



SUPERVISÃO CLÍNICA · LÓGICA PSICOLÓGICA

Subjugação e violência

*Como sustentar o trabalho com quem ainda não pretende
sair de um relacionamento violento — sem pressionar, e sem
que a validação vire banalização.*

PROFESSOR E PSICÓLOGO CLÍNICO

Júlio Gonçalves

MSc · CRP 12/17614

Aprenda muito mais na

Comunidade Lógica Psicológica

Uma comunidade para quem quer:

- Ψ **Aprofundar o raciocínio clínico** com conteúdos que unem ciência, processos e análise funcional.
- Ψ **Estruturar uma prática ética e coerente**, com pensamento crítico e evidências atualizadas.
- Ψ **Desenvolver o self clínico** por meio de supervisão, leituras guiadas e construção em rede.

[Clique aqui e saiba mais](#)



O ESSENCIAL

- Ψ **Validar a permanência não é validar a violência.** A postura é de acolhimento com *ênfase explícita na gravidade* a cada relato de agressão. As duas coisas convivem, e precisam conviver.
- Ψ **Pressionar a saída em pré-contemplação produz racionalização e barganha.** A prioridade é confiança e conexão com a dor da perda do ideal — não convencimento.
- Ψ **O foco atencional na urgência impede ver o longo prazo.** Resolver o problema de hoje consome tudo, e as consequências acumuladas nunca entram no campo de visão.
- Ψ **Uma criança presenciou a violência.** Isso muda o quadro: deixa de ser apenas questão do casal e passa a envolver proteção infantil e deveres legais.
- Ψ **Rede e independência vêm antes da decisão.** Sem renda, sem moradia alternativa e sem apoio, a saída não é uma escolha disponível — é uma exigência sem meio.

O caso, em uma página

Mulher jovem, mãe, em acompanhamento há cerca de dois anos e meio. Buscou terapia após o fim de um casamento marcado por traições e por episódios de violência.

Quadro

- Ψ **Esquiva emocional**, choro frequente, medo de julgamento e dependência de reassseguramento.
- Ψ **Objetivos interrompidos** por falta de confiança e medo de errar — inclusive aprender a dirigir.
- Ψ **Atenção capturada pela urgência**: a saúde dos filhos e os problemas imediatos ocupam o campo inteiro, e o planejamento de longo prazo não acontece.
- Ψ **Sem renda própria**, com dificuldade de estabelecer limites e preocupação excessiva com a opinião de terceiros.
- Ψ **Rede de apoio limitada**: a mãe mora em outra cidade e o pai não oferece o suporte desejado.

O que apareceu na supervisão

Nos meses anteriores, ela sofreu **três episódios de agressão física pelo parceiro atual** — um deles **diante de um dos filhos, ainda pequeno**. Manteve os fatos ocultos da terapia por vergonha.

Houve ganhos reais no processo: autoestima e autocuidado melhoraram. A dificuldade está em aprofundar o tema central — a realidade da violência ainda não é plenamente reconhecida por ela.

Duas barreiras concretas, e não psicológicas

A moradia depende da proximidade com a família do parceiro, e não há renda própria. Enquanto isso não mudar, **sair não é uma opção disponível** — é uma exigência sem meio. Qualquer plano que ignore essa camada material vira cobrança.

Risco e segurança — o acréscimo deste material

Sinalizando o que é acréscimo

A supervisão concentrou-se, com razão, na estratégia relacional. Esta seção **não reproduz o que foi discutido**: ela cobre a camada de risco e de dever legal, sem a qual um material de estudo sobre violência em curso ensinaria pela metade.

Avaliação de risco é tarefa distinta da formulação

Formular processos e avaliar risco de letalidade são coisas diferentes, e a segunda não sai da primeira. A frequência crescente das agressões, a presença de crianças, o isolamento da rede e a dependência econômica são **fatores de risco reconhecidos**, e existem instrumentos estruturados para dimensioná-los — o mais conhecido deles é a *Danger Assessment* (Campbell, Webster & Glass, 2009).

A escala qualitativa de gravidade sugerida na supervisão — leve, moderada, grave, registrada em prontuário para acompanhar os relatos — **é útil e cumpre outra função**: organiza o acompanhamento clínico e permite devolver o padrão à paciente mais adiante. Ela não substitui a avaliação de risco.

