

Ciclos De Abusos: Fatores Psicossociais Na Dinâmica E Perpetuação Da Violência Doméstica

Líliam Dos Reis Lopes

*Faculdade De Ciências Jurídicas Estratego
Psicologia, Direito E
Doutora Em Psicologia Da Educação*

Elenilde Lucena De Souza Martins

*Universidade Federal Do Pará - UFPA
Psicologia E Mestra Em Psicologia*

Mônica Soraia Alves Dantas

*Universidade Da Amazônia - UNAMA
Psicologia
Especialização Em Neuropsicologia*

Jusele De Souza Matos

*Universidade Da Amazônia - UNAMA
Psicologia E Mestre Em Psicologia*

Quellen Daniela Costa Da Silveira

*Universidade De Caxias Do Sul/RS
Psicologia E Especialização Em Neuropsicologia E TEA*

Max Alecsander Cruz Costa

*Universidade Federal Do Pará - UFPA
Psicologia E Especialista Em Gestão Em Saúde
Neuropsicopedagogia Clínica E Reabilitação Cognitiva*

Emilly Lima Paredes

*Instituto Macapaense De Ensino Superior
Psicologia*

Luis Gonzaga Lopes Da Silva Neto

*Universidade Mauricio De Nassau
Psicologia E Mestrando Educação E AEE*

André Costa Da Silva

*Universidade Paulista - UNIP
Psicologia E Mestre Em Ciências Da Educação*

Maria José Carvalho Da Conceição Marinho

*Universidade Federal Do Oeste Do Pará - Ufopa
Letras E Mestre Em Letras*

Jose Francisco De Sousa

*Universidade De Ciências
Empresariais E Sociais - UCES Unb/CEUB
Direito, Psicologia E Doutor Em Psicologia*

Luciana Gonçalves Dos Santos Monteiro

*Universidade Federal Do Recôncavo Da Bahia - UFRB
Serviço Social E Mestranda Em Política Social E Territórios*

Olsymara Cavalcanti

*Universidade Do Estado De Minas Gerais - UEMG
Curso Serviço Social
Mestre Em Docência Universitária*

Anderson Wagner Santos De Araújo

*Universidade Do Estado Da Bahia - UNEB
Direito, Pedagogia E Mestre Em Ecologia Humana*

Odaíze Do Socorro Ferreira Cavalcante Lima

*Universidade Federal Do Pará - UFPA
Advogada E Mestra Em Ciências E Meio Ambiente*

Resumo

Este estudo investiga os fatores psicossociais que moldam a dinâmica e a persistência da violência doméstica, compreendendo-a como um fenômeno multifatorial no qual dimensões individuais, relacionais, comunitárias e socioculturais interagem de maneira cumulativa. Analisa-se o papel da dependência emocional, dos estilos de apego, da regulação emocional e de traços de personalidade na vulnerabilidade de vítimas e autores; discute-se a influência de crenças normativas, do sexismo ambivalente, da desigualdade de poder e de roteiros culturais que naturalizam o controle e o ciúme; examina-se como a reprodução intergeracional, por meio de aprendizagem social e memórias traumáticas, contribui para a manutenção de padrões abusivos ao longo do ciclo vital. Integram-se ainda perspectivas de risco e proteção, incluindo isolamento social, barreiras econômicas, acessibilidade a redes de apoio e efetividade das respostas institucionais (saúde, justiça, assistência). O artigo adota um enquadramento ecológico e de ciclo de vida, enfatizando como eventos críticos — gravidez, desemprego, enfermidades, migração, uso de substâncias e crises econômicas — podem atuar como gatilhos ou amplificadores de violência. Por fim, propõem-se diretrizes para prevenção e intervenção: triagem e avaliação de risco baseadas em evidências; estratégias de fortalecimento da autonomia e da segurança; abordagens terapêuticas centradas em trauma; programas de reeducação de autores; e políticas públicas intersetoriais que enfrentem as raízes estruturais da violência. Ao articular níveis micro e macro, o estudo oferece uma compreensão integrada dos ciclos de abuso e caminhos factíveis para sua interrupção sustentável.

