

PLANTÃO PSICOLÓGICO CENTRADO EM MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA:

CARTILHA DE ORIENTAÇÃO PARA
PROFISSIONAIS DA PSICOLOGIA



Plantão Psicológico Centrado em Mulheres em Situação de Violência:

Cartilha de Orientação para profissionais da Psicologia

Autoria:

Mila Motta Sales Vilela Ferreira
Andréa Batista de Andrade Castelo Branco

Todas as imagens referentes às obras de arte:

Karla Driele da Silva Pião Alves
@kadminhatela

Projeto gráfico:

Maria Eduarda Motta Sales Vilela Ferreira

Ferramenta de design gráfico:

Canva



Proposta da Cartilha

Esta cartilha tem como objetivo orientar estagiários, extensionistas, residentes e profissionais da área da Psicologia que atuam em um serviço de Plantão Psicológico, amparado na Abordagem Centrada na Pessoa, atendendo mulheres em situação de violência, cujas informações podem subsidiar atitudes e intervenções psicológicas que considerem o quadro de gênero.



ÍNDICE

Apresentação	5
O que é Plantão Psicológico centrado em mulheres em situação de violência?.....	7
Objetivos terapêuticos do Plantão Psicológico centrado em mulheres em situação de violência	9
Tipos de violência contra a mulher	10
Ciclo da violência doméstica contra a mulher	14
Violência contra a mulher na perspectiva da Abordagem Centrada na Pessoa	15
Atitudes dos plantonistas diante das mulheres em situação de violência	19
Possíveis intervenções centradas em mulheres em situação de violência no âmbito do Plantão Psicológico	28
Articulação com a rede de cuidado	39
Considerações finais	46
Referências	47

Apresentação

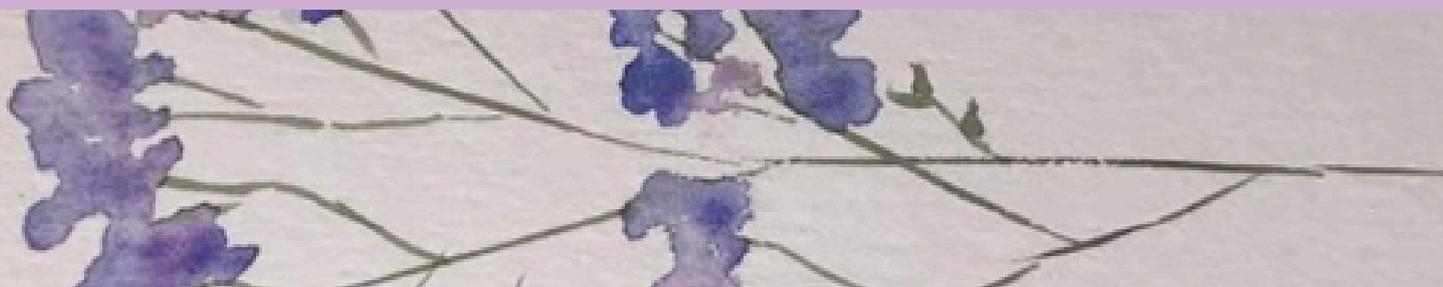
A violência contra a mulher é considerada uma problemática de saúde pública e uma violação de direitos humanos, visto que abrange atos violentos que geram ou possam provocar danos ou sofrimentos físicos, psicológicos, morais, sexuais e econômicos para as mulheres, impactando também em seus eventuais dependentes (Gadoni-Costa & Dell'Aglio, 2010).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), uma em cada três mulheres no mundo sofre violência física ou sexual ao longo da vida, totalizando cerca de 736 milhões de mulheres (OPAS, 2021). A violência praticada pelo parceiro é a forma mais comum, afetando aproximadamente 641 milhões de mulheres. Esses números destacam a necessidade urgente de políticas públicas eficazes e de esforços contínuos para combater a violência de gênero.



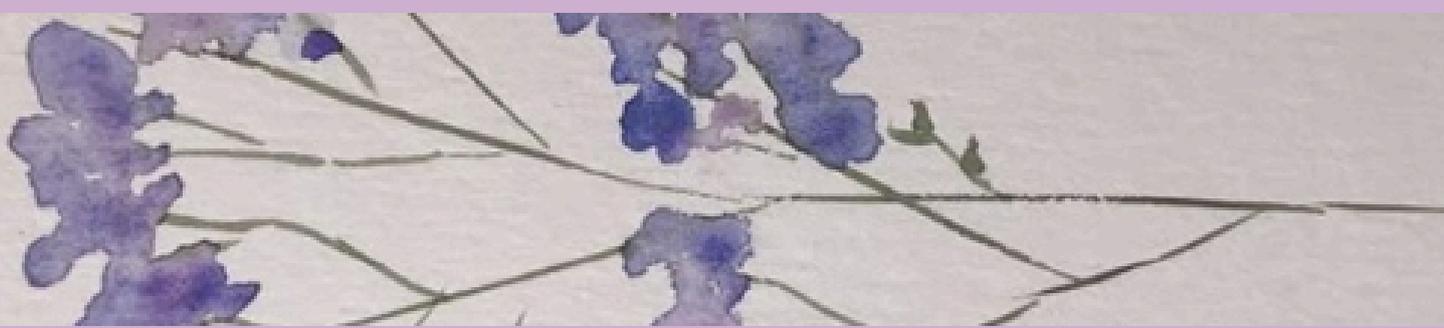
Destaca-se que no Brasil, apenas em 2022, mais de 18 milhões de mulheres sofreram algum tipo de violência de gênero, representando 28,9% das brasileiras, a maior prevalência já registrada na série histórica do país (Cerqueira & Bueno, 2023). Ressalta-se que as medidas de isolamento do período pandêmico da Covid-19 ampliaram a convivência de mulheres com seus autores da violência no ambiente doméstico, agravando os danos e a dificuldade em buscar ajuda (Sousa, Uchôa & Barreto, 2024).

Neste panorama, o serviço de Plantão Psicológico apresenta-se como uma estratégia potente de clínica ampliada (Amorim, Andrade & Castelo Branco, 2015), podendo alinhar-se às políticas públicas de promoção à saúde, proteção social e justiça, cujas intervenções psicológicas contribuem para responder às atuais demandas relacionadas à violência contra a mulher. Considera-se que o Plantão Psicológico facilita maior compreensão da situação-problema vivenciada e a utilização de recursos de enfrentamento, evitando a intensificação ou a cronificação do sofrimento psíquico (Tassinari, 2009), bem como o empoderamento e a resistência de mulheres em situação de violência (Smailes, 2004).



O que é Plantão Psicológico centrado em mulheres em situação de violência?

O Plantão Psicológico originou-se mediante desdobramento do Aconselhamento Psicológico não-diretivo (Mahfoud, 2013; Amorim et al., 2015) e consiste em uma modalidade de atendimento clínico tipicamente brasileira que oportuniza a realização de intervenções psicológicas no momento imediato ou quase imediato à solicitação de ajuda (Rocha, 2025). Os terapeutas ficam disponíveis em turnos pré-definidos e estabelecem a duração do atendimento e eventuais retornos (normalmente, de três à cinco) conjuntamente com cada cliente, observando os limites institucionais onde está situado (Castelo Branco, 2021; Rocha, 2025). Este serviço se ampliou pelo Brasil, inserindo-se nos mais variados espaços de atuação do (a) psicólogo (a) e por diferentes proposições teóricas, apesar do predomínio das linhas humanistas-fenomenológicas, em especial, da Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) (Scorsolini-Comin, 2015; Castelo Branco, 2021).



A configuração do serviço de Plantão Psicológico abre-se para uma gama ampla de demandas e pedidos de ajuda psicológica (Mahfoud, 2012), incluindo queixas relacionadas à violência contra a mulher, visto que valoriza a escuta e o cuidado, contribuindo com a garantia de direitos e o fomento à participação social de mulheres em situação de violência (Reis & Vieira, 2019).

No Plantão Psicológico, prioriza-se a atenção no aqui-e-agora da experiência da cliente e em suas potencialidades frente à situação de violência, com intervenções sustentadas pelas atitudes de compreensão empática, consideração positiva incondicional e congruência do plantonista (Rosenthal, 2012), cabendo ao terapeuta facilitar a simbolização consciente da experiência e a ampliação perceptiva da cliente (A. Castelo Branco & P. Castelo Branco, 2023), em que a relação terapêutica é a principal via de trabalho (Vieira et al., 2014).

