a adoção de formas ativas de autoproteção e prevenção à violência. Levando-se em consideração que os/as participantes da pesquisa eram partes de processo judicial, pode-se pensar que os efeitos da técnica também contribuiriam para a tomada de decisões processuais.

Não se pretende dizer que a técnica substitui ou aplaca a necessidade de outras formas de intervenção, de políticas públicas em saúde e mesmo dos modelos psicoterapêuticos clássicos. Cabe ressaltar apenas que a alta incidência de violência contra a mulher e o alcance de seus impactos – pessoais, relacionais, comunitários e sociais - exigem o desenho de intervenções que se diferenciem e/ou complementem o modelo clínico tradicional. Essas intervenções devem ter o potencial de atender a grandes grupos, com responsabilidade e segurança, e de possibilitar autonomia às pessoas, auxiliando-as a se responsabilizarem por seu autocuidado. Esta pesquisa tem, assim, a relevância de oferecer uma ferramenta adequada à situação das mulheres e homens participantes e contribuir para uma clínica socialmente comprometida e contextualizada.

Há diversas intervenções adequadas a esta realidade e não se pode questionar levemente a aplicabilidade e eficácia de nenhuma delas. É necessário, contudo, pensar em como encadeá-las para que se atenda de forma mais resolutiva ao objetivo de interrupção da violência como forma de comunicação e resolução de conflitos. Reunir esforços, reunir propósitos e agregar novos saberes é um requisito fundamental para a formação e atuação profissional de quem se dedica a este tema.

A construção de uma sociedade igualitária e livre de violência é um desafio ambicioso e necessário. Muitas são as questões e também as possíveis respostas que podem nos auxiliar neste propósito. Não se pode oferecer uma resposta simples e única para uma questão tão complexa e multifacetada. Deve-se considerar, contudo, que não há experiência subjetiva, relacional e cultural que ocorra independentemente dos processos corporais dos seres humanos envolvidos. Neste sentido, conhecer os mecanismos psicocorporais envolvidos na construção e manutenção das dinâmicas relacionais violentas é, mais que uma curiosidade, uma necessidade premente. Espera-se que esta pesquisa contribua, mesmo que inicialmente, para que estas reflexões tenham seu lugar garantido ao se tratar das dimensões teóricas e interventivas junto aos casos de violência contra a mulher.

Um final na primeira pessoa

Eu, Danielle, pesquisadora responsável por este trabalho, quero compartilhar com os/as leitores/as a dimensão pessoal deste fazer científico. Realizar esta pesquisa, escrever e comunicar seus resultados e, agora, compartilhá-los foi uma experiência

pessoal muito rica e engrandecedora. Sempre digo às pessoas mais próximas, pacientes, alunos/as que a psicologia é a profissão mais generosa que existe. Isso porque tudo o que me enriquece pessoalmente me enriquece também como profissional. E me sinto hoje mais rica, mais apropriada, uma profissional mais gente e uma pessoa mais profissional.

Fazer esta pesquisa significou dissolver grande parte das minhas próprias anestésias. Significou reconhecer esta violência que todas/os nós sofremos por fazermos parte de uma cultura em grande parte limitadora e aprisionadora. Estamos todas/os neste mesmo barco! Algumas pessoas mais claramente afetadas, outras menos. Reconhecer-nos parte disso é o que permite que tomemos a busca pela igualdade e pela união como um propósito pessoal e não uma mudança necessária em uma sociedade distante.

Escrever este trabalho me ajudou compreender a violência a partir de um olhar compassivo e, ao mesmo tempo, não ingênuo. Possibilitou-me enxergar as dores e necessidade de auxílio de todas as pessoas envolvidas nas situações de violência e, ao mesmo tempo, atentar para as desigualdades de gênero ainda tão marcantes e desumanas na nossa sociedade. Este olhar, acredito, é congruente com a necessidade de um posicionamento amoroso, firme e politicamente comprometido. Este olhar capaz de mudar, dentro e fora.

Minhas escolhas pessoais e profissionais me possibilitaram uma ampliação da consciência sobre meus processos psicocorporais e a certeza de que posso confiar nesta minha casa mais concreta, que é o meu corpo. Observar, sentir e me encantar com a forma como o corpo humano respondeu e responde às situações da vida, as boas e nutritivas e as desagradáveis, estressantes e traumáticas, me faz acreditar na possibilidade real de mudança. Afinal, se este corpo pessoal muda, se adapta e se recupera, o grande corpo social também o faz e fará! Constatar, mesmo que de maneira incipiente, este processo de tomada de consciência e recuperação da vitalidade e das capacidades inatas de autopreservação nas pessoas participantes da pesquisa, fez valer a pena o trabalho exaustivo que todo/a pesquisador/a conhece bem.

Analisar os dados de pesquisa me ajudou, sobretudo, a amadurecer e compartilhar meu próprio posicionamento. Sinto-me concebendo minha forma particular, um jeito só meu de perceber e atuar junto aos casos de violência doméstica. Consegui integrar diferentes aspectos que antes pareciam constituir áreas totalmente distintas da minha vida profissional. E isto me deu um senso de integridade, de unidade

e de amadurecimento. Fui influenciada por diferentes pessoas, correntes teóricas e ideológicas e experiências pessoais e profissionais. E este mestrado foi um ritual de passagem para o adulecimento, ou seja, para honrar tudo o que eu recebi e agora começar a trilhar meu próprio caminho.