Plano de segurança

Um plano de segurança pode ser construído **mesmo com alguém que não pretende sair do relacionamento** — e talvez sobretudo nesse caso. Ele não pressupõe a decisão de sair; pressupõe que, se houver uma escalada, exista algo pensado antes.

Em linhas gerais, um plano cobre: quem pode ser acionado e como, para onde ir se for preciso sair de casa, o que precisa estar acessível, e quais serviços de proteção existem na região. A construção é feita com a paciente, respeitando o que ela avalia como seguro — inclusive porque um plano mal ajustado pode aumentar o risco se for descoberto.

A criança que presenciou

Isso muda o enquadramento do caso

No Brasil, a criança que **presencia** violência doméstica é reconhecida como **vítima de violência psicológica** (Lei nº 13.431/2017). O Estatuto da Criança e do Adolescente estabelece o dever de comunicação ao Conselho Tutelar diante de suspeita ou confirmação de maus-tratos (Lei nº 8.069/1990, arts. 13 e 245).

Isso não é detalhe burocrático nem contradiz o cuidado com o vínculo: é obrigação legal, e ignorá-la expõe a criança e o profissional. O Código de Ética prevê a quebra do sigilo quando necessária à proteção, pelo critério do **menor prejuízo** (Resolução CFP nº 10/2005).

O manejo clínico dessa obrigação é parte do trabalho, não um evento à parte: comunicar à paciente o que será feito e por quê, sustentando a aliança em vez de romper com ela. E vale lembrar que a exposição de crianças à violência doméstica tem efeitos documentados sobre desenvolvimento e saúde mental (Holt, Buckley & Whelan, 2008) — o que também é conteúdo de psicoeducação possível com a paciente, no tempo dela.

Informar a família não é automaticamente proteger

Um dado do caso ilustra bem: ela precisa medir muito as palavras ao falar com o pai sobre a agressão, porque **há risco real de reação violenta dele**. Rede de apoio não é sinônimo de rede segura, e supor o contrário pode ampliar o perigo em vez de reduzi-lo.

O que sustenta a permanência

A leitura da supervisão identificou o que mantém o padrão — e nenhum dos fatores é "gostar de sofrer":

- Ψ **Normas de gênero** e a regra de “**ter que aguentar**”.
- Ψ **Ausência de direção de vida clara**, que deixa o relacionamento como único projeto em curso.
- Ψ **Esquema de abandono forte** — permanecer evita a dor que sair produziria.
- Ψ **Esquemas de dependência e incompetência**, que aparecem como justificativas racionais para não trabalhar ou não dirigir.
- Ψ **Autossacrifício e busca de aprovação**, a serem trabalhados gradualmente.

O conflito entre mulher e mãe

Uma hipótese levantada no grupo e que merece registro: a ambivalência pode vir de um **conflito entre os papéis de mulher e de mãe** — ela aceita o abuso na tentativa de garantir uma figura paterna para os filhos, possivelmente repetindo padrões da própria infância.

Se a hipótese se confirmar, ela reorganiza a conversa: o custo de sair deixa de ser só solidão e passa a ser, na cabeça dela, tirar algo dos filhos. É um argumento que não se desmonta com informação — precisa ser trabalhado como valor em conflito.

A idealização construída no intervalo

Houve um período longo sem violência física, e nesse intervalo ela construiu uma **idealização do parceiro**. É por isso que a pressão para sair tende a produzir racionalização e barganha: o que se pede que ela abandone não é o agressor da última semana, é a versão idealizada que ela viveu por mais de um ano.

Daí a orientação de conectar-se primeiro com **a dor da perda desse ideal**. Sem esse luto, o argumento racional não encontra onde pousar.

Sobre o “estou bem”

Ela costuma relatar que está bem com o parceiro. A conduta sugerida não é discordar, e sim **investigar o que “bem” significa** — o que costuma expor a ausência de comunicação e o distanciamento real da relação. É a mesma lógica de trabalhar a definição da palavra, e não o veredito.