Palavras-chave: *Violência doméstica; Psicologia forense; Ciclos de abuso; Fatores psicossociais; Dinâmica familiar.*

Date of Submission: 01-01-2026

Date of Acceptance: 10-01-2026

I. Introdução

A violência doméstica constitui um problema de saúde pública, de direitos humanos e de justiça social que atravessa fronteiras geográficas, classes sociais e recortes identitários. Não se trata de episódios isolados, mas de um padrão de interação marcado por assimetrias de poder, controle coercitivo e violações reiteradas da integridade física, psicológica, sexual, patrimonial e moral das vítimas. O conceito de “ciclos de abuso” traduz a dinâmica temporal dessa violência: fases de tensão, explosão, apaziguamento (“lua de mel”) e nova escalada, frequentemente ancoradas em promessas de mudança que não se concretizam. A recorrência do ciclo, entretanto, não é produto de “fraqueza” individual; ela emerge da interseção de fatores psicológicos, relacionais e socioculturais que, combinados, dificultam a ruptura. Compreender esses mecanismos é essencial para planejar intervenções preventivas e terapêuticas eficazes, bem como para desenhar políticas públicas que reduzam a incidência e a letalidade.

Sob uma lente ecológica, a violência doméstica deve ser analisada em múltiplos níveis: individual (histórias de vida, saúde mental, uso de substâncias, estilos de apego), relacional (padrões de comunicação, ciúme, dependência, estratégias de resolução de conflitos), comunitário (rede de apoio, oportunidades econômicas, normas locais) e societal (ideologias de gênero, racismo, homofobia, desigualdade, impunidade). Cada nível oferece riscos e proteções, e sua combinação explica por que, diante de estressores semelhantes, algumas famílias entram em espirais abusivas enquanto outras desenvolvem respostas regulatórias e de cuidado. Em vez de reduzir a violência a uma “patologia do autor” ou a “escolhas da vítima”, a abordagem ecológica considera o entrelaçamento de variáveis, o papel de contextos e a historicidade dos vínculos.

No nível individual, a dependência emocional pode se tornar uma armadilha afetiva. Pessoas com história de perdas precoces, traumas não elaborados ou estilos de apego ansioso tendem a hipervalorizar o vínculo e a temer o abandono, interpretando sinais ambíguos como ameaça à continuidade da relação. Em cenários de controle e desqualificação, a necessidade de aprovação e a crença de que “com amor e paciência a pessoa muda” sustentam a permanência. Ao mesmo tempo, autores de violência podem exibir padrões de apego desorganizado, baixa tolerância à frustração, impulsividade, ciúme patológico e estratégias de regulação emocional baseadas em externalização (culpabilização do outro, minimização, negação). A violência, nesse registro, opera como uma resposta disfuncional às ameaças percebidas ao status, ao controle ou à autoestima, frequentemente exacerbada pelo uso de álcool e outras drogas, por estresse crônico e por distorções cognitivas (p. ex., “se me ama, obedece”; “tenho direito de saber tudo”; “foi só um empurrão, não é violência”).

A dimensão relacional amplia esse quadro. Relações abusivas costumam apresentar assimetrias de poder e padrões comunicacionais desadaptativos: escaladas de hostilidade, retaliações, “teste” de limites, chantagens afetivas, interdições de contato com amigos e familiares, monitoramento de celulares e perfis digitais, controle financeiro. O ciúme, romantizado como prova de amor em muitos roteiros culturais, funciona na prática como dispositivo de vigilância e de isolamento, corroendo a autonomia. O ciclo de abuso se alimenta de recompensas intermitentes — gestos de carinho, presentes, pedidos de desculpas — que reforçam a esperança e a dependência, reproduzindo uma lógica semelhante à de reforço variável descrita em modelos de aprendizagem: o alívio da tensão após a explosão e o subsequente apaziguamento funcionam como “prêmios” que mantêm a pessoa no sistema.

No plano comunitário, a existência (ou ausência) de redes de apoio altera significativamente o desfecho. Vizinhos, amigas, parentes, lideranças religiosas e profissionais da ponta (agentes comunitários, professoras, equipes de saúde) podem desempenhar papéis protetivos ao legitimar a narrativa da vítima, ajudar na avaliação de risco, orientar sobre serviços, acolher temporariamente e intermediar o acesso a recursos. Quando essas redes estão ausentes ou capturadas por normas que naturalizam a violência (“briga de marido e mulher ninguém mete a colher”; “em família a gente resolve”), a vítima se isola e perde referências externas. Barreiras econômicas reforçam o aprisionamento: dependência financeira, jornada de cuidado de filhos, ameaça de perda de moradia, medo de retaliação laboral. Em regiões com baixa oferta de serviços especializados ou com respostas institucionais fragmentadas, a circulação entre delegacia, pronto atendimento e assistência social torna-se penosa e, por vezes, re-traumatizante.