Este final é só para evidenciar a personalidade inevitável – e desejável – do fazer ciência. Não é uma crítica à busca de rigor científico. Este é fundamental para credibilidade das produções acadêmicas e fiz o melhor que pude para garantir a confiabilidade dos meus dados de pesquisa. Estas últimas linhas são apenas um lembrete de que pessoal é profissional e profissional é pessoal, pessoal é político e político é pessoal. Dentre tantos temas de pesquisa possíveis, escolhi este. Esta foi uma escolha pessoal. E assim como espero das pessoas a quem atendo uma implicação pessoal para dissolução das anestésias e mudança da situação de violência, eu, pesquisadora, também quero me implicar pessoalmente em tudo que faço, escrevo e publico.

E de resto, tenho apenas a agradecer. Ao difícil e complexo. Ao simples. Ao potencial de adaptação, restauração, resiliência e superação presente em todas/os nós. Às oportunidades de crescimento e de cura. Às travessias. À esperança. Às mudanças que já estão acontecendo. À possibilidade real de que homens e mulheres, mulheres e mulheres e homens e homens se relacionem de forma respeitosa, igualitária e, quiçá, verdadeiramente amorosa.

REFERÊNCIAS

- Adeodato, V. G., Carvalho, R.R., Siqueira, V.R. & Souza, F.G.M. (2005). Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. *Revista de Saúde Pública*, 39(1), 108-113.
- Aguiar, L.H.M (2009). Gênero e masculinidades follow-up de uma intervenção com homens autores de violência conjugal. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília.
- Andrade, L.H.S.G; Viana, M.C. e Silveira, C.M. (2006). Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos da mulher. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(2), 43-54.
- Angelim, F. P. (2004). Construindo novos discursos sobre a violência doméstica: uma articulação entre a Psicologia Clínica e a Justiça. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília.
- Angelim, F.P. (2009) Mulheres vítimas de violência: dilemas entre a busca de intervenção do Estado e a tomada de consciência. Tese de doutorado. Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília.
- Angelim, F.P. & Diniz, G. (2006). Núcleo Psicossocial: O desafio da Psicologia Clínica no entrecruzamento com Direito, Estado e Cidadania. In Roque, E.C.B., Moura, M.L.R. Ghesti, I (orgs.). *Novos paradigmas na Justiça Criminal: Relatos de experiências do Núcleo Psicossocial Forense do TJDF*. Brasília: TJDF.
- Angelim, F.P & Diniz, G.R.S. (2009). O pessoal torna-se político: o papel do Estado no controle da violência contra as mulheres. *Psicologia Política*, 9(8), 259-274.
- Araújo, M.F. (2005). A difícil arte da convivência conjugal: a dialética do amor e da violência. Universidade Estadual Paulista. In: Feres-Carneiro, T. (org). *Família e casal: efeitos da contemporaneidade*. Rio de Janeiro. Ed. PUC-Rio.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. São Paulo. Editora Martins Fontes.
- Brasil (2006). Lei 11.340/06. Lei Maria da Penha. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm. Retirada em 22/07/2012.
- Braz, S.V. (2010). Stress, qualidade de vida e mitos conjugais. Dissertação de mestrado. Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

Berceli, D. & Napoli, M. (2006). A proposal for a mindfulness based trauma prevention program for social work professionals. *Complimentary Health Practice Review*, 11(3), 153-165.

Berceli, D. (2006). *Exercícios para Liberação do Estresse e das Tensões: Uma técnica inovadora para dissolver as tensões crônicas profundas e restaurar o sentimento interno de paz e calma*. Brasília. Centrar: Centro de Terapia e Resiliência.

Berceli, D. (2007). *Evaluating the Effects of Stress Reduction Exercises*. Tese de doutorado. Arizona State University, Arizona.

Berceli, D. (2008). *Técnica para redução do estresse profundo*. Centrar. Centro de Terapia e Resiliência.

Berceli, D. (2010). *Exercícios para Liberação do trauma*. Recife: Libertas Editora.

Boggio, L.G. (2010). *El cuerpo em la psicoterapia: nuevas estrategias clínicas para elabordage de los sintomas contemporáneos*. Montevideo: Psicolibros Universitário.

Calais, S.L.; Andrade, L.M.B.; Lipp, M.E. (2003). Diferenças de sexo e escolaridade na manifestação de estresse em adultos jovens. *Psicologia: reflexão e crítica*, 16 (2), 257-263.

Cassimo, S.M.V (2009). *Trauma e dissociação em vítimas de violência doméstica*. Dissertação de mestrado. Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra, Portugal.

Carlotto, M. S. (2011). Tecnoestresse: diferenças entre homens e mulheres. *Rev. Psicologia Organizacional e do Trabalho*, 11(2), 51-64.

Conselho Nacional de Justiça (2010). *Manual de Rotinas e Estruturação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher*. Disponível em http://www.cnj.jus.br/images/imprensa/manual_de_rotinas_e_estruturacao.pdf. Retirado em 22/07/2012.

Cohn, A (2005). *Effects of masculine identity and gender role stress on aggression in men*. Dissertação de mestrado. University of Virginia, Athens, Georgia.

Data Senado (2013). *Violência doméstica e familiar contra a mulher*. Secretaria de Transparência. Senado Federal. Disponível em http://www.senado.gov.br/noticias/datasenado/pdf/datasenado/DataSenado-Pesquisa-Violencia_Domestica_contra_a_Mulher_2013.pdf. Retirado em 25/06/2013.

Day, V. P., Telles, L. E.B., Zoratto, P. H., Azambuja, M.R.F., Machado, D.A., Silveira, M.B., Debiaggi, M. Reis, M.G., Cardoso, R.G. & Blank, Paulo. (2003). Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25(Suppl. 1), 9-21.