Pré-contemplação: validar sem banalizar

O objetivo final é o fim do padrão abusivo. Mas a paciente está em **pré-contemplação** (Prochaska & DiClemente, 1983), e isso define a conduta possível agora: o foco é confiança terapêutica, não mudança comportamental direta.

O equilíbrio exigido é delicado e vale enunciar com clareza:

- Ψ **Não pressionar** a saída imediata do relacionamento.
- Ψ **Validar a dor** e o vínculo atual, incluindo a perda do ideal.
- Ψ **E, a cada relato de agressão, adotar postura de ênfase e preocupação explícitas** — a gravidade nomeada, todas as vezes.

O risco de cada lado

Pressionar produz defensividade, racionalização e afastamento — e paciente afastada perde o único lugar onde a violência é nomeada.

Mas acolher sem marcar a gravidade produz **banalização**: se o terapeuta recebe o relato de agressão com a mesma temperatura de qualquer outro assunto, ele confirma a leitura de que aquilo é normal. As duas falhas são simétricas, e a segunda é a mais fácil de cometer sem perceber.

Validar a demora em contar

Ela ocultou as agressões por vergonha. A orientação foi explícita: **validar o esforço de proteger o vínculo terapêutico, sem culpabilizá-la pela demora**. Quem se culpa por ter escondido tende a esconder de novo.

Trabalhar o foco atencional

O viés atencional na resolução imediata de problemas impede a visualização das consequências de longo prazo. Isso é alvo clínico por si — deslocar o foco é condição para que qualquer conversa sobre futuro tenha onde acontecer.

Um recurso concreto trazido no grupo: pedir que ela **liste as características de um relacionamento ideal**, para depois comparar com a realidade. A comparação é feita por ela, não pelo terapeuta.

A relação terapêutica como modelo — e seus cuidados

A orientação central de manejo: usar a relação terapêutica como **modelo de vínculo protetivo** — uma postura de cuidado e validação que ofereça o que falta na vida externa dela, e que permita aprender a aceitar erros e cuidado sem contrapartida.

Foi sugerido também um recurso de esperança: pedir que ela feche os olhos e **visualize um futuro com um parceiro que atenda às suas necessidades emocionais**, para confrontar a crença de que a situação atual é a única possibilidade. A desesperança, aqui, é fator de manutenção como qualquer outro.

Três cuidados com esse modelo

Proteção sem tutela. Oferecer cuidado a quem tem esquema de dependência exige atenção para não instalar mais uma relação em que outra pessoa decide. O modelo é de vínculo seguro, não de substituição de figura de autoridade.

Gênero na sala. Um terapeuta homem atendendo uma mulher em situação de violência precisa considerar que ela pode projetar medos e receios sobre ele. Isso não desqualifica o trabalho — mas pede que o tema seja nomeável na sessão em vez de silencioso.

Relações fora do consultório. Havia dúvida sobre se um conhecido em comum poderia estar afetando o vínculo, ainda que a paciente nunca tenha trazido o assunto. Vale avaliar de forma ativa: a paciente pode estar calculando o que diz, e o silêncio dela não é evidência de que não há problema.

Vale ainda o encaminhamento registrado no encontro: levar o caso a consultoria específica e buscar formação especializada em relações abusivas. Reconhecer o limite do próprio repertório num caso de risco não é fragilidade — é parte da conduta.

O plano em três fases, e o que fica

As três fases

- Ψ **Primeira** — foco total na relação terapêutica e na **avaliação implícita** do problema, sem confronto direto.
- Ψ **Segunda** — trabalho no entorno: organização da rede de apoio e promoção de independência em **pequenas decisões**, construindo autonomia por acumulação.
- Ψ **Terceira** — abordagem das escolhas de relacionamento e da repetição de padrões.

A lógica é a mesma que atravessa outras supervisões desta série: **não se pede a alguém que abandone um recurso sem que exista outro no lugar**. Aqui o "outro lugar" é literal — renda, moradia, rede. A construção é lenta porque as barreiras são materiais, não porque a paciente é lenta.

A ressalva que a gradualidade exige

Plano gradual e risco em curso convivem, mas com uma condição: **a fase um não suspende a avaliação de risco**. Se a gravidade escalar, a sequência muda — e é para isso que servem o monitoramento e o plano de segurança construídos desde o início. Gradualidade é estratégia clínica, não espera.