Estruturas sociais e culturais fornecem o pano de fundo que legitima ou coíbe a violência. Papéis de gênero rigidamente hierarquizados, sexismo ambivalente (que alterna idealização e hostilidade), crenças heteronormativas que negam a legitimidade de outras formas de família, racismo estrutural que precariza o acesso a direitos e naturaliza a dor de determinados corpos, todos esses elementos erguem um “campo normativo” favorável ao controle e à punição da desobediência. Em tais contextos, a violência doméstica pode ser ressignificada como “correção”, “educação” ou “assunto privado”, o que desincentiva denúncias e enfraquece a responsabilização. A impunidade — entendida como baixa probabilidade de sanção combinada a respostas institucionais lentas ou descoordenadas — retroalimenta o ciclo, comunicando aos autores que os custos do ato são baixos e às vítimas que os benefícios da busca de ajuda são incertos.

Outro vetor decisivo é a reprodução intergeracional. Crianças expostas a violência doméstica internalizam modelos de relação em que amor, medo e dor se confundem. No futuro, podem replicar ou tolerar agressões por aprendizados observacionais, por hipervigilância e por estratégias de autoproteção que se tornam padrão mesmo em situações seguras. Não há determinismo: muitos rompem esses guias aprendidos quando encontram vínculos seguros, oportunidades de reflexão e contextos sociais protetivos. Contudo, a repetição de scripts ao longo do ciclo vital é comum, especialmente quando traumas não são elaborados e quando a vida adulta reitera condições de vulnerabilidade (precarização econômica, discriminação, adiamento de projetos, perdas, adoecimentos).

Para traduzir essa complexidade em ação, modelos de risco e proteção ajudam a classificar e priorizar intervenções. Fatores de risco incluem histórico de violência prévia, ameaça de morte, posse de armas pela pessoa agressora, ciúme obsessivo, perseguição, escalada recente de intensidade, separação iminente e uso problemático de substâncias. A presença simultânea de múltiplos fatores amplia dramaticamente a probabilidade de desfechos graves, o que exige planos de segurança sob medida (rotas de fuga, palavras-chave com pessoas de confiança, cópias de documentos em local seguro, recursos financeiros mínimos, contato com abrigos, mapeamento de horários de maior risco). Fatores de proteção englobam rede de apoio ativa, autonomia econômica, escolaridade, acesso a serviços intersetoriais de qualidade, vínculo terapêutico, políticas públicas responsivas e medidas protetivas efetivamente fiscalizadas.

Eventos críticos alteram a pressão no sistema familiar e podem atuar como gatilhos. Gestação e puerpério são períodos de risco elevado para a mulher, tanto pela reorganização emocional e hormonal quanto pela intensificação de dependências materiais. Desemprego e crises econômicas fragilizam identidades e elevam conflitos relacionados à provisão; enfermidades e incapacidades aumentam o estresse de cuidado e podem

desencadear descompensações. Migrações e deslocamentos, ao romperem redes de apoio, expõem famílias a incertezas e a barreiras linguístico-culturais. O uso de substâncias pode reduzir inibições e controle de impulsos, ampliando a probabilidade de agressão. Nenhum desses elementos “causa” a violência por si só; eles interagem com vulnerabilidades prévias e contextos normativos permissivos, modulando a probabilidade de eclosão e a gravidade dos episódios.

A violência doméstica deve ser situada também no campo dos direitos. Convenções internacionais, legislações específicas e diretrizes de saúde reconhecem a violência como violação de direitos humanos e recomendam respostas integradas: prevenção primária (mudança de normas, educação para igualdade e respeito, promoção de habilidades socioemocionais), secundária (detecção precoce, avaliação de risco, proteção rápida) e terciária (tratamento de traumas, reabilitação e responsabilização de autores, reconstrução de redes). A incorporação de perspectivas interseccionais é crucial para não universalizar experiências: mulheres negras, indígenas, pessoas LGBTQIA+, migrantes e pessoas com deficiência enfrentam obstáculos específicos, desde estigmas adicionais até barreiras objetivas de acesso, exigindo políticas e protocolos sensíveis a tais diferenças.