De Paula, A.V., Gianordoli-Nascimento, I.F., Veloso, F.G.C.V., Barra, M.L.P, Yukawa, S.N., Cezar, V.C.F., Araújo, M.C.L. (2008). A representação social do “homem que agride” e da “mulher que agride” para homens autores de violência de gênero em cumprimento de medida penal alternativa na Região Metropolitana de Belo Horizonte/MG. *Fazendo Gênero 8 – Corpo, violência e poder*. Florianópolis.

Diniz, G.R.S e Angelim, F.P. (2003). Violência Doméstica – por que é tão difícil lidar com ela? *Revista de Psicologia da UNESP*, 2(1), 20-35.

Diniz, G. R. S. & Pondaag, M. C. M (2004). Explorando significados do silêncio e do segredo nos contextos da violência doméstica. In: Maluschke, G; Bucher-Maluschke, J, Hermanns, K. (Org.). *Direitos humanos e violência: desafios da ciência e da prática*. Direitos humanos e violência: desafios da ciência e da prática. Fortaleza, Ceará: Fundação Konrad Adenauer e UNIFOR.

Diniz, G. R. S.; Pondaag, M. C.M (2006). A face oculta da violência contra a mulher: o silêncio como estratégia de sobrevivência. In: Almeida, A.M.O., Santos, M.F.S., Diniz, G.R.S., Trindade, Z.A.. (Org.). *Violência, Exclusão Social e Desenvolvimento Humano: Estudos em Representações Sociais*. Violência, Exclusão Social e Desenvolvimento Humano: Estudos em Representações Sociais. Brasília: Editora Universidade de Brasília - EDUnB.

Diniz, G.R.S. e Coelho, V. (2005). A História e as histórias de mulheres sobre o casamento e família. Universidade de Brasília. In: *Família e casal: efeitos da contemporaneidade*. Feres-Carneiro, T. (org.). Rio de Janeiro. Ed. PUC-Rio.

Diniz, G. R. S. (1999). Condição feminina: fator de risco para a saúde mental? In: Paz, M.G.T., Tamayo, A. (Org.). *Escola, Saúde e Trabalho: estudos psicológicos*. 1ed. Brasília: Editora UnB.

Diniz, G. (2003). Gênero e Psicologia: Questões Teóricas e Práticas. *Revista Psicologia Brasil*, 1(2), 16-21.

Diniz, G. R. S. (2004). Mulher, Trabalho e Saúde Mental. In: Codo, W. (Org.). *Psicopatologia do Trabalho: um olhar da Clínica*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes, p. 105-138.

Diniz, G. R. S. (2011). Conjugalidade e violência: reflexões sob uma ótica de gênero. In: Terezinha Féres-Carneiro. (Org.). *Casal e família: conjugalidade, parentalidade e psicoterapia*. 1ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, v. 1, p. 11-26.

D'Oliveira, A.F.P.L.; Schraiber, L.B.; Júnior, I.F.; Ludemir, A.B., Portella, A.P.; Diniz, C.S.; et al. (2009). Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. *Rev Saúde Pública* 2009;43(2):299-310

Enrique Gracia, M.L; Herrero, J. (2012). Assunción de responsabilidade em hombres maltratadores: influencia de la autoestima, la personalidad narcisista y la personalidad antisocial. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 44 (2), 98-108.

Fincham, F. D., Bradbury, T. N., Arias, I., Byrne, C. A., & Karney, B. R. (1997). Marital Violence, Marital Distress, and Attributions. *Journal of Family Psychology*, 11(3), 367-372.

Finlay, D. (2007). Energetic Dimensions on Trauma Treatment. *Clinical Journal of the International Institute of Bioenergetic Analysis*, 17, 11-38.

Flores, R.Z.; Ajnhorn, F. (1997). Violência interpessoal: e agora doutor? *Revista brasileira de educação médica*, 21(1), 25-32.

Fortin, I.; Guay, S.; Lavoie, V.; Boisvert, J.M.; Beaudry, M. (2012). Intimate Partner Violence and Psychological Distress among Young Couples: Analysis of the Moderating Effect of Social Support. *Journal of Family Violence*, 27, 63-73.

Gallo, S. (2006). Sentimentos da mulher frente ao relacionamento amoroso. Dissertação de mestrado. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, São Paulo.

Ghesti, I, Roque, E.C.B. & Moura, M.L.R. (2006). Breve análise psicossocial dos casos inaugurais da 1ª Vara do Juizado de Violência Familiar e Doméstica contra a Mulher do TJDF. In Roque, E.C.B., Moura, M.L.R. Ghesti, I (orgs.). *Novos paradigmas na Justiça Criminal: Relatos de experiências do Núcleo Psicossocial Forense do TJDF*. Brasília: TJDF

Gregori, M. F. (2008). As desventuras do vitimismo. *Estudos Feministas*, 1(1), 143-149.

Guedes, R.C.; Silva, A.T.C.; Fonseca, R.M.G.S (2009). A violência de Gênero e o processo saúde-doença das mulheres. *Escola Anna Nery*, 13(3), 625-631.

Guimarães, F. (2009). “Mas ele diz que me ama...”: impacto da história de uma vítima na vivência de violência conjugal de outras mulheres. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília.

Guimarães, R. (2011). Poder judiciário e violência contra a mulher: a aplicação da Lei Maria da Penha aos conflitos domésticos e familiares. Dissertação de Mestrado. Departamento de Ciências Sociais, Universidade de Brasília.

Guimarães, C. F.; Couto, G. (2011). Características de saúde mental e suas relações com interações conjugais. In: 63º Reunião Anual da SBPC, 2011, Goiânia. Anais/Resumos da 63º Reunião Anual da SBPC.