O que fica para a sua clínica

- Ψ **Validar a permanência e nomear a gravidade são compatíveis** — e a segunda precisa aparecer todas as vezes.
- Ψ **Avalie risco com método próprio.** Formulação de processos não substitui avaliação de letalidade.
- Ψ **Plano de segurança não pressupõe a decisão de sair.**
- Ψ **Criança que presencia é vítima**, com consequências legais e clínicas próprias.
- Ψ **Rede de apoio não é automaticamente rede segura.**
- Ψ **Barreira material não se resolve com insight.** Sem renda e sem moradia, a saída não está disponível.
- Ψ **Reconheça o limite do seu repertório** e busque consultoria em casos de risco.

Referências

1. BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente (arts. 13 e 245).
2. BRASIL. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Notificação compulsória de violência contra a mulher atendida em serviços de saúde.
3. BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Lei Maria da Penha.
4. BRASIL. Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017. Sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência.
5. Campbell, J. C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet*, 359(9314), 1331–1336.
6. Campbell, J. C., Webster, D. W., & Glass, N. (2009). The Danger Assessment: Validation of a lethality risk assessment instrument for intimate partner femicide. *Journal of Interpersonal Violence*, 24(4), 653–674.
7. Conselho Federal de Psicologia. Resolução CFP nº 10/2005. Código de Ética Profissional do Psicólogo.
8. Hayes, S. C., Hofmann, S. G., & Ciarrochi, J. (2020). A process-based approach to psychological diagnosis and treatment. *Clinical Psychology Review*, 82, 101908.
9. Holt, S., Buckley, H., & Whelan, S. (2008). The impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of the literature. *Child Abuse & Neglect*, 32(8), 797–810.
10. Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy*. Plenum Press.
11. Linehan, M. M. (2015). *DBT skills training manual* (2ª ed.). Guilford Press.
12. Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3ª ed.). Guilford Press.
13. Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390–395.
14. Walker, L. E. A. (2016). *The battered woman syndrome* (4ª ed.). Springer.
15. Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.

NOTA DE MÉTODO

Material de estudo desidentificado. Foram generalizados ou removidos: idade, datas, localidades, composição familiar detalhada, idade da criança envolvida e circunstâncias específicas dos episódios. Os episódios de violência são referidos por sua ocorrência e gravidade, sem descrição.

A seção sobre **risco, segurança e deveres legais** é acréscimo deste material, e está sinalizada como tal no corpo do texto: a supervisão concentrou-se na estratégia relacional, que é o que ela se propôs a discutir, e um material de estudo publicado sobre violência em curso que reproduzisse apenas essa camada ensinaria pela metade. O acréscimo cobre avaliação de risco com instrumento próprio, plano de segurança construído independentemente da decisão de sair, e os deveres decorrentes da exposição de criança à violência — reconhecida na legislação brasileira como violência psicológica contra a criança. Nada nessa seção contradiz a orientação da supervisão: gradualidade clínica e avaliação de risco são camadas distintas e simultâneas.

O conteúdo sobre plano de segurança é mantido em nível geral, adequado à leitura profissional, sem detalhamento operacional. A hipótese sobre o conflito entre os papéis de mulher e mãe é apresentada como hipótese levantada em grupo. O nome do terapeuta supervisionado e dos demais participantes não é mencionado. As referências legais e clínicas foram acrescentadas para dar respaldo formal a afirmações feitas sem citação explícita; nenhuma citação foi construída para preencher lacuna. Este material registra raciocínio clínico de supervisão e **não substitui** avaliação individualizada nem orientação jurídica.

Levar para a prática

Marque conforme experimentar em sessão — e salve o PDF para acompanhar.

Avaliei risco com método próprio, e não deduzi risco a partir da formulação de processos.

Nomeei a gravidade de forma explícita a cada relato de agressão.

Construí um plano de segurança mesmo sem a paciente pretender sair do relacionamento.

Verifiquei se há crianças expostas à violência e agi conforme os deveres legais.

Comuniquei à paciente o que seria feito e por quê, sustentando a aliança.

Checei se a rede de apoio disponível é de fato segura.