O Plantão Psicológico favorece uma mudança de perspectiva em relação às queixas iniciais (Mahfoud et al., 2012), visto que deixam de ser narradas como problemas externos para serem vistas como experiências apropriadas e subjetivamente carregadas, possibilitando à cliente a atribuição de novos significados às experiências (Perches & Cury, 2013) vividas de violência.



Objetivos terapêuticos do Plantão Psicológico centrado em mulheres em situação de violência

O Plantão Psicológico de orientação Centrada na Pessoa é bem-sucedido quando, simultaneamente (Rocha, 2025; Ferreira, 2025):

a) emprega uma relação plantonista-cliente baseada nas atitudes de compreensão empática, congruência e consideração positiva incondicional por parte do plantonista e percebidas integral ou parcialmente pela cliente, considerando as relações de gênero que atravessam as experiências de violência;

b) promove acolhimento baseado no referencial interno da cliente, fortalecendo sua autoestima, seus recursos de enfrentamento e sua capacidade de autodeterminação, de forma articulada com a rede de cuidado;

c) ocorre insights e redução de intensidade da tensão psicológica da cliente (Rogers, 1942/2005), quando na direção de maior clareza sobre sua queixa e maior compreensão sobre si enquanto mulher, sobre seus relacionamentos com os autores da violência, sobre o ambiente adverso da violência e/ou sobre sua situação-problema, e

d) quando o serviço se torna, na perspectiva da cliente, um espaço de referência para suporte emocional em momentos de necessidade (Mahfoud, 2012) e de urgência psicológica (Tassinari, 2003) relacionada à situação de violência.

Tipos de violência contra a mulher

A violência contra a mulher é complexa, tem graves consequências para a mulher e apresenta as seguintes agressões que, frequentemente, ocorrem de forma combinada e com escalada na intensidade (Brasil, 2006):

1. Violência física - relaciona-se às condutas que afetem à integridade ou saúde corporal da mulher, à exemplo de espancar, lançar de objetos, sacudir, apertar os braços, estrangular ou sufocar, lesionar com objetos cortantes ou perfurantes, ferir através de queimaduras ou armas de fogo e torturar.

2. Violência psicológica – trata-se de comportamentos que gerem impacto emocional e na autoestima da mulher, que prejudiquem seu pleno desenvolvimento ou visem degradar ou controlar suas ações, crenças e decisões mediante ameaças, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento social, vigilância constante, perseguição, insultos, chantagem, exploração, restrição do direito de circulação, ridicularização, tolher a liberdade de crença e distorção ou omissão de fatos para contestar a memória e sanidade da mulher.



3. Violência sexual - refere-se às ações que obriguem a mulher a presenciar, manter ou participar de relação sexual não consentida através de intimidação, ameaça, coação ou uso da força. Caracterizar-se por estupro; obrigação de realizar atos sexuais que geram desconforto ou repulsa; impedimento do uso de métodos contraceptivos ou imposição para a mulher abortar; sujeição ao matrimônio, gravidez ou prostituição, e/ou; limitação e anulação do exercício dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher.

4. Violência patrimonial - constitui-se de práticas que configurem retenção, subtração, controle, privação, destruição parcial ou total de objetos da mulher, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os direcionados a atender suas necessidades e de seus eventuais dependentes.

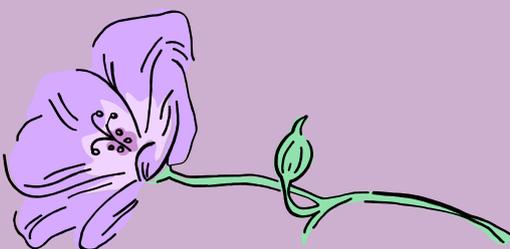
5. Violência moral - abrange atos que caracterizem calúnia, difamação, injúria ou exposição de vida íntima da mulher.

6. Violência de gênero - Quando a violência contra a mulher decorre de preconceito ou discriminação devido ao seu gênero e de uma relação de poder que impõe um papel social de submissão à mulher devido à cultura patriarcal e misógina, trata-se de uma forma de violência de gênero (Azambuja & Nogueira, 2008).

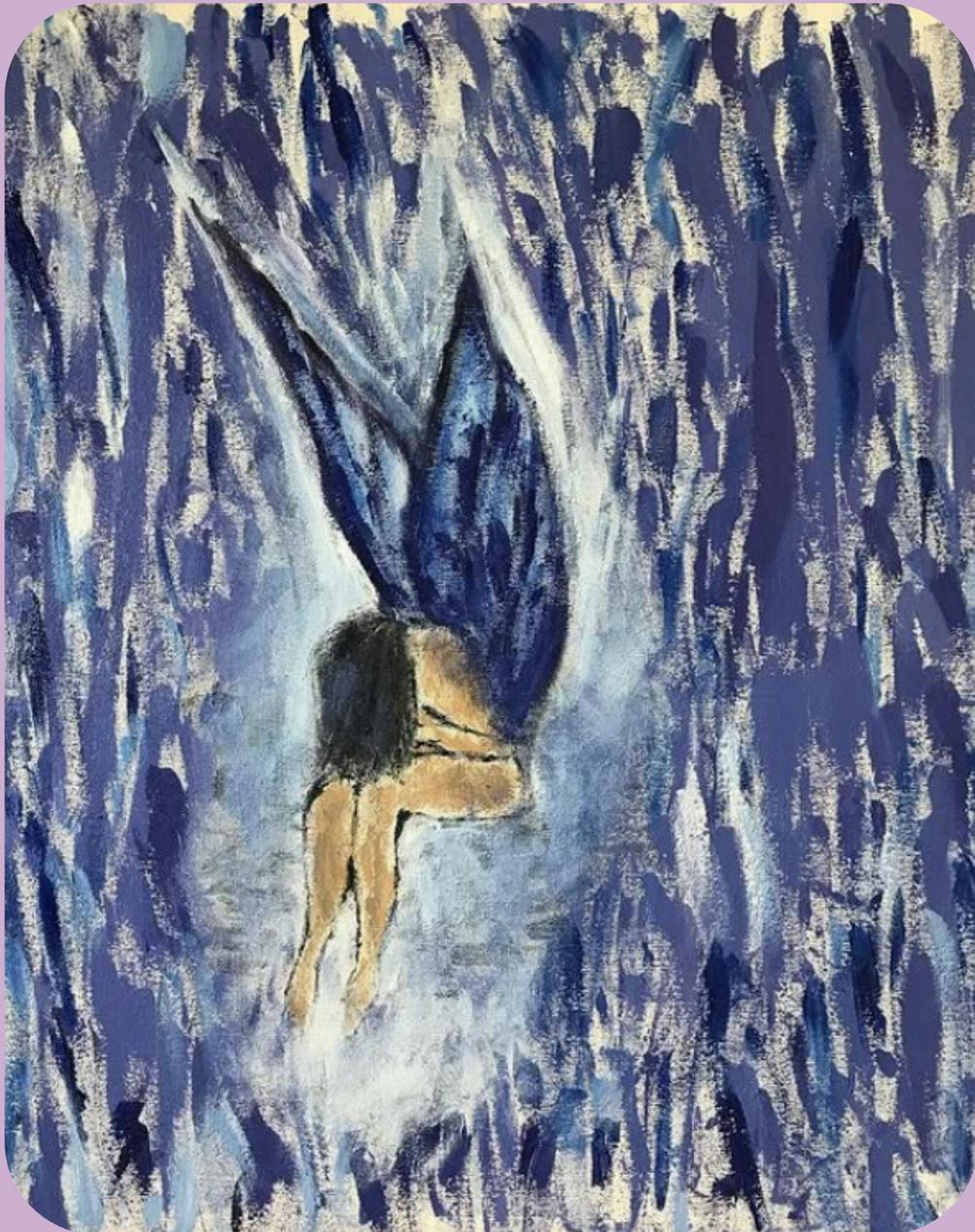


7. Violência doméstica - No caso de violência que acontece nas relações íntimas de afeto, na família ou no ambiente residencial, denomina-se de violência doméstica. As agressões domésticas são as violências mais prevalentes e cometidas por alguém com quem a mulher possui algum tipo de vínculo, geralmente, por parceiros ou ex-parceiros (Reis & Vieira 2019). Há ampla invisibilidade e subnotificação da violência doméstica, visto que nem sempre é percebida ou denunciada por pessoas externas, de modo que mulheres ficam mais expostas aos riscos, incluindo crianças e adolescentes (Smailes, 2004).