Hartmann, F.V. (2004). A interação conjugal e o uso de violência em famílias com filhos pequenos. Dissertação de mestrado. Instituto de Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Hellmuth, J. C., & McNulty, J. K. (2008). Neuroticism, marital violence, and the moderating role of stress and behavioral skills. *Journal of personality and social psychology*, 95(1), 166-80.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [NAD/IBGE] (2010). Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em <http://www.ibge.gov.br>. Retirado em 02/08/2013.

Levine, P. A. (2004). *O despertar do tigre: curando o trauma*. São Paulo: Summus.

Levine, P. A. (2012). *Uma voz sem palavras: como o corpo libera o trauma e restaura o bem-estar*. São Paulo: Summus.

Ligue 180 (2012). Central de Atendimento à Mulher. Dados Consolidados - 2012. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Disponível em <http://www.spm.gov.br/noticias/documentos-1/relatorio-trimestral-ligue-180-2012>. Retirado em 27/07/2013.

Lipp, M. E. N. (2005). *Manual do inventário de sintomas de stress de Lipp (ISSL)*. São Paulo. Casa do Psicólogo.

- Lisboa, M.; Vicente, L.B. e Barroso, Z. (2005). Saúde e violência contra as mulheres: estudo sobre as relações existentes entre a saúde das mulheres e as várias dimensões de violência de que tenham sido vítimas. – Lisboa : Direcção-Geral da Saúde.
- Machado, L.M. (2007). Satisfação e insatisfação no casamento: dois lados de uma mesma moeda? Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Uberlândia.
- Machin, R; Couto , M. T.; Silva, G.S.N.; Schraiber, L.B; Gomes, R; Figueiredo, W.S.; Valença, O.A; Pinheiro, T.F.P (2011). Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. *Ciência&SaúdeColetiva*, 16(11):4503-4512.
- Mazur, M. (2009). Dissociative Identity Disorder and the Cycle of Violence. In: Global politician, History, Ideology & Science, Sociology & Psychology. <http://www.globalpolitician.com/default.asp?26054-psychology-criminal-justice>
- Medeiros, M.N. (2010). Violência conjugal: repercussão na saúde mental de mulheres e de suas filhas e seus filhos adultos/os jovens. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília.
- Minayo, M.C. de S. e Souza, E.R. (1998). Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *História, Ciência e Saúde – Manguinhos*, 4(3): 513-531.
- Moore, T. M., Stuart, G. L., McNulty, J. K., Addis, M. E., Cordova, J. V., & Temple, J. R. (2008). Domains of masculine gender role stress and intimate partner violence in a clinical sample of violent men. *Psychology of Men & Masculinity*, 9(2), 82-89.
- Moskowitz, A. (2004). Dissociation and violence: a review of the literature. *Violence & abuse*, 5(1), 21-46. University of Auckland.
- Narvaz, M. G. & Koller, S. H. (2006). Mulheres vítimas de violência doméstica: compreendendo subjetividade assujeitadas. *Psico*, Porto Alegre, 37(1), 7-13.
- Nascimento, P.N. (2010). Transtorno de Estresse Pós Traumático: uma visão bioenergética. Instituto de Análise Bioenergética de São Paulo. Disponível em: http://www.bioenergetica.com.br/2012/?our_works=monografias-transtorno-de-estresse-pos-traumatico-uma-visao-bioenergetica
- Neves, A. S. & Romanelli, G. (2006). A violência doméstica e os desafios da compreensão interdisciplinar. *Estudos de Psicologia*; 23(3), 299-306.

Organización Mundial de Saúde [OMS] (2005) Estudio multipaíses de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia. Ginebra: Organización Mundial de Saúde. Disponível em http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summaryreportSpanishlow.pdf. Retirado em 05/08/2013.

Paiva, C, e Figueiredo, B. (2003). Abuso no contexto do relacionamento íntimo. Definição, prevalência, causas e efeitos. *Psicologia, saúde e doenças*, 4 (2), 165-184.

Perlin, G.D.B. (2006). Casamentos contemporâneos: um estudo sobre os impactos da interação família-trabalho na satisfação conjugal. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília.

Perlin, G. D. B.; Diniz, G. R. S. (2005). Casais Que Trabalham e São Felizes: Mito ou Realidade? *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, 17(2), 15-29.

Pondaag, M. C. M. (2003). O dito pelo não dito: desafio no trabalho com mulheres vítimas de violência. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília.

Pondaag, M.C.M (2009). Sentidos da violência conjugal: a perspectiva de casais. Tese de doutorado. Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília.

Rabasquinho, C.; Pereira, H. (2007). Gênero e saúde mental: uma abordagem epidemiológica. *Análise Psicológica*, 3(25), 439-454

Ravazzola, M.C. (1997). *Historias infames: los maltratos em las relaciones*. Buenos Aires: Paidós.

Ravazzola, M. C (1998). Violencia familiar: el abuso relacional como un ataque a los derechos humanos. *Sistemas Familiares*, 4(3), 29-41.

Ribeiro, W. S. et al. (2011). Exposição à violência e problemas de saúde mental em países em desenvolvimento: uma revisão da literatura. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 31(supl 2), 49-57.

Rocha-Coutinho, M.L. (2005). Variações sobre um antigo tema: a maternidade para as mulheres. In: Feres-Carneiro, T (org). *Família e casal: efeitos da contemporaneidade*. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Ed. PUC-Rio.