Validei a demora em relatar, sem culpabilizar.

Mapeei as barreiras materiais antes de discutir decisões.

Busquei consultoria ou formação específica diante do limite do meu repertório.

MINHAS ANOTAÇÕES — O QUE LEVO PARA A CLÍNICA

Para revisar — resposta

Responda com suas palavras. O PDF guarda o que você escrever.

1. Como você nomearia a gravidade de uma agressão sem pressionar a saída do relacionamento?

2. Que instrumentos ou critérios você usa hoje para avaliar risco em violência por parceiro íntimo?

3. Como você construiria um plano de segurança com alguém que não pretende sair?

4. Que deveres legais se aplicam quando há criança exposta à violência? Como você conduziria isso mantendo a aliança?

5. Que rede de apoio de um paciente seu você presumiu segura sem verificar?

6. Que barreiras materiais você pode estar tratando como resistência psicológica?

7. Em que ponto você reconheceria que o caso exige consultoria especializada?

Gabarito

Comentários para conferência — responda antes de consultar. Nas perguntas de aplicação pessoal não há resposta certa; o que se oferece são critérios para avaliar a própria resposta.

1. Como você nomearia a gravidade de uma agressão sem pressionar a saída do relacionamento?

CRITÉRIOS

Não há resposta certa. Uma boa resposta sustenta as duas coisas ao mesmo tempo: **validar a permanência e o vínculo**, e marcar a gravidade de forma explícita **a cada relato**. As duas falhas são simétricas — pressionar produz afastamento; acolher sem marcar produz banalização, porque o terapeuta confirma que aquilo é normal.

2. Que instrumentos ou critérios você usa hoje para avaliar risco em violência por parceiro íntimo?

CRITÉRIOS

Não há resposta certa. Uma boa resposta reconhece que **avaliar risco é tarefa distinta de formular processos**, e cita critérios reconhecidos — frequência crescente das agressões, presença de crianças, isolamento, dependência econômica — ou um instrumento estruturado. A escala qualitativa de gravidade serve ao acompanhamento clínico, não à avaliação de letalidade.

3. Como você construiria um plano de segurança com alguém que não pretende sair?

COMENTÁRIO

Um plano de segurança **não pressupõe a decisão de sair** — e talvez seja mais necessário justamente com quem não pretende sair. Ele cobre quem pode ser acionado e como, para onde ir se for preciso, o que precisa estar acessível e quais serviços existem na região. É construído com a paciente, respeitando o que ela avalia como seguro, porque um plano mal ajustado pode aumentar o risco se for descoberto.

4. Que deveres legais se aplicam quando há criança exposta à violência? Como você conduziria isso mantendo a aliança?

COMENTÁRIO

Criança que **presencia** violência doméstica é reconhecida como vítima de violência psicológica na legislação brasileira, e há dever de comunicação ao Conselho Tutelar diante de suspeita ou confirmação de maus-tratos. A condução que preserva a aliança é a transparente: comunicar à paciente o que será feito e por quê, antes de fazer — o manejo clínico dessa obrigação é parte do trabalho, não um evento à parte.

5. Que rede de apoio de um paciente seu você presumiu segura sem verificar?

CRITÉRIOS

Não há resposta certa. Uma boa resposta reconhece que **rede de apoio não é automaticamente rede segura** — como no caso, em que informar o pai envolvia risco real de reação violenta. E descreve como verificar, em vez de presumir: perguntar à paciente como cada pessoa costuma reagir.

6. Que barreiras materiais você pode estar tratando como resistência psicológica?

CRITÉRIOS

Não há resposta certa. Uma boa resposta identifica barreiras **materiais** — renda, moradia, dependência econômica, guarda de filhos — e reconhece que, enquanto elas existirem, a saída não é uma escolha disponível: é uma exigência sem meio. Ler isso como ambivalência psicológica transforma o plano em cobrança.

7. Em que ponto você reconheceria que o caso exige consultoria especializada?

CRITÉRIOS

Não há resposta certa. Uma boa resposta admite limite de repertório **antes** do desfecho ruim, e não depois: risco em escalada, ausência de formação específica em violência, sensação de estar sozinho no caso. Buscar consultoria não é fragilidade — é parte da conduta.