A violência doméstica pode ter um impacto destrutivo na vida das mulheres, especialmente na vivência da maternidade. Mulheres que sofrem violência doméstica podem enfrentar desafios adicionais, como o medo pela segurança de seus filhos, a dificuldade de acessar recursos de apoio e a pressão para manter a família unida. Essa situação pode levar a um estado de constante estresse e ansiedade, afetando tanto a saúde mental quanto física da mulher, pois o ambiente familiar é percebido como angustiante e perigoso, ao invés da sensação de segurança e proteção. A violência contra a mulher reflete um sistema mais amplo de desigualdade que afeta todas as esferas da vida das mulheres, incluindo o papel de mãe (Chauí, 1985).



Ressalta-se que é necessária uma atenção especial às violações de direitos das mulheres transgênero, uma vez que estão ainda mais vulneráveis à situação de violência e discriminação nos contextos domiciliar, social e transfobia institucional. Atualmente, o Brasil continua como o país que mais assassina pessoas trans do mundo, de acordo com a Transgender Europe (TGEU).



@kminhatela





Ciclo da violência doméstica contra a mulher

A violência doméstica comumente apresenta três fases que funcionam de forma cíclica (Walker, 1979). Na primeira fase, há um aumento da tensão em que o autor da violência se irrita por situações insignificantes e apresenta acessos de raiva, enquanto a mulher tenta acalmá-lo ou evita situações que possam deixá-lo tenso. Em geral, a mulher tende a negar o que está acontecendo, esconde os fatos de terceiros e justifica o comportamento agressivo dele. Na segunda fase, os atos de violência são mais destrutivos e geram maior tensão psicológica e somatização na mulher, em que ela pode cogitar a separação ou buscar ajuda.

A terceira fase é marcada pela demonstração de arrependimento, promessas de mudança e comportamento afetivo do autor da violência, cujo objetivo é conseguir a reconciliação. A mulher apresenta um misto de medo, confusão, culpa e ilusão, sentindo-se responsável por ele e mantendo-se no relacionamento abusivo. Ao final, a tensão volta e o ciclo se repete.





Violência contra a mulher na perspectiva da Abordagem Centrada na Pessoa

A construção social do papel feminino é marcada por um sistema patriarcal, machista e misógino que expõe a mulher a vários tipos de violência (Minayo, 2003), incluindo a violência de gênero que se perpetua em diferentes gerações e se fundamenta em valores culturais relacionados à submissão da mulher (Saffioti & Almeida, 1995).

Na perspectiva da Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), a estrutura de self (padrão conceitual organizado e fluido de percepções de características e relações do eu, juntamente com valores ligados a esses conceitos) é formada mediante interação com o ambiente, sobretudo da interação avaliatória com os outros (Rogers, 1951/1992). Isso significa que a mulher introjeta do substrato sociocultural conceitos sobre si mesma, sobre o ambiente e sobre si em relação ao ambiente (Rogers, 1951/1992) a partir do entendimento do que seria um papel social feminino aceitável, constituindo parte do self da mulher.

No contexto de violência em que a mulher vivencia diariamente sucessivas distorções da experiência, a representação mais acurada tende a não ter permissão para entrar à consciência; e, quando raramente entra, a mulher fica ansiosa devido à incoerência ou desacordo interno que comporta em si.

Logo, os valores do autoconceito da mulher em relação ao seu papel social feminino dissociam-se do seu próprio funcionamento orgânico e a experiência é avaliada em termos das atitudes dos outros. As demandas e os valores externos passam a ser aceitos como tão reais quanto os valores associados às experiências diretas. (Rogers, 1951/1992)

Na relação terapêutica, a ACP facilita uma ampliação perceptiva e favorece que a mulher experimente integralmente e aceite novos valores e comportamentos satisfatórios para si mesma, possibilitando uma avaliação consciente e mais realista dos elementos da situação (Rogers, 1951/1992), entre o que seria a “mulher ideal”, que se espera na sociedade, e o que seria a “mulher real”, autorrealizada que satisfaz suas necessidades próprias. O ambiente empático e livre de ameaças propulsiona a tendência à autorrealização e ao processo de tornar-se pessoa (Rogers, 1961/2017), ou melhor, de tornar-se uma mulher livre e autodeterminada.

As intervenções centradas na pessoa permitem também uma simbolização mais acurada das representações sobre o próprio corpo da mulher, o qual têm sido frequentemente percebido como objeto de posse dos homens, podendo ser manipulado, violado ou controlado através de atos violentos. Na violência sexual, por exemplo, os atos violentos acontecem sem o consentimento da mulher, pela força ou ameaça, cujo corpo é percebido como objeto de posse dos homens, podendo ser manipulado, violado ou controlado através de atos violentos.





Na violência sexual, por exemplo, os atos violentos acontecem sem o consentimento da mulher, pela força ou ameaça, cujo corpo é percebido como objeto sexual do homem, gerando sentimentos de submissão, dependência e humilhação na mulher (Monteiro & Souza, 2007; Zancan, Wassermann & Lima, 2013). Tais sentimentos trazem implicações para autoimagem e autoestima da mulher, uma vez que ocorre uma significação negativa sobre si e sobre o próprio corpo (Lima & Castelo Branco, 2023a).

Dessa forma, as intervenções centradas na pessoa voltadas às mulheres em situação de violência devem incluir a ressignificação da sua autoimagem e autoestima, fortalecendo seus recursos internos de enfrentamento e sua capacidade de tomar decisões. Quando a mulher passa a examinar e ressignificar seu quadro de referência interno e os valores associados à sua imagem, ao seu papel social e à sua autoestima por meio de experiências orgânicas diretas, há maior integração, receptividade ao que percebe e sente, menos desacordo interno e novos comportamentos (Lima & Castelo Branco, 2023b).





Destarte, a complexidade do fenômeno da violência contra a mulher convoca o compromisso social e ético-político da ACP. É possível afirmar que essa abordagem contribui para o empoderamento das mulheres ao facilitar uma simbolização mais acurada dos valores introjetados sobre o papel social da mulher e a identificação das condições de valia que dificultam a integração de novos elementos à estrutura de self .

Por outro lado, ainda que a ACP favoreça uma tomada de consciência da mulher em relação aos valores introjetados e distorcidos, a ausência de suporte social/econômico e a atuação ineficiente das políticas públicas para garantir seus direitos contribuem para a manutenção do *status quo*. Nesse sentido, a ACP requer de maiores teorizações e análises críticas sobre o tema, estabelecendo diálogo com as teorias feministas, bem como o desenvolvimento de estratégias que repercutam no contexto macrossocial (Ferreira, 2025).





Atitudes dos plantonistas diante das mulheres em situação de violência

Rogers (1959/1977) estabelece que quando o terapeuta sustenta determinadas condições facilitadoras na relação terapêutica e estas são percebidas pelo cliente, então transcorrerá um processo terapêutico, no qual mudanças poderão ser desencadeadas.

A seguir, serão discutidas as principais atitudes necessárias para o estabelecimento da aliança terapêutica e desse percurso clínico, refletindo e problematizando sua operacionalização frente às demandas relacionadas à violência contra a mulher:

1. Empatia;
2. Consideração positiva incondicional;
3. Congruência;
4. Atitude interseccional.



1. Empatia

A compreensão empática refere-se à capacidade do(a) plantonista em apreender os sentimentos e significações pessoais da mulher e comunicá-los a partir do ponto de vista da cliente, considerando os conteúdos explícitos e implícitos e as expressões verbais e não verbais da mulher (Rogers, 1961/2017).

No contexto da violência contra a mulher, a empatia permite ao (à) terapeuta lidar com sua possível posição de especialista em feminismo e seu desejo implícito de elucidar para a cliente sobre o relacionamento abusivo experienciado, uma vez que se detém ao quadro de referencia interno da mulher e à facilitação da identificação dela sobre seus recursos próprios e autoconhecimento.