- Sadir, M.A.; Bignotto, M.M.; Lipp, M.E.N (2010). Stress e qualidade de vida: influência de algumas variáveis pessoais. *Paideia*, 20(45), 73-81.
- Santos, L S; Diniz, G. R. S. (2011). Donas de Casa: classes diferentes, experiências desiguais. *Psicologia Clínica (PUCRJ. Impresso)*, v. 23, p. 15-31.
- Sardinha, A.; Falcone, E.M.O; Ferreira, M.C. (2009). As relações entre a satisfação conjugal e as habilidades sociais percebidas no cônjuge. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 25(3), 395-402.
- Sarti, C.A.; Barbosa, R.M. e Suarez, M.M. (2006). Violência e Gênero: vítimas demarcadas. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 16(2):167-183.
- Scaer, R. (2001). *The Neurophysiology of Dissociation and Chronic Disease*. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 26(1), 73-91.
- Scaer, R. (2005). *The trauma spectrum*. New York: W.W. Norton.
- Seidl de Moura, M.L. & Ferreira, M.C. (2005). *Projetos de Pesquisa: Elaboração, redação e apresentação*. Rio de Janeiro, RJ: EDUERJ.
- Selye, H. A. (1976). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill
- Siegel, J. P., & Forero, R. M. (2012). Splitting and emotional regulation in partner violence. *Clinical Social Work Journal*, 40(2), 224-230.
- Soares, B.M. (2005). *Enfrentando a violência contra a mulher: orientações práticas para profissionais e voluntários(as)*. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres – SPM. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/publicacoes-teste/publicacoes/2007/enfrentando-violencia.pdf>. Retirado em 14/06/2011.
- Walker, L.E.A (1999). *The battered woman syndrome*. (2 Ed.). Nova York: Springer Publishing Company.

ANEXO I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa sobre a presença de estresse nas relações conjugais, de responsabilidade de Diva Soares de Macedo, aluna de mestrado da Universidade de Brasília, e de Gláucia R.S. Diniz, orientadora da pesquisa e Professora do PPGPsiCC/PCL/IP – Universidade de Brasília. Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome e outros dados que possam identificar você não serão divulgados.

A coleta de dados será realizada por meio de entrevista, aplicação de instrumento e gravação de nossas conversas ao final de cada encontro. Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, tais como entrevistas, fitas ou arquivos de gravação ficarão sob a guarda das pesquisadoras responsáveis pela pesquisa. Espera-se que esta pesquisa contribua com o conhecimento de técnicas que ajudem a lidar com o estresse. A intenção é que pessoas em situação semelhante à sua tenham ferramentas para lidar com estresse e experiências traumáticas, de forma autônoma e segura.

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. Caso você tenha qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode contatar a pesquisadora através do telefone 82724911 ou pelo e-mail danismtaveira@gmail.com. A equipe de pesquisa garante que os resultados do estudo serão devolvidos aos participantes por meio de um encontro de devolução. As informações com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do e-mail do CEP/IH cep_ih@unb.br. Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável pela pesquisa e a outra com o(a) participante.

Assinatura do (a) participante
(a)

Assinatura do (a) Pesquisador

Brasília, ____ de _____ de _____

**ANEXO II – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE IMAGEM
E SOM DE VOZ PARA FINS DE PESQUISA**

Eu, _____ autorizo a utilização da minha voz, na qualidade de participante/entrevistado(a) no projeto de pesquisa sob responsabilidade de Diva Soares de Macedo, mestrande, e da Prof. Gláucia R. S. Diniz, ambas vinculadas ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura (Mestrado) da Universidade de Brasília (UnB). O som da minha será utilizado apenas para análise por parte da equipe de pesquisa, apresentações em conferências profissionais e/ou acadêmicas, atividades educacionais e outros meios de natureza estritamente acadêmico-científica. Tenho ciência de que não haverá divulgação do som de voz por qualquer meio de comunicação, sejam elas televisão, rádio ou internet. Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação aos sons de voz são de responsabilidade das pesquisadoras responsáveis. Deste modo, declaro que autorizo, livre e espontaneamente, o uso para fins de pesquisa, nos termos acima descritos, do som da minha voz. Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com as pesquisadoras responsáveis pela pesquisa e a outra com o(a) participante.

Assinatura do (a) participante

Assinatura do (a) pesquisador (a)

Brasília, ____ de _____ de _____

ANEXO III – ACEITE INSTITUCIONAL

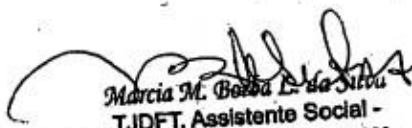
ACEITE INSTITUCIONAL

O(A) Sr./Sra. *Márcia Maria Borba Linsi*, supervisora do Serviço de Assessoramento aos Juízos Criminais (SERAV) do(a) Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios, está de acordo com a realização da pesquisa *Manejo do Estresse por Homens e Mulheres em Situação de Violência Conjugal*, de responsabilidade da pesquisadora *Danielle Soares de Macedo*, aluna do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília, realizado sob orientação de *Gláucia Ribeiro Starling Diniz*, após revisão e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília – CEP/IH.

O estudo envolve a realização de entrevista semi-estruturada, aplicação de escala de estresse validada no Brasil, aplicação de técnica para manejo do estresse homens e mulheres em situação de violência conjugal judicializada. A pesquisa terá a duração de 03 (três) meses, com previsão de início em outubro/2012 e término em dezembro/2012.

Eu, *Michelle Moreira de Abreu Tusi*, supervisora substituta do Serviço de Assessoramento aos Juízos Criminais (SERAV) do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios, declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Brasília, 16 de Outubro de 2012.