No plano da clínica, o cuidado informado por trauma tem se mostrado um norte importante. Ao reconhecer que sintomas como dissociação, hipervigilância, anestesia afetiva e evitação podem ser respostas adaptativas a perigos persistentes, o enfoque desloca a pergunta “o que há de errado com você?” para “o que aconteceu com você?”. Intervenções psicoterápicas baseadas em evidências — como terapias focadas em traumas, treinamento em regulação emocional, reconstrução de autoeficácia e suporte para tomada de decisão — precisam ser acopladas a medidas de segurança. Em muitos casos, a prioridade não é interpretar o passado, mas organizar o presente: garantir proteção, estabilizar rotinas, recuperar documentos, articular renda e moradia, fortalecer vínculos de confiança. Sem bases materiais e sem redução imediata do perigo, intervenções exclusivamente psicológicas tendem a fracassar ou a re-traumatizar.

Quanto aos autores de violência, programas de reeducação, quando bem desenhados e conectados ao sistema de justiça, podem reduzir reincidência, especialmente se abordarem crenças legitimadoras, habilidades de regulação emocional, comunicação não violenta e responsabilização. Tais programas, porém, não substituem a necessidade de medidas protetivas rápidas e efetivas para as vítimas. A articulação entre responsabilização e reabilitação é delicada e depende de monitoramento, metas claras e consequências definidas para violações. A coordenação intersetorial evita a pulverização de esforços: a saúde identifica e trata, a assistência social acolhe e orienta, a segurança pública protege e investiga, a justiça garante medidas e julgamentos céleres; todos reportam e aprendem com dados de qualidade.

A dimensão digital adiciona camadas contemporâneas aos ciclos de abuso: vigilância por aplicativos espíões, extorsão com nudes, perseguição em redes sociais, controle remoto de dispositivos residenciais. A violência tecnológica, além de ampliar o alcance do agressor, dificulta a percepção de risco por parte de terceiros e requer protocolos específicos de higiene digital: redefinição de senhas, autenticação em dois fatores, varredura de spyware, educação sobre engenharia social, separação de contas e dispositivos, avaliação de riscos de geolocalização. Serviços de atendimento precisam incorporar esses elementos ao roteiro de triagem e ao plano de segurança, uma vez que a “porta de entrada” da violência pode ser hoje majoritariamente online.

A produção de dados confiáveis é outra fronteira crítica. Subnotificação, classificações heterogêneas e sistemas que não se comunicam geram opacidade e dificultam tanto a prevenção quanto a responsabilização. Sem indicadores sensíveis à trajetória — por exemplo, tempo entre denúncia e medida protetiva, taxa de descumprimento, letalidade após denúncias, reincidência por perfil de risco —, políticas ficam reféns de impressões e de respostas reativas. A construção de observatórios intersetoriais com dados desagregados por território, raça/cor, idade e orientação sexual/identidade de gênero permite identificar pontos quentes, ajustar alocação de recursos e avaliar a efetividade de intervenções ao longo do tempo. Transparência e proteção de dados precisam caminhar juntas, com anonimização e governança ética.

A literatura mostra que rupturas de ciclos raramente ocorrem de uma vez; são processos, feitos de idas e vindas, tentativas, recuos e, por vezes, reatamentos. Culpar a vítima por “voltar” ignora contextos de ameaça, dependência econômica, manipulação emocional e esperança sincera de mudança. Intervenções eficazes reconhecem esse movimento e oferecem portas sempre abertas, sem punição moral, valorizando cada passo: acessar um serviço, confidenciar a alguém, guardar dinheiro, buscar informações jurídicas, registrar ocorrência, solicitar medida protetiva, aceitar acolhimento. O respeito ao tempo subjetivo, combinado à avaliação objetiva de risco, aumenta a adesão e reduz danos.

A prevenção primária, por sua vez, deve começar cedo e ser contínua. Programas escolares que desenvolvem habilidades socioemocionais, pensamento crítico sobre normas de gênero e resolução não violenta de conflitos, aliados a ações comunitárias de engajamento masculino e paternidades cuidadoras, constroem “imunidade social” contra a violência. Campanhas massivas eficazes evitam o apelo moralista e investem em mensagens claras, repetidas e praticáveis: como reconhecer sinais, como oferecer ajuda segura, como acionar serviços, como planejar a própria segurança. O envolvimento de líderes locais, influenciadores e mídias comunitárias amplia alcance e legitimação.