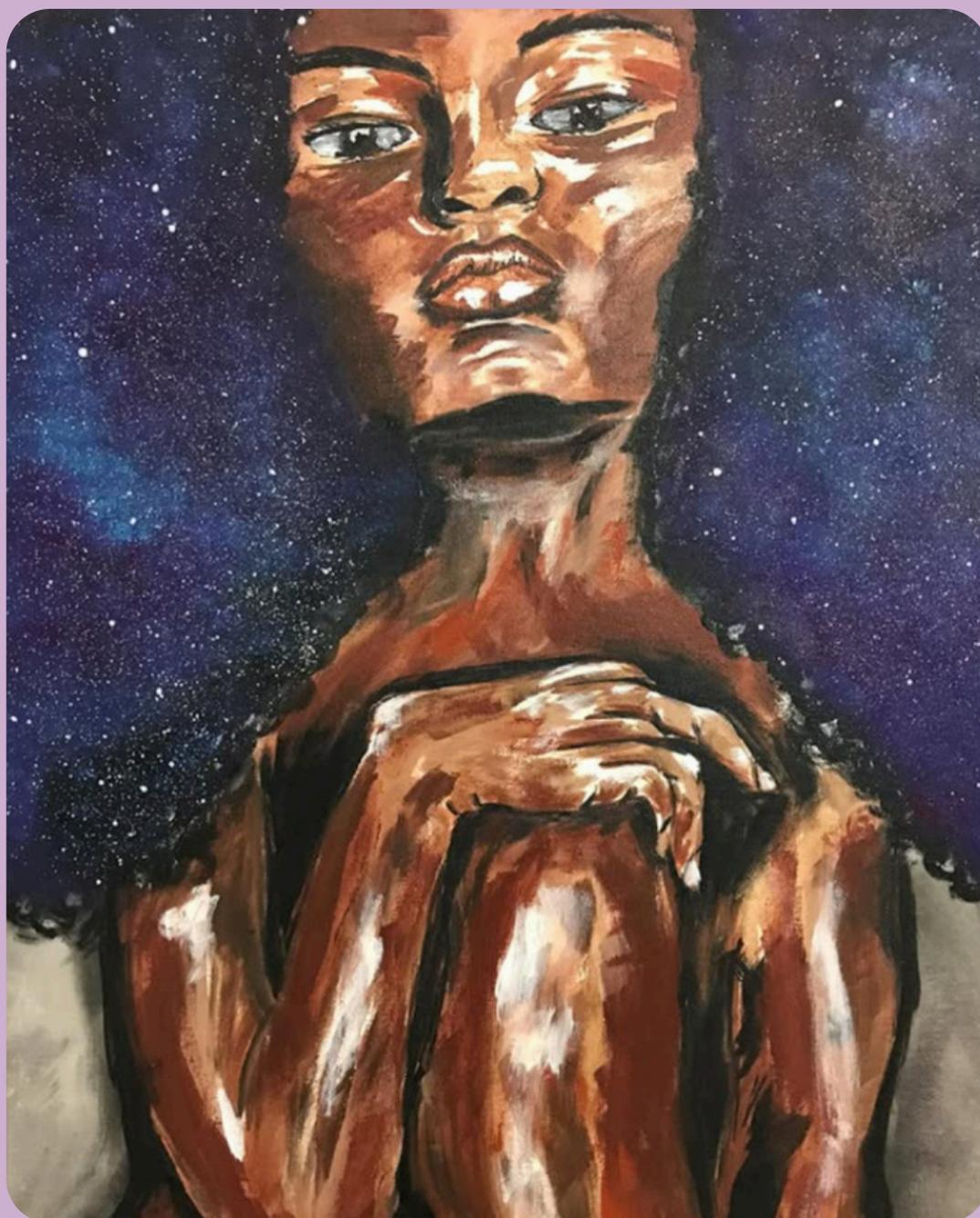
Não se trata do (a) terapeuta em abdicar suas perspectivas teóricas e políticas, mas de não tentar assumir o controle das lutas de suas clientes no contexto terapêutico, confiando nas potencialidades e na tendência autorrealizadora da mulher (Smailes, 2004).

Com efeito, explicitar de forma racional e objetiva sobre a situação de violência vivida pela mulher mediante um referencial externo, possivelmente, não iria garantir mudanças significativas e duradouras em relação a determinados modos de funcionamento da cliente e das suas relações.



Acrescenta-se que as intervenções compreensivas favorecem o acolhimento e a validação das emoções de mulheres que chegam ao serviço de Plantão Psicológico muito mobilizadas e vulneráveis diante da situação de violência.

Assim, a ACP honra a compreensão singular de cada mulher sobre a violência experienciada, mas não deve descontextualizar o sofrimento do seu quadro de gênero e das estruturas opressivas do ambiente social e cultural (Smailes, 2004).



2. Consideração positiva incondicional

Na consideração positiva incondicional, o (a) plantonista considera cada aspecto da experiência da mulher, sendo capaz de apreciar a cliente e suas experiências sem aplicar julgamentos, condições ou critérios de avaliação. Não se trata de aprovar ou concordar com os valores e comportamentos apresentados pelas mulheres, mas de apreciar sua singularidade e totalidade sem estabelecer juízos de valor ou comparações (Rogers & Kinget, 1959/1977; Rogers, 1961/2017).

Em relação a essa atitude, a ACP tem sido frequentemente criticada por ignorar as construções sociais e políticas sobre gênero em favor de uma consideração positiva incondicional, idealizada e isenta de valores. Argumenta-se que a ACP se ampara em uma visão individualista e liberal ocidentalizada que localiza o poder e a escolha na pessoa, acreditando no eu autônomo e privado que pode atuar de forma divorciada do sistema opressivo em que está posicionado.

Isso pode levar ao entendimento simplista e dicotômico de que as mulheres são agentes únicas do seu próprio destino e podem escolher sair ou manter-se na situação de violência, quando, na verdade, há uma complexidade de elementos envolvidos (Smailes, 2004).



As teorias feministas, por outro lado, convocam os indivíduos a questionarem as crenças sobre os papéis e comportamentos aceitos que foram prescritos para homens e mulheres. O feminismo tem objetivos claramente emancipatórios e de conscientização sobre as desigualdades de gênero.

Em relação à violência contra a mulher, o desafio do(a) plantonista centrado (a) na pessoa seria considerar as experiências das mulheres, atentando-se às hierarquias de poder de gênero e às diversas formas como as mulheres respondem à violência (Smailes, 2004).

Uma mulher pode, por exemplo, buscar atendimento no Plantão Psicológico devido à queixa de ansiedade ou depressão, sentindo-se culpada por não ser uma boa mãe e esposa, mas que pode ter uma relação estreita com um contexto de violência doméstica pouco percebida ou explorada. A cliente acredita, inclusive, que o abuso é merecido ou resultado das inadequações dos seus papéis sociais esperados como mulher. Nesse caso, o (a) plantonista deve ser capaz de identificar e considerar os aspectos da experiência da cliente que se apresentam tanto como figura quanto fundo.



3. Congruência

A congruência relaciona-se ao estado de acordo interno do (a) plantonista em que compartilha seus sentimentos e percepções sobre a relação terapêutica com a mulher, sempre que for necessário. Quando a cliente identifica essa atitude, percebe que o (a) terapeuta transmitiu verdade, genuinidade e transparência no atendimento (Rogers & Kinget, 1959/1977). Ao revelar seus sentimentos e seu campo perceptivo à cliente no contexto terapêutico, o (a) plantonista demarca o que considera relevante do ponto de vista terapêutico sobre suas interações com a mulher.

Através da congruência, o terapeuta homem tem a oportunidade de fazer algumas reflexões importantes: Qual posição de poder ocupo como terapeuta homem diante dessa cliente mulher que busca ajuda devido à violência de gênero? Sendo um plantonista homem, como isso pode repercutir na maneira como minha cliente irá ou não compartilhar abertamente sobre sua situação de violência? Como homem, ao personificar a representação masculina, serei capaz de lidar com as eventuais projeções da minha cliente que coloquem em jogo meus próprios privilégios? Conseguirei fazer uma escuta sensível e atenta aos aspectos relacionados ao quadro de gênero, ainda que esteja situado socialmente no lugar que simbolize o papel masculino?





Sendo uma plantonista mulher, por sua vez, a atitude de congruência pode suscitar também algumas ponderações: Como irei lidar com as experiências de violência das minhas clientes, considerando que já passei por experiências traumáticas de violência na minha vida como mulher? Ainda que eu esteja vulnerável na posição de mulher, sou capaz de identificar meus outros lugares de privilégio (como mulher branca, heterossexual e de classe média, por exemplo)? De que forma minha simples presença como terapeuta mulher pode facilitar ou dificultar o processo da minha cliente de atribuir significados às suas experiências de violência? Reconheço tanto o feminismo como a ACP que fazem parte da minha identidade e podem repercutir no atendimento clínico da minha cliente em situação de violência?

Nos casos de violência contra a mulher, portanto, a congruência pode ser uma atitude potente para que as relações e interações da díade terapeuta-cliente possam promover a simbolização consciente das experiências notadamente atravessadas pelo marcador de gênero, permitindo repercussões terapêuticas nos outros relacionamentos interpessoais da mulher e na maneira como compreende seu ambiente sociocultural.