Marcia M. Borba L. da Silva
TJDFT. Assistente Social -
Supervisora. SERAV. Mat. 344.863

Nome do(a) responsável pela instituição
responsável pela instituição

Assinatura e carimbo do(a)

**ANEXO IV –PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA DO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA**

INSTITUTO DE CIÊNCIAS
HUMANAS / UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA / CAMPUS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Manejo de Estresse por Homens e Mulheres em Situação de Violência Conjugal

Pesquisador: Danielle Soares de Macedo

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 09791512.5.0000.5540

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia -UNB

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 165.537

Data da Relatoria: 26/11/2012

Apresentação do Projeto:

"O fenômeno da violência conjugal assume formas variadas e está relacionado ao uso de formas comunicacionais e de resolução de conflitos violentas. Reflete também as estruturas sociais de poder entre homens e mulheres. A violência, em suas múltiplas manifestações, tem sido considerada um grave problema de saúde pública. O foco desse trabalho é conhecer relações entre estresse e violência, tanto no que se refere à compreensão destas relações quanto ao desenvolvimento e avaliação de um método interventivo. O objetivo geral é avaliar a influência da aplicação dos Exercícios para Liberação do Estresse (TRE) sobre o nível de estresse de casais em situação de violência conjugal. A sequência de exercícios para a liberação do estresse (Trauma Releasing exercises - TRE) foi desenvolvida por David Berzeli, terapeuta e pesquisador norte-americano. A técnica já foi ensinada para milhares de pessoas, de diversos lugares do planeta, apresentando resultados seguros e eficazes na redução da tensão e recuperação de experiências traumáticas e estressantes. Participarão da pesquisa 16 casais envolvidos em processos judiciais do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios, da circunscrição de Ceilândia, devido à denúncia de mulheres vítimas de violência em seu relacionamento conjugal. Metade dos casais receberá a técnica (TRE) e metade formará um grupo controle. Ao oferecer técnica de manejo do estresse a homens e mulheres em situação de violência, pretendemos investigar se há diferenças de gênero em relação aos níveis de estresse e às respostas à aplicação da técnica".

Endereço: CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO - ICC 2 ALA NORTE 2 MEZANINO 2 SALA B1 2 606 (MINHOÇÃO)
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3307-2760 **E-mail:** ihd@unb.br

INSTITUTO DE CIENCIAS
HUMANAS / UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA / CAMPUS



Objetivo da Pesquisa:

"Objetivo Primário:

Avaliar a influência da aplicação dos Exercícios para Liberação do Estresse (TRE) sobre o nível de estresse de casais em situação de violência conjugal judicializada.

Objetivo Secundário:

1. Conhecer os tipos de comportamentos violentos emitidos pelos homens e mulheres em situação de violência conjugal participantes deste estudo e a frequência com que são emitidos.
2. Oferecer técnica de manejo do estresse a homens e mulheres em situação de violência.
3. Investigar se há diferenças de gênero em relação aos níveis de estresse e às respostas à aplicação da técnica.
4. Verificar os níveis de estresse das pessoas participantes da pesquisa antes e após a aplicação da técnica e Exercícios para a Liberação do Estresse e também do grupo controle.
5. Investigar se o tempo de vivência da dinâmica relacional violenta influencia e de que forma - os níveis de estresse e também as respostas à aplicação da técnica.
6. Conhecer de que forma a aplicação da intervenção influencia, ou não, a emissão de comportamentos violentos como forma de comunicação e resolução de conflitos na relação conjugal dos participantes da pesquisa a partir de um acompanhamento mensal dos participantes durante seis (6) meses.
7. Oferecer aos casais em situação de violência participantes da pesquisa uma ferramenta para regulação do estresse, que possa ser executada de forma autônoma e sem a necessidade obrigatória de um facilitador ou terapeuta".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Riscos: Mobilização emocional que supere a capacidade de processamento e integração dos participantes. Neste caso, acompanhamento profissional adequado será oferecido.

Benefícios: Oferecimento de uma ferramenta para auto-diagnóstico, manejo do estresse e prevenção de violência no contexto da conjugalidade".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Considero que foram cumpridas as exigências pertinentes, conforme as considerações que se seguem.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Contém o aceite institucional assinado pela supervisora do serviço de assessoramento aos juízos criminais do TJDFT;

Endereço: CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO - ICC e ALA NORTE e MEZANINO e SALA B1 e 606 (MINHOÇÃO)
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3307-2760 **E-mail:** ihd@unb.br

INSTITUTO DE CIENCIAS
HUMANAS / UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA / CAMPUS



- Contém o seguinte cronograma: Submissão ao Comitê de Ética 23/10/2012 26/10/2012;
Realização da intervenção 12/11/2012 14/12/2012; Realização de entrevistas e aplicação da escala
05/11/2012 09/11/2012; Análise dos Dados 07/01/2013 29/03/2013; Elaboração da Redação da Dissertação
01/03/2013 28/06/2013; Defesa da Dissertação 01/07/2013 31/07/2013.

- Presente a carta de encaminhamento ao CEP;

- Folha de rosto devidamente assinada pela pesquisadora e pela responsável pela instituição (Diretora do Instituto de Psicologia da UnB);

- A coleta de dados será feita por intermédio de 1. Gravação das sessões grupais de aplicação da técnica de manejo de estresse ζ TRE; 2. Aplicação de Escala de Estresse; 3. A escala de estresse a ser utilizada será o ISSL ζ Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos de Lipp (2000). Esta é uma escala validada no Brasil. Esta estratégia de coleta de dados será realizada no início e ao fim do programa interventivo; 4. Realização de entrevista semi-estruturada com cada um dos participantes da pesquisa ζ do grupo experimental e do grupo controle ζ na mesma ocasião em que será aplicada a escala de estresse (ISSL - Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos de Lipp); 5. Gravação das partilhas grupais realizadas ao final de cada encontro para posterior análise. Observo que foi anexado o roteiro de entrevista semi-estruturado.