O financiamento está no centro da sustentabilidade. Políticas de sucesso exigem recursos previsíveis e linhas orçamentárias protegidas para manutenção de abrigos, equipes multiprofissionais, formação continuada, tecnologia, campanhas e monitoramento. Sem essa base, programas degeneram em projetos episódicos e perdem capacidade de resposta. A coordenação federativa ajuda a reduzir desigualdades regionais, enquanto arranjos com organizações da sociedade civil podem expandir cobertura e inovar em formatos, desde que acompanhados de critérios de qualidade e accountability.

Por fim, a ética do cuidado orienta todas as etapas. Atendimentos centrados na pessoa, sem julgamentos, com linguagem acessível e respeito à autonomia, são mais efetivos e diminuem retraumatização. Profissionais precisam de supervisão e cuidado institucional, dada a alta carga emocional do trabalho e o risco de fadiga por compaixão. A própria rede deve ser cuidada para cuidar: protocolos claros, fluxos definidos e espaços regulares de aprendizagem e de apoio.

Esta introdução, portanto, delinea a violência doméstica como um fenômeno complexo e multicausal, cuja persistência se explica pela convergência de vulnerabilidades psicológicas, padrões relacionais de controle, déficits de rede, normas culturais permissivas e respostas institucionais insuficientes. Os ciclos de abuso não se mantêm por acaso: eles são produzidos e reproduzidos por sistemas que, quando não confrontados, naturalizam o sofrimento e desresponsabilizam agressores. Enfrentá-los requer, ao mesmo tempo, diagnósticos finos (que diferenciem riscos e trajetórias), intervenções centradas em segurança e autonomia, e políticas públicas capazes de atuar sobre determinantes estruturais. Ao articular níveis micro e macro, ao respeitar ritmos subjetivos e ao ancorar ações em evidências, é possível interromper trajetórias de violência e construir relações mais seguras, justas e saudáveis.

II. Metodologia

Desenho do estudo e enquadramento analítico

Adotou-se um **desenho misto convergente** (*convergent mixed-methods*), combinando componentes **quantitativos** (coorte prospectiva com seguimento de 12 meses e análises multivariadas) e **qualitativos** (entrevistas em profundidade e grupos focais), integrados por **triangulação** de achados ao final do ciclo analítico. A escolha deve-se ao caráter **multicausal** e **ecológico** da violência doméstica, que exige captar tanto **padrões estatísticos** de risco/proteção quanto **mecanismos processuais** vividos por vítimas e autores ao longo dos **ciclos de abuso** (tensão → explosão → apaziguamento → reescalada).

O enquadramento conceitual orientador foi **ecológico e de ciclo de vida**, articulando níveis **individual** (história de trauma, apego, regulação emocional, saúde mental, uso de substâncias), **relacional** (comunicação, ciúme, controle coercitivo), **comunitário** (rede de apoio, recursos econômicos) e **societal** (normas de gênero, racismo, impunidade). Na análise explicativa, empregou-se uma lógica **Contexto–Mecanismo–Resultado (CMR)** da **avaliação realista**, para explicitar como certos mecanismos (p. ex., isolamento, ambivalência afetiva, reforço intermitente) são ativados em contextos específicos e produzem resultados (p. ex., permanência ou ruptura).

Locais, população e critérios de elegibilidade

O estudo ocorreu em **quatro capitais e oito municípios** de médio porte, selecionados por **amostragem estratificada por conglomerados** para maximizar **heterogeneidade** de arranjos de serviços (saúde, justiça, assistência) e **variação socioeconômica**. O **braço quantitativo** recrutou participantes em **12 serviços sentinela**: duas delegacias especializadas, dois serviços de referência em violência (saúde), dois centros de assistência social, dois abrigos, duas varas de violência doméstica e dois ambulatorios de saúde mental. O **braço qualitativo** recrutou participantes nos mesmos serviços e por **bola de neve** supervisionada.

Critérios de inclusão (vítimas): idade ≥ 18 anos; experiência de violência por parceiro íntimo nos 12 meses prévios (qualquer forma: física, psicológica, sexual, patrimonial, moral, digital); disponibilidade para **acompanhamento trimestral** por 12 meses; posse de telefone celular ativo (apenas para subamostra EMA). **Critérios de exclusão:** risco extremo em curso que inviabilizasse entrevistas seguras (definido por protocolo de avaliação de risco), incapacidade cognitiva severa sem acompanhante, ou idiomas não cobertos pela equipe. **Autores** foram incluídos apenas no subestudo qualitativo e no módulo de **programas de reeducação**, mediante consentimento, **sem contato cruzado** com as parceiras/pares e observando **barreiras de confidencialidade**.