4. Atitude interseccional



Após a aposentadoria de Carl Rogers, criador da ACP, o seu enfoque passou a ser nos campos educacional e grupal (buscando desenvolver aprendizagens significativas e espaços de formação e crescimento interpessoal) em detrimento da clínica individual da personalidade, no entanto, manteve a base experiencial, a tendência à realização e as três atitudes facilitadoras. Por outro lado, o legado rogeriano nesse período de afastamento do cenário acadêmico e as contribuições de seus colaboradores permitiram elaborar novas condições como a presença, o silêncio terapêutico, a intuição, a pré-terapia, a focalização, etc., que influenciaram a clínica centrada na pessoa da atualidade (Castelo Branco, 2022).

Nesse bojo, pensadores rogerianos argumentam que as atitudes facilitadoras clássicas (empatia, consideração positiva incondicional e congruência) são necessárias, porém, nem sempre suficientes para determinadas especificidades (Castelo Branco, 2022). A partir desse entendimento, propomos o que aqui chamamos de atitude interseccional como condição suplementar para intervir frente às demandas relacionadas à violência contra a mulher no contexto do Plantão Psicológico Centrado na Pessoa.



Com inspiração no conceito da interseccionalidade (Crenshaw, 2002; Akotirene, 2019), a atitude interseccional concerne à capacidade do (a) terapeuta em perceber a interação ou a sobreposição de fatores sociais e sistemas de opressão, dominação ou discriminação que tangenciam de forma direta ou indireta às experiências de mulheres em situação de violência e se revelam mediante narrativas experienciais e seus posicionamentos no âmbito clínico.

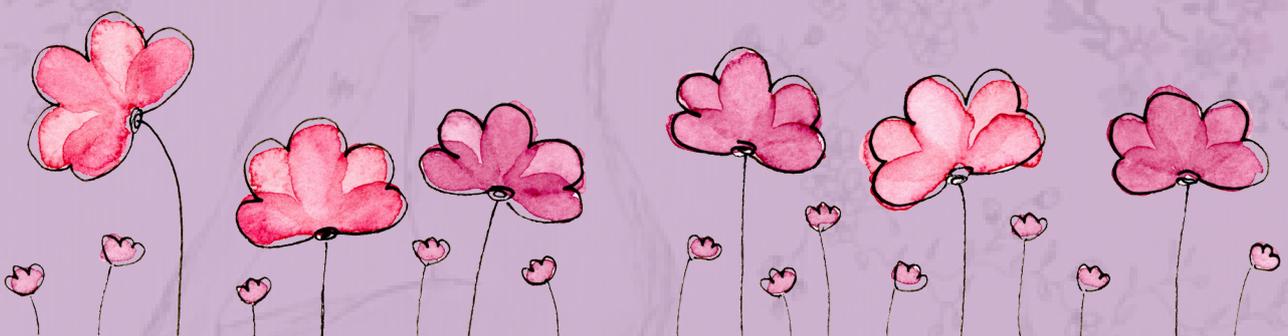
Ao reconhecer que as experiências das mulheres são impactadas por marcadores sociais (tais como gênero, etnia/raça, classe social, saúde mental, etc.) que agem simultaneamente, o (a) plantonista é capaz de refletir com a cliente sobre um sofrimento que também é situado político, histórico, social e culturalmente. Ou seja, as mulheres não são uma categoria homogênea que compartilham as mesmas experiências de vida (McCall, 2005), pois além de simbolizarem de forma singular suas vivências, não ocupam os mesmos lugares que às submetem às múltiplas maneiras de subordinação na sociedade. Em determinadas circunstâncias, o lugar de dor da mulher não pode ser compreendido em sua totalidade quando uma opressão é considerada em detrimento de outra, como se elas não se interrelacionassem.

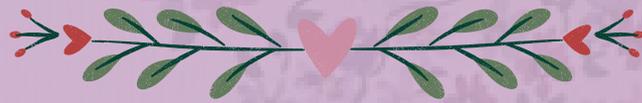




Possíveis intervenções centradas em mulheres em situação de violência no âmbito do Plantão Psicológico

As intervenções centradas na pessoa são denominadas de respostas-reflexo e conformam tipos de expressão empática que refletem aquilo que é apresentado diretamente pelo cliente. Não se trata de técnicas, mas de formas de materializar as atitudes do terapeuta no atendimento psicológico e consolidar a estrutura centrada na pessoa da interação, onde se busca compreender a experiência imediata do cliente sem julgar, interpretar, avaliar ou direcionar o fluxo experiencial. Tais intervenções objetivam refletir, sintetizar, parafrasear, destacar ou deduzir elementos da comunicação verbal ou não verbal do cliente, de modo compreensivo, possibilitando a verificação por parte do próprio cliente, se aquilo que foi dito pelo terapeuta representa de fato o que o cliente está pensando ou sentindo (Rogers & Kinget, 1962/1977).





Por sua vez, o (a) terapeuta verifica alguns possíveis movimentos autorregulatórios que o cliente pode trazer em um atendimento. No que concerne o âmbito específico do Plantão Psicológico centrado em mulheres em situação de violência, esses movimentos facilitam uma simbolização consciente das experiências de violência vivenciadas por elas e incluem autoconsciência (tornar-se mais consciente de seus próprios sentimentos, pensamentos e comportamentos), autocompreensão (entender melhor a si mesmo e suas experiências), autoaceitação (aceitar a si mesmo como é, com todas as suas qualidades e imperfeições) e autodireção (tomar decisões e agir de acordo com seus próprios valores e objetivos) (Castelo Branco, 2019). Na busca das interações entre indivíduo e ambiente, os movimentos autorregulatórios impulsionam a busca por equilíbrio, a auto modificação do organismo para se adaptar ao ambiente, o modificar o ambiente para adequá-lo à experiência, e, a saída do ambiente, visando regular a tensão (Ferreira, 2025).





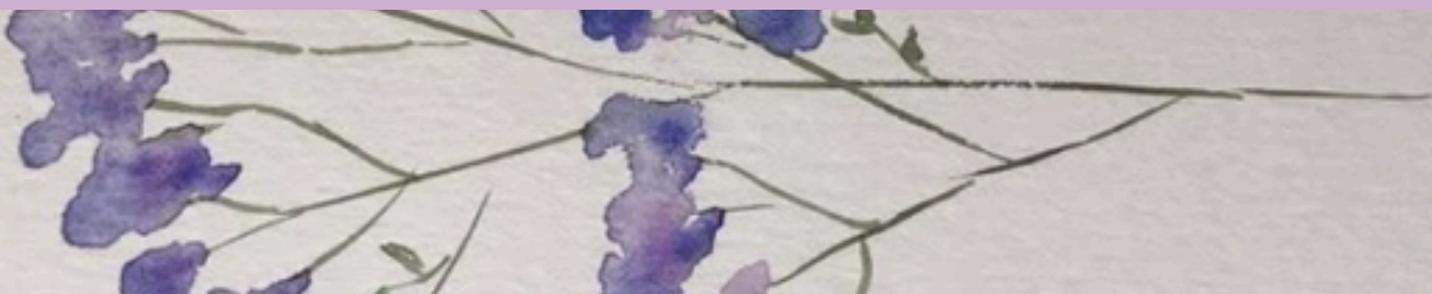
Esse processo de averiguação constitui-se como aspecto basal do processo terapêutico, uma vez que facilita a simbolização consciente das experiências. Há três grandes modalidades de resposta-reflexo mais comuns: reiteração ou reflexo-simples, reflexo dos sentimentos e elucidação ou clarificação. Destaca-se que as respostas-reflexo têm gradações e se localizam dentro de um contínuo (Rogers & Kinget, 1962/1977), sendo possível mapear outras intervenções acepistas, cujas nuances se diferenciam em termos de conteúdo, forma ou objetivo terapêutico.