- TCLE adequado;

- Presente também o Termo de autorização para utilização de imagem e som de voz para fins de pesquisa;

- Contém os currículos da pesquisadora e de sua orientadora;

- Presentes o orçamento e o projeto de pesquisa com o resumo.

Recomendações:

Não há recomendações a serem feitas.

Endereço: CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO - ICC ζ ALA NORTE ζ MEZANINO ζ SALA B1 ζ 606 (MINHOCÃO)
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3307-2760 **E-mail:** ihd@unb.br

INSTITUTO DE CIENCIAS
HUMANAS / UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA / CAMPUS



Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências ou inadequações. O parecer é pela aprovação do projeto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BRASILIA, 07 de Dezembro de 2012

Assinador por:
Debora Diniz Rodrigues
(Coordenador)

Endereço: CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO - ICC 2 ALA NORTE 2 MEZANINO 2 SALA B1 2 606 (MINHOCÃO)
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3307-2760 **E-mail:** ihd@unb.br

ANEXO V – QUESTIONÁRIO 1

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Nível de Escolaridade: () Não Alfabetizado () Ensino Fundamental
() Ensino Superior () Ensino Médio () Pós-Graduação

Situação de Escolaridade: () Cursando () Interrompido () Completo

Situação Ocupacional: () Empregado () Autônomo () Aposentado / Beneficiário

INSS () Desempregado () Do lar () Estudante () Nunca trabalhou

Situação Conjugal (estado civil de fato): _____

Relacionamento entre as partes: _____

Quantidade de denúncia (envolvendo a mesma parte): _____

Violência em outras relações familiares e/ou amorosas? _____

Se sim, houve denúncia? _____

Filh@s (quantos, sexo e idades): _____

Se violência conjugal:

Tempo de relacionamento com a outra parte: _____

Se separad@s, há quanto tempo? _____

Se separad@s, você pretende permanecer separad@ ou tem desejo de reatar o relacionamento? _____

Separações e reconciliações? _____

Já participou de alguma intervenção na Justiça? (grupos, audiências, atendimentos).

Está fazendo algum tipo de acompanhamento na Rede Social?

Qual? _____

Marcar (S) para o que você sofreu e (P) para o que você praticou :

- | | |
|----------------------------|-------------------------------|
| • Dar tapas: (S)(P) | • Puxar o cabelo: (S)(P) |
| • Empurrar: (S)(P) | • Morder: (S)(P) |
| • Apertar: (S)(P) | • Queimar: (S)(P) |
| • Chutar: (S)(P) | • Atirar objetos(S)(P) |
| • Enforçar: (S)(P) | • Beliscar(S)(P) |
| • Ameaçar com faca: (S)(P) | • Tent. de homicídio: (S) (P) |

Outras: _____

-
- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Humilhar: (S)(P) • Ameaçar: (S)(P) • Impedir de sair: (S)(P) • Impedir de falar com as pessoas: (S)(P) • Machucar animais de estimação: (S)(P) • Ameaçar pessoas queridas: (S)(P) | <ul style="list-style-type: none"> • Impedir contato com família e amigos: (S)(P) • Perseguir na rua: (S)(P) • Impedir de trabalhar ou estudar: (S)(P) • Estragar objetos: (S)(P) |
|--|---|

Outras:

-
- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Exigir ou insistir para fazer sexo: (S)(P) • Prostituição forçada: (S)(P) • Toques e carícias não desejados: (S)(P) • Obrigar a pessoa a se exhibir ou a assistir cenas de sexo: (S)(P) | <ul style="list-style-type: none"> • Obrigar a fazer aborto (S)(P) • Deixar a pessoa constrangida durante o sexo: (S) (P) • Impedir de tomar anticoncepcional (S)(P) |
|--|---|

Outras:

-
- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Destruir objetos: (S)(P) • Vender objetos sem permissão: (S)(P) • Estragar ou esconder documentos: (S)(P) | <ul style="list-style-type: none"> • Vender imóveis e bens sem permissão: (S)(P) • Esconder objetos: (S)(P) • Rasgar roupas: (S)(P) • Desviar dinheiro: (S)(P) |
|---|--|

Outras:

-
- Xingar: (S) (P)
 - Acusar a pessoa de ter feito um crime: (S)(P)
 - Inventar mentiras sobre a pessoa: (S)(P)
 - Ofender a honra: (S)(P)
 - Espalhar fofocas sobre a pessoa: (S)(P)

Outras:

Episódio único? () Sim () Não

Se não, há quanto tempo essas coisas acontecem no seu relacionamento? _____

Com que frequência? _____

De 0 a 10 (0 – nenhum risco; 10 – altíssimo risco), como você avalia o risco de que essas coisas continuem acontecendo? _____

O que você tem feito para se proteger e/ou evitar que essas coisas aconteçam novamente?

Com quem você pode contar?

O que você faz para cuidar de você?

ANEXO VI – QUESTIONÁRIO 2

Nome: _____

Situação Ocupacional: () Empregado () Autônomo () Aposentado / Beneficiário
INSS () Desempregado () Do lar () Estudante () Nunca trabalhou

Situação Conjugal (estado civil de fato): _____

A situação conjugal mudou nestas cinco semanas?

Separações e reconciliações durante este intervalo de tempo?

Já participou de alguma intervenção na Justiça? (grupos, audiências, atendimentos).

Está fazendo algum tipo de acompanhamento na Rede Social? Qual?

Como está a relação com a outra parte?

Tem havido violência? Se sim, como ela tem acontecido?