Tamanho amostral e poder estatístico

Para o componente quantitativo, estimou-se detectar **razão de riscos de 1,50** para **revitimização** (violência física ou sexual) em 12 meses entre grupos expostos a **controle coercitivo alto** versus baixo, com **poder de 0,80**, $\alpha=0,05$, correção para **efeito de desenho** (ICC=0,02 por serviço) e perda prevista de 20%. O cálculo indicou $n \approx 1.020$ vítimas no baseline. A subamostra para **Avaliação Ecológica Momentânea (EMA)** visou $n \approx 200$, suficiente para modelos de **efeitos mistos** com medidas repetidas (≥ 40 *prompts* por pessoa). Para o

qualitativo, previu-se **≥50 entrevistas** com vítimas, **≥20** com profissionais e **≥15** com autores, além de **6 grupos focais** (6–8 pessoas), com **parada por saturação temática**.

Estratégias de recrutamento e consentimento ético

O recrutamento foi **presencial**, realizado por profissionais treinados nos serviços. Procedeu-se à **explicação privada** dos objetivos, riscos e salvaguardas, uso de linguagem clara, oferta de **contatos de emergência**, e **consentimento livre e esclarecido** (CONEP/ética local). Seguiram-se **recomendações de segurança** para pesquisas em violência (OMS/WHO), incluindo: entrevistas em sala reservada; possibilidade de **interromper** a qualquer momento; **não compartilhamento** de informações com terceiros; **protocolos de segurança digital** (títulos neutros de mensagens, *SMS* com linguagem genérica, opção de “botão de saída rápida” no aplicativo EMA). Todas as participantes receberam **cartão de recursos** com números de apoio e **plano mínimo de segurança**.

Medidas e instrumentos (quantitativo)

Para captar **fatores psicossociais** e **ciclos de abuso**, utilizaram-se instrumentos validados e, quando necessário, versões adaptadas e retrotraduzidas:

1. Violência por parceiro íntimo (VPI):

- **CTS2 – Conflict Tactics Scales-2** (agressões físicas, psicológicas, sexuais, lesões).
- **Danger Assessment (DA)** para risco de letalidade e **stalking**.
- **Composite Abuse Scale (CAS)** para severidade/múltiplas dimensões.
- **Tech Abuse**: módulo derivado do **STAS** (Stalking and Technology Abuse Scale) para **violência digital** (spyware, controle de senhas, *doxing*).

2. Controle coercitivo e ciúme:

- **Scale of Economic Abuse (SEA-12)** (controle financeiro).
- **Intimate Partner Violence–Coercive Control (IPV-CC)**.
- **Obsessive Relational Intrusion (ORI)** e **Multidimensional Jealousy Scale** (subescala cognitiva/comportamental).

3. Saúde mental e regulação emocional:

- **PHQ-9** (depressão), **GAD-7** (ansiedade), **PCL-5** (TEPT), **DERS-16** (dificuldades de regulação emocional).
- **AUDIT-C** e **DAST-10** (álcool e drogas).

4. História de trauma e aprendizagem intergeracional:

- **CTQ-SF** (Childhood Trauma Questionnaire – Short Form).
- **ACEs** (Adverse Childhood Experiences, contagem e tipologia).

5. Apego, dependência emocional e traços relevantes:

- **ECR-R** (Experiences in Close Relationships – Revised).
- **Dependência Emocional** (escalas adaptadas; p. ex., *Emotional Dependence Scale*).
- **Buss–Perry Aggression Questionnaire** (traços agressivos no subestudo com autores).

6. Normas e crenças:

- **Ambivalent Sexism Inventory (ASI)** (hostil e benevolente).
- **Escala de Aprovação de Mitos sobre Violência** (adaptação local).

7. Rede de apoio e recursos:

- **MOS-SSS** (apoio social), **WHOQOL-bref** (qualidade de vida).
- **Autonomia econômica** (renda própria, emprego, acesso a contas), **moradia** e **cuidado de filhos**.

8. Desfechos principais:

- **Revitimização** (qualquer VPI física/sexual em T1/T2/T3).
- **Severidade** (pontuações CTS2/CAS).
- **Tempo até evento** (revitimização) para **análise de sobrevivência**.
- **Ruptura sustentada** (≥6 meses sem contato ou com medidas protetivas ativas e sem revitimização).

9. Eventos críticos e estressores:

- **Checklist** de eventos (gestação/puerpério, perda de emprego, enfermidade, migração, mudanças residenciais, crises financeiras).

10. Exposição a serviços e respostas institucionais:

- **Acesso e tempo até:** registro policial, medida protetiva, atendimento em saúde, acolhimento; **descumprimentos e reincidência**.

Avaliação Ecológica Momentânea (EMA)

Subamostra recebeu **aplicativo seguro** em *smartphone*, com **3–4 prompts/dia** (janelas no início da manhã, tarde e noite) durante **30 dias** em dois momentos (baseline e entre T2–T3). Cada *prompt* registrou: **humor**, **estresse**, **contato com autor**, **sinais de escalada** (monitoramento, mensagens insistentes, exigências), **uso de**

substâncias, rede acionada e incidentes (com botão de emergência). Dados foram **criptografados** e enviados via **canal TLS**. A EMA permite capturar **flutuação intraindivíduo** e **precursores imediatos** de episódios.

Procedimentos qualitativos

Entrevistas em profundidade

Realizaram-se **entrevistas semiestruturadas** (60–90 min) com vítimas, profissionais (saúde, assistência, justiça) e autores (em programas de reeducação). Roteiros cobriram: **trajetórias relacionais**; **mapa do ciclo** (tensão, explosão, apaziguamento, reescalada); **gatilhos percebidos**; **papel de crenças, ciúme e controle**; **rede de apoio e barreiras**; **experiências com serviços**; **planos e decisões**; **ambiente digital**; **marcadores de mudança** (o que ajudou, o que atrapalhou). Adotou-se linguagem **trauma-informada**, com pausas e **direito de não responder**.

Grupos focais

Foram conduzidos **seis grupos focais** com profissionais e lideranças comunitárias (6–8 participantes), explorando **normas locais, fluxos intersetoriais, lacunas operacionais, uso de dados e boas práticas**. Os grupos foram úteis para **validar** achados individuais e **mapear** gargalos de política.

Registro e proteção

Entrevistas e grupos foram **áudio-gravados** (mediante consentimento) e **transcritos** com pseudônimos. Em contextos de risco, registrou-se **apenas notas**. Arquivos foram guardados em **servidor institucional criptografado**, com acesso restrito e **dupla autenticação**.

Coleta, calendário e retenção

O calendário previu: **T0 (baseline)**; **T1 (3 meses)**; **T2 (6 meses)**; **T3 (12 meses)**. Para **retenção**, usaram-se estratégias discretas: múltiplos contatos (telefone secundário, contato de confiança autorizado), mensagens com **assunto neutro**, cartões com **QR** para reagendamento, **reembolso de transporte** e **voucher alimentação** (valores modestos, aprovados pelo comitê de ética). Sincronizaram-se visitas com **atendimentos** já marcados para reduzir custo de oportunidade.

Qualidade de dados e manejo de perdas

Aplicadores receberam **treinamento** (instrumentos, protocolos de segurança, acolhimento). Realizaram-se **pilotos** e **estudos de consistência** (test–retest em subamostra). Dados foram armazenados em **REDCap** com **validações** (faixas plausíveis, *skip logic*), auditoria de **timing** e **flags** para revisões. Perdas foram **registradas** com motivos codificados (mudança de cidade, risco agudo, recusa, telefone inoperante). **Viés de atrito** foi avaliado por **comparações T0** entre retidos e perdidos; **múltipla imputação** (por cadeia de Markov) foi aplicada sob suposição de **perdidos ao acaso condicionais** às covariáveis medidas.

Plano analítico (quantitativo)

Construção de variáveis

Criaram-se **escores compostos** (p. ex., *controle coercitivo* a partir de escalas de controle econômico, monitoramento, isolamento) com **análises fatoriais confirmatórias** (AFC). As escalas foram avaliadas por **confiabilidade** (α de Cronbach; ω de McDonald) e **invariância** (por sexo, raça/cor). Indicadores de **revitimação** foram binários (sim/não por janela) e de **severidade** contínuos (somatórios CTS2/CAS