A seguir, apresentaremos algumas possibilidades interventivas (A. Castelo Branco & P. Castelo Branco, 2023; Rogers & Kinget, 1962/1977), articulando com demandas relacionadas à violência contra a mulher no contexto do Plantão Psicológico Centrado na Pessoa:



Reiteração ou reflexo-simples: Refere-se à reprodução exata da comunicação, respeitando o ritmo da cliente e facilitando à tomada de consciência autônoma da experiência vivida. Resume a comunicação, assinala elementos relevantes, organiza o fluxo verbal, promove contração de elementos secundários ou reproduz as últimas palavras de modo a facilitar a continuação da narrativa. Pode ajudar a diminuir as barreiras defensivas de mulheres que estão na fase de negação da experiência de violência, na qual apresentam dificuldade em se perceber em um relacionamento abusivo ou tentam justificar o comportamento violento do agressor. Essa intervenção possibilita que a mulher se autocompreenda e examine mais atentamente sua situação-problema e seus pontos de vista próprios, podendo eventualmente rever suas crenças e percepções.

Reflexo do sentimento: Visa-se identificar a intenção, a atitude, a significação pessoal e/ou os sentimentos inerentes à comunicação manifesta, considerando o contexto da relação e o comportamento não verbal. Acentua a emoção ou o sentimento e os situa em sua temporalidade (passado, presente ou futuro), enfatizando a experiência imediata.





Ressalta-se que a emoção facilita ou acompanha o comportamento direcionado a uma meta (à exemplo da busca da mulher por aceitação social), sendo importante percebê-la, nomeá-la, discriminá-la e entrar em contato. A depender da fase do ciclo de violência em que se encontra, é comum a mulher sentir vergonha, humilhação, constrangimento, medo, tristeza, culpa e/ou ansiedade. O enfoque na significação emocional, e não no conteúdo intelectual das palavras da cliente, possibilita que as mulheres atribuam novos significados às experiências de violência e entrem em contato com suas emoções e sentimentos. Essa intervenção procura ampliar, diferenciar ou deslocar o centro da percepção da mulher ao evidenciar determinados elementos que pertencem ao campo perceptivo, mas que estão colocados no fundo da comunicação, pois foram obscurecidos pelo revelado dado pela cliente a outros elementos que se apresentam como figura. Assim, a mulher pode integrar novos aspectos relacionados à situação de violência que antes não eram acessados à consciência, uma vez que tem a oportunidade de examinar a natureza e a origem das normas sociais que influenciam nos seus comportamentos e que constituem seu *self*.



Clarificação ou elucidação: Aproxima-se da interpretação, utilizando a lógica dedutiva. Afasta-se um pouco do centro da percepção da cliente e, por isso, o (a) terapeuta evita ser categórico (a). Consiste em captar certos elementos que não decorrem diretamente das palavras da mulher, mas que podem ser razoavelmente deduzidos da comunicação e do contexto. Essa intervenção pode ser importante para apreender aspectos que representam a dinâmica da relação entre a mulher e o autor da violência ou com seu ambiente sociocultural, situando o quadro de gênero que impregna suas experiências. O (A) terapeuta favorece que a cliente perceba possíveis discrepâncias entre o que diz e representa, podendo chegar à conclusão que determinados sentimentos não resultam de um acontecimento particular, mas tem uma origem na imagem do eu e do sistema opressivo que expõe a mulher à subjugação e à violência, por exemplo.





Validação de emoções: O (A) plantonista reconhece que as emoções e sentimentos da mulher são compreensíveis, dignos de atenção e consideração. Essa intervenção é valorosa, sobretudo no contexto de vulnerabilidade e sofrimento agudo de uma mulher em situação de violência que apresenta impactos significativos na sua autoestima. Não se trata de tentar tranquilizar, aliviar a angústia ou amenizar o problema da mulher, pois isso tende a subestimar ou menosprezar o sofrimento e a intensidade da dor da cliente, pois pressupõe que sua reação não é justificada, que o problema não existe ou que não é tão sério como ela o vê.

Contraste: O (A) terapeuta realiza a inversão da figura-fundo. A cliente, por exemplo, coloca como figura outra pessoa na sua narrativa experiencial e o (a) terapeuta destaca a cliente como figura, invertendo a imagem descrita pela mulher. Ao falar muito do outro, também fala de si ou revela algo de si. Essa intervenção contribui para maior implicação da própria pessoa diante da sua situação-problema. Deve atentar-se para não julgar ou criticar. Assim como a elucidação, o contraste pode afetar a cliente de forma desagradável, ainda que temporariamente, mas não constitui uma ameaça à tendência autorrealizadora ou à capacidade de direção autônoma de si.



Assinalar relações: Trata-se de correlacionar conteúdos, situações ou atitudes relatadas pela mulher em outro momento do mesmo atendimento ou em sessões distintas. Essa intervenção pode facilitar a identificação de padrões de comportamento da cliente e/ou do autor da violência que contribuem para melhor entendimento das relações e interações estabelecidas entre essa díade. A mulher, por exemplo, pode examinar mais profundamente a eventual naturalização da violência e sua identificação com homens que apresentam comportamentos violentos. Por outro lado, a mulher pode ponderar que a repetição da violência vivenciada em seus relacionamentos heterossexuais pode ter relação com a construção social de gênero que legitima o poder e a agressividade como características essencialistas da masculinidade.

Além disso, essa intervenção pode promover a identificação de marcadores sociais que se interseccionam simultaneamente e engendram formas de opressão contra a mulher.



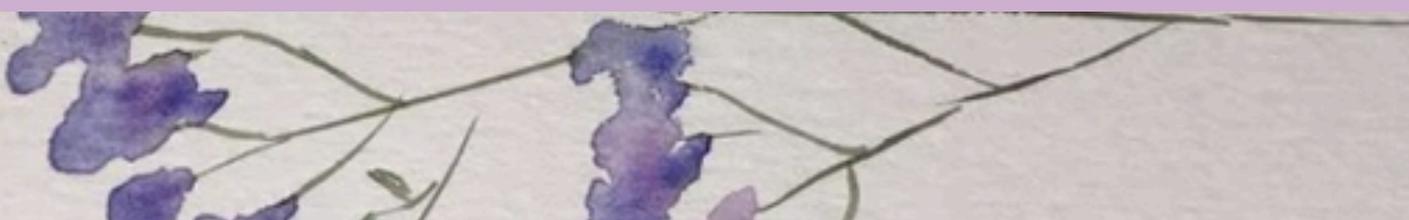


Reflexo sobre a interação terapeuta-cliente: O (A) terapeuta contenta-se, de forma autêntica, em dar à cliente a ocasião de concentrar-se em si mesma, buscando uma implicação dela quando orienta sua conversação ao (à) terapeuta. O modo de funcionamento da cliente, naturalmente, revela-se na interação com o(a) terapeuta. Ao invés de projetar suas próprias questões, inseguranças, tentativas de reafirmação ou de instruir a cliente, o (a) terapeuta se mantém estritamente no ponto de referência subjetivo dela, evitando confronto ou oposição. Com o tempo, a cliente assimila alguns dos princípios da interação terapeuta-cliente mediante contágio social. Pode haver também uma tendência da cliente de transferir para o (a) terapeuta o encargo de fazer as avaliações e tomar decisões, mas o (a) terapeuta deve mobilizar as capacidades potenciais e autodeterminação da própria cliente.



Reflexão de papéis: O (A) terapeuta reflete a natureza do papel social (como mulher, mãe ou esposa, por exemplo) que a cliente desempenha na relação com o outro e com o mundo, de modo a facilitar a identificação das demandas externas (expectativas do outro), suas tendências, possíveis valores introjetados sem correspondência com as necessidades pessoais e as relações entre o eu real e o eu ideal da cliente. Na intercepção da consciência, há evitação de contato, as condições do problema são percebidas como objeto externo e não compreende seu comportamento (ou o considera absurdo), visto que não há clareza no desacordo entre as necessidades orgânicas e do eu.

Reflexão de posições extremadas: O (A) plantonista reformula ou acentua posições extremadas, palavras auto acusadoras, autodepreciativas ou sentimentos ameaçadores que são comuns nas narrativas de mulheres em situação de violência, de modo a dar oportunidade à cliente de examinar as percepções de si, incluindo aspectos da sua autoestima e do corpo-*self* (imagem e conceito que a pessoa tem só sobre o seu próprio corpo, abrangendo suas percepções e a maneira como lida com ele). Ressalta-se que há uma tendência de a cliente mitigar ou corrigir suas afirmações extremas depois que o (a) terapeuta as reflete.





Resposta empática em 1ª pessoa: O (A) terapeuta reformula uma questão da cliente em primeira pessoa, fazendo perguntas e reflexões como se fosse um eco do pensamento da própria mulher. As mulheres em situação de violência, comumente, apresentam dificuldades em compartilhar com pessoas próximas sobre suas atuais circunstâncias e, muitas vezes, não conseguem falar para si mesmas. Essa intervenção portanto, acentua o caráter empático da resposta do (a) terapeuta ao espelhar aquilo que a cliente diria a partir da sua significação pessoal e emocional, permitindo à mulher escutar “sua voz”.





Articulação com a rede de cuidado

A depender do local em que o serviço for implementado e da compreensão que a mulher tem sobre sua situação-problema, o Plantão Psicológico pode acolher mulheres em diferentes fases, a saber: quando ainda não percebem claramente que estão em situação de violência; quando percebem a necessidade de romper o ciclo de violência; quando estão no processo de realizar o exame de corpo delito e buscar comprovar a materialidade da violência; ou quando buscam elaborar as experiências de violência após o término.

Diante dessas especificidades, o Plantão Psicológico deve permitir um trabalho baseado na integralidade e na intersetorialidade, articulando a rede socioassistencial para um trabalho humanizado e de base comunitária, sobretudo quando há necessidade de realizar encaminhamentos corresponsáveis após atendimento (Amorim et al., 2015; Ferreira, 2025) dessas mulheres. Nesse sentido, o serviço de Plantão Psicológico pode ampliar a tomada de consciência da mulher sobre a situação de violência, fortalecendo sua capacidade de tomar decisões, sem desconsiderar o apoio de outros profissionais e dispositivos que a auxiliem e busquem garantir sua segurança nesse processo.



De tal modo, elencamos alguns serviços em que o Plantão Psicológico pode ser implementado ou que o (a) plantonista de determinado dispositivo pode fazer uma articulação intrasetorial ou intersetorial para garantir a integralidade do cuidado e a proteção à mulher em situação de violência:

- Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAMs): São unidades especializadas da Polícia Civil para atendimento às mulheres em situação de violência. As atividades das DEAM's têm caráter preventivo e repressivo, devendo realizar ações de prevenção, apuração, investigação e enquadramento legal, as quais devem ser pautadas no respeito aos direitos humanos e nos princípios do Estado Democrático de Direito. Com a promulgação da Lei Maria da Penha, as DEAMs passam a desempenhar novas funções que incluem, por exemplo, a expedição de medidas protetivas de urgência ao juiz no prazo máximo de 48 horas.



- Departamentos de Polícia Técnica (DPT): É uma instituição que faz parte da Secretaria de Segurança Pública (SSP) e tem como o objetivo planejar, coordenar, dirigir, controlar, fiscalizar e executar a atuação da polícia técnico-científica. Nesse espaço, são realizados perícias, exames, pesquisas e estudos que estão relacionados à prova pericial. A instituição funciona a partir da solicitação de outros órgãos, como a delegacia regional e a delegacia da mulher.
- Ministério Público: É uma instituição responsável pela defesa dos direitos dos cidadãos e dos interesses da sociedade. Sua função é zelar pela boa aplicação da lei, pela ordem jurídica e pela democracia, evitando que um grupo de pessoas, a comunidade ou a própria sociedade tenham seus direitos prejudicados. Como legítimo guardião da sociedade, o Ministério Público tem as portas abertas para que as pessoas possam solicitar a proteção de seus direitos. É importante lembrar que a Instituição não deve ser acionada para proteção de direitos individuais ou assuntos particulares, e sim para causas coletivas. O Ministério Público é um rigoroso fiscal da Justiça e defende os direitos indisponíveis, que são aqueles dos quais não se pode abrir mão.

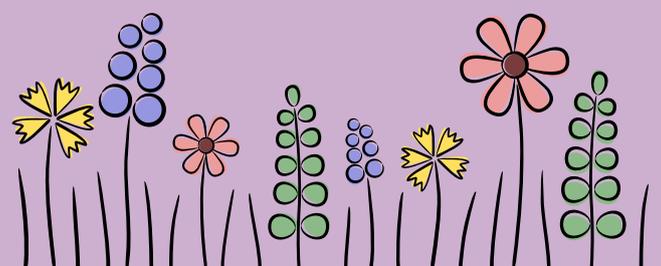


- Defensoria Pública: Se trata de uma instituição permanente no sistema de justiça, que oferece assistência jurídica integral e gratuita para a população que precisa. É função dessa instituição garantir o acesso à justiça, com a promoção da defesa dos direitos fundamentais das pessoas em situação de vulnerabilidade, o que inclui: questões civis, de família, trabalhistas, de direitos humanos e também questões criminais. Mas é função dos defensores públicos também a atuação na educação em direitos. Com isso eles direcionam a população a respeito dos seus direitos e deveres. A Defensoria Pública ajuda na diminuição das desigualdades sociais, fortalecendo a cidadania, garantindo que todos, independentemente de qual seja a condição econômica, tenham um acesso efetivo à justiça.
- Centro de Referência de Assistência Social (CRAS): É a porta de entrada da Assistência Social. É um local público, localizado prioritariamente em áreas de maior vulnerabilidade social, onde são oferecidos os serviços de Assistência Social, com o objetivo de fortalecer a convivência com a família e com a comunidade. A partir do adequado conhecimento do território, o Cras promove a organização e articulação das unidades da rede socioassistencial e de outras políticas. Assim, possibilita o acesso da população aos serviços, benefícios e projetos de assistência social, se tornando uma referência para a população local e para os serviços setoriais.

- Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS): É uma unidade pública da política de Assistência Social onde são atendidas famílias e pessoas que estão em situação de risco social ou tiveram seus direitos violados. A unidade deve, obrigatoriamente, ofertar o Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI), podendo ofertar outros serviços, como Abordagem Social e Serviço para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas famílias. Além de orientar e encaminhar os cidadãos para os serviços da assistência social ou demais serviços públicos existentes no município, no Creas também se oferece informações, orientação jurídica, apoio à família, apoio no acesso à documentação pessoal e estimula a mobilização comunitária.
- ONGs especializadas: São organizações não governamentais que se concentram em áreas específicas e têm como objetivo ajudar pessoas, animais ou proteger o meio ambiente. Elas não têm fins lucrativos e são independentes do governo. Exemplos de ONGs especializadas incluem organizações que atuam na saúde, educação, assistência social, economia e meio ambiente.



- Unidades Básicas de Saúde (UBS): São a porta de entrada para os principais problemas de saúde da população. As equipes são compostas minimamente por diferentes profissionais como enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e dentistas que são qualificados para atender quaisquer condições de saúde dos usuários de todas as idades. Há também uma equipe multiprofissional composta por psicólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos, dentre outros. Em alguns casos pode haver a necessidade de encaminhamento para atendimento por um profissional especializado ou para os serviços de urgência e emergência. Cada UBS é responsável pela assistência à saúde de uma população definida.
- Ambulatórios em hospitais gerais: Unidade de saúde que oferece atendimento médico sem a necessidade de internação. Ele é projetado para atender pacientes que precisam de cuidados médicos, mas que não requerem um acompanhamento contínuo em um ambiente hospitalar. Os serviços oferecidos incluem consultas, exames, tratamentos e acompanhamento de doenças crônicas



- Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): São unidades especializadas no atendimento à saúde mental, parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do SUS. Eles têm como objetivo oferecer um cuidado humanizado e eficiente, abrangendo tanto auxílio psicológico quanto psiquiátrico. Proporcionam serviços de atenção contínua com funcionamento 24 horas, inclusive durante feriados e finais de semana. Além disso, oferecem retaguarda clínica e acolhimento noturno, apoiando outros serviços de saúde mental, como os CAPSad, dispondo de até cinco leitos para acolhimento noturno. Criados no âmbito da Reforma Psiquiátrica, surgiram como alternativa ao modelo hospitalocêntrico e manicomial, substituindo tratamentos excludentes por práticas comunitárias e integradoras. Existem diferentes modalidades de CAPS.
- Clínicas-escolas: Unidade de atendimento vinculada a instituições de ensino, onde estudantes de graduação oferecem assistência à comunidade sob a supervisão de professores. Essas clínicas atuam em diversas áreas, como odontologia, psicologia e fisioterapia, proporcionando atendimento geralmente gratuito ou a preços acessíveis. Além de atender a população, também servem como um espaço de aprendizado prático para os alunos, permitindo que eles testem seus conhecimentos em situações reais.



Considerações finais

O Plantão Psicológico centrado em mulheres em situação de violência apresenta estratégias potentes que facilitam o acolhimento imediato, a redução da tensão, a emergência de insights, a ampliação perceptiva e a simbolização mais acurada das experiências, situando-as no quadro de gênero e nas interseções com outros marcadores sociais que geram sistemas de opressão. Para tal, é necessário atualizar e flexibilizar as noções teóricas da ACP, de modo a refletir sobre seus possíveis diálogos com as teorias feministas. O maior desafio da elaboração dessa cartilha foi abordar um tema complexo, de forma crítica e reflexiva, ao mesmo tempo, que pudesse ser prático e acessível para subsidiar intervenções centradas na pessoa diante das especificidades das demandas relacionadas à violência contra a mulher. Espera-se que esse material contribua para a formação e atuação de plantonistas e sirva de mote para o desenvolvimento de novas pesquisas científicas sobre o tema.

Referências

- Akotirene, C. (2019). Interseccionalidade. São Paulo: Editora Jandaíra.
- Amorim, F. B. T., Andrade, A. B. de, & Castelo Branco, P. C. (2015). Plantão psicológico como estratégia de clínica ampliada na atenção básica em saúde. *Contextos Clínicos*, 8(2), 141-152. <http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2015.82.03>.
- Azambuja, M. P. R., & Nogueira, C. (2008). Introdução à violência contra as mulheres como um problema de direitos humanos e de saúde pública. *Saúde e Sociedade*, 17(3), 101-112. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000300011>.
- Brasil. Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm.
- Castelo Branco, P. C. (2019). Do acolhimento da queixa à compreensão da demanda na terapia centrada no cliente. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 21(3), 13-24. <https://doi.org/10.5935/2318-0404.20190011>
- Castelo Branco, P. C. (2021). Aspectos epistemológicos, históricos e contemporâneos do serviço de plantão psicológico: ensaio reflexivo. *Phenomenology, Humanities and Sciences*, 2(2), 265-274. <https://phenomenology.com.br/index.php/phe/article/view/128/79>.
- Castelo Branco, P. C. (2022). Análise das teorias da personalidade e da psicoterapia de Carl Rogers. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 15(1), 1-21. <https://doi.org/10.36298/gerais202215e17445>.
- Castelo Branco, A. B. de A., & Castelo Branco, P. C. (2023). Psicoterapia breve centrada na pessoa no contexto hospitalar. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 25(1), 01-11. DOI 10.5935/2318-0404.20230002.



Cerqueira, D. & Bueno, S. (2023) Atlas da violência 2023. Brasília: Ipea; FBSP. <https://dx.doi.org/10.38116/riatlasdaviolencia2023>.

Chauí, M. (1985). Participando do debate sobre mulher e violência. Em R. Cardoso, M. Chauí & M. C. Paoli. (Orgs.), *Perspectivas antropológicas da mulher*. (Vol. 4, pp. 25-62). Rio de Janeiro: Zahar Editores.

Crenshaw, K. (2002). Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Rev. Estudos feministas*, 10(172), 171-188.

Ferreira, M. M. S. V. (2025). *Plantão psicológico centrado em mulheres em situação de violência atendidas no Departamento de Polícia Técnica*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal da Bahia].

Gadoni-Costa, L. M., & Dell'Aglio, D. D. (2009). Mulheres em situação de violência doméstica: vitimização e coping. *Gerai*: Revista Interinstitucional de Psicologia, 2(2), 151-159. Recuperado em 15 de outubro de 2023, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202009000200010&lng=pt&tlng=pt.

Lima, M. C. S., & Castelo Branco, P. C. (2023a). Releitura da teoria rogeriana da personalidade sobre os fenômenos da autoimagem corporal e autoestima. *Psicopatologia Fenomenológica Contemporânea*, 12(1), 20-36. <https://doi.org/10.37067/rpfc.v12i1.1128>.

Lima, M. C. S., & Castelo Branco, P. C. (2023b). Terapia Centrada na Pessoa e Processo de Reorganização da Autoimagem e Autoestima: Pesquisa-Ação. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 23(2), 766-785.

Mahfoud, M. (2012). A vivência de um desafio: plantão psicológico. In: Mahfoud, M. (Org.) *Plantão psicológico: Novos horizontes* (pp. 17-29). Companhia Ilimitada.



Mahfoud, M., Drummond, D. M. Brandão, J. M. & Silva, R. O. (2012). Pesquisar processos para apreender experiências: plantão psicológico à prova. In: Mahfoud, M. (Org.). Plantão psicológico: Novos horizontes (pp. 97-130). Companhia Ilimitada.

Mahfoud, M. (2013). Desafios sempre renovados: Plantão psicológico. Em M. Tassinari, A. P. S. Cordeiro, & W. T. Durange (Orgs.). Revisitando o plantão psicológico centrado na pessoa (pp. 33-50). CRV.

Minayo, M. C. S. (Org.). (2003). Violência sob o olhar da saúde: infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz.
<https://doi.org/10.7476/9786557081150>.

McCall, L. (2005). The complexity of intersectionality. Signs: Journal of Women in Culture and Society, 30(3), 1771–1800.
<https://www.journals.uchicago.edu/doi/10.1086/426800>.

Monteiro, C. F. S. & Souza, I. E. O. (2007). Vivência da violência conjugal: Fatos do cotidiano. *Texto Contexto Enferm.*, 16(1), 26-31.

Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS. (2021). Devastadoramente generalizada: 1 em cada 3 mulheres em todo o mundo sofre violência.
<https://www.paho.org>.

Perches, T. H. P., & Cury, V. E. (2013). Plantão psicológico em hospital e o processo de mudança psicológica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 29(3), 313-320. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722013000300009>.

Reis, A. A., & Vieira, E. M. (2019). Psicologia Clínica, Políticas Públicas e Violência contra a Mulher – um Diálogo a Partir do Plantão Psicológico. Em Lemos, F. C. S., et al (Org.), *Subjetividades e Democracias: Escritas Transdisciplinares* (pp. 263-277). Curitiba: Editora CRV.



Rocha, H. R. (2025). Plantão psicológico centrado em pessoas com queixa de ansiedade. [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal da Bahia].

Rogers, C. R. (2005). Psicoterapia e consulta psicológica (Ferreira, M., Trad.). Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1942).

Rogers, C. R. (2017). Tornar-se pessoa. Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1961).

Rogers, C. R. (1992). Terapia Centrada no Cliente. Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1951).

Rogers, C. R., & Kinget, G.M. (1977). Psicoterapia e Relações Humanas: teoria e prática da terapia não-diretiva (2. ed., Vol. 1, pp. 157-180.). Interlivros. (Trabalho original publicado em 1959).

Rosenthal, R. W. (2012). Plantão de psicólogos do Instituto Sedes Sapientiae: uma proposta de atendimento aberto à comunidade. In: Mahfoud, M. (Org.) Plantão psicológico: Novos horizontes (pp. 31-44). Companhia Ilimitada.

Saffioti, H. I. B., & Almeida, S. S. (1995). Violência de gênero: Poder e impotência. Rio de Janeiro: Revinter.

Scorsolini-Comin, F. (2015). Plantão psicológico e o cuidado na urgência: panorama de pesquisas e intervenções. *Psico-USF*, 20(1), 163–173. <https://doi.org/10.1590/1413-82712015200115>.

Smailes, S. (2004). Making Connections: Domestic Violence, Feminism and Person-Centred Therapy. Em M.B. Napier, & G. Proctor. (Orgs.) *Encountering Feminism: Intersections between feminism and the person-centred approach*. (pp. 207-220). Ross-on-Wye: PCCS Books.



Sousa, R. V., Uchôa, A. M. V., & Barreto, M. R. N. (2024). Fontes de informação sobre a violência contra a mulher no Brasil. *Serviço Social & Sociedade*, 147(2), e-6628376. <https://doi.org/10.1590/0101-6628.376>.

Tassinari, M. A. (2003). *A clínica da urgência psicológica: Contribuições da abordagem centrada na pessoa e da teoria do caos* (Tese de Doutorado). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Tassinari, M. (2009). Plantão psicológico como promoção de saúde. Em A, Bacelar. (Org.). *A psicologia humanista na prática: reflexões sobre a Abordagem Centrada na Pessoa*, 185-201. Palhoça: Editora UNISUL.

Vieira, E. M., Ribeiro, G. D. P. D; Souza, B. N; Moreira, J. O., & Oliveira, P. A. (2014). Psychological duty andtherapeutic relationship: the point of view of attendedclients. *Psychology*, 5(7), 762-776. <http://dx.doi.org/10.4236/psych.2014.57087>.

Walker, L. (1979). *The battered woman*. New York: Harper and How.



"Toda caminhada começa no primeiro passo
A natureza não tem pressa,
segue seu compasso
Inexoravelmente chega lá"

Accioly Neto