De 0 a 10 (0 – nenhum risco; 10 – altíssimo risco), como você avalia o risco de que essas coisas continuem acontecendo? _____

O que você tem feito para se proteger e/ou evitar que essas coisas aconteçam novamente?

Com quem você pode contar?

O que você faz para cuidar de você?

Há mais alguma coisa que você queira falar e que ainda não falou?

ANEXO VII – ROTEIRO DE ENTREVISTA DA FASE DE *FOLLOW UP*

Nome: _____

Situação Ocupacional: () Empregado () Autônomo () Aposentado / Beneficiário
INSS () Desempregado () Do lar () Estudante () Nunca trabalhou

Situação Conjugal (estado civil de fato): _____

Separações e reconciliações durante este intervalo de tempo?

Já participou de alguma intervenção na Justiça? Ou mais alguma desde o reteste?

(grupos, audiências, atendimentos).

Está fazendo algum tipo de acompanhamento na Rede Social?

Qual? _____

Como está a relação com a outra parte?

Houve mais alguma situação conflituosa? Se sim, como ela tem acontecido?

De 0 a 10 (0 – nenhum risco; 10 – altíssimo risco), como você avalia o risco de que essas coisas continuem acontecendo? _____

O que você tem feito para se proteger e/ou evitar que essas coisas aconteçam novamente?

Com quem você pode contar?

O que você faz para cuidar de você?

Você tem praticado TRE? Como tem sido a experiência?

Há mais alguma coisa que você queira falar e que ainda não falou?

QUADRO 1a

a) Marque com um F1 os sintomas que tem experimentado nas últimas 24 horas.

- () 1. MÃOS E PÉS FRIOS
 () 2. BOCA SECA
 () 3. NÓ NO ESTÔMAGO
 () 4. AUMENTO DE SUDORESE
 (Muito suor, suadeira)
 () 5. TENSÃO MUSCULAR
 () 6. APERTO DA MANDÍBULA/
 RANGER OS DENTES
 () 7. DIARRÉIA PASSAGEIRA
 () 8. INSÔNIA
 (Dificuldade para dormir)
 () 9. TAQUICARDIA
 (Batedeira no peito)
 () 10. HIPERVENTILAÇÃO
 (Respirar ofegante, rápido)
 () 11. HIPERTENSÃO ARTERIAL
 SÚBITA E PASSAGEIRA
 (Pressão alta)
 () 12. MUDANÇA DE APETITE

QUADRO 1b

b) Marque com um P1 os sintomas que tem experimentado nas últimas 24 horas.

- () 13. AUMENTO SÚBITO DE
 MOTIVAÇÃO
 () 14. ENTUSIASMO SÚBITO
 () 15. VONTADE SÚBITA DE
 INICIAR NOVOS
 PROJETOS

QUADRO 2a

a) Marque com um F2 os sintomas que tem experimentado na última semana.

- () 1. PROBLEMAS COM A MEMÓRIA
- () 2. MAL-ESTAR GENERALIZADO, SEM CAUSA ESPECÍFICA
- () 3. FORMIGAMENTO DAS EXTREMIDADES
- () 4. SENSÇÃO DE DESGASTE FÍSICO CONSTANTE
- () 5. MUDANÇA DE APETITE
- () 6. APARECIMENTO DE PROBLEMAS DERMATOLÓGICOS (Problemas de pele)
- () 7. HIPERTENSÃO ARTERIAL (Pressão alta)
- () 8. CANSAÇO CONSTANTE
- () 9. APARECIMENTO DE ÚLCERA
- () 10. TONTURA/SENSAÇÃO DE ESTAR FLUTUANDO

QUADRO 2b

b) Marque com um P2 os sintomas que tem experimentado na última semana.

- () 11. SENSIBILIDADE EMOTIVA EXCESSIVA (Estar muito nervoso)
- () 12. DÚVIDA QUANTO A SI PRÓPRIO
- () 13. PENSAR CONSTANTEMENTE EM UM SÓ ASSUNTO
- () 14. IRRITABILIDADE EXCESSIVA
- () 15. DIMINUIÇÃO DA LIBIDO (Sem vontade de sexo)

QUADRO 3a

a) Marque com um F3 os sintomas que tem experimentado no último mês.

- () 1. DIARRÉIA FREQUENTE
- () 2. DIFICULDADES SEXUAIS
- () 3. INSÔNIA
(Dificuldade para dormir)
- () 4. NÁUSEA
- () 5. TIQUES
- () 6. HIPERTENSÃO ARTERIAL CONTINUADA
(Pressão alta)
- () 7. PROBLEMAS DERMATOLÓGICOS PROLONGADOS
(Problemas de pele)
- () 8. MUDANÇA EXTREMA DE APETITE
- () 9. EXCESSO DE GASES
- () 10. TONTURA FREQUENTE
- () 11. ÚLCERA
- () 12. ENFARTE

QUADRO 3b

b) Marque com um P3 os sintomas que tem experimentado no último mês.

- () 13. IMPOSSIBILIDADE DE TRABALHAR
- () 14. PESADELOS
- () 15. SENSACÃO DE INCOMPETÊNCIA EM TODAS AS ÁREAS
- () 16. VONTADE DE FUGIR DE TUDO
- () 17. APATIA, DEPRESSÃO OU RAIVA PROLONGADA
- () 18. CANSAÇO EXCESSIVO
- () 19. PENSAR/FALAR CONSTANTEMENTE EM UM SÓ ASSUNTO
- () 20. IRRITABILIDADE SEM CAUSA APARENTE
- () 21. ANGÚSTIA/ANSIEDADE DIÁRIA
- () 22. HIPERSENSIBILIDADE EMOTIVA
- () 23. PERDA DO SENSO DE HUMOR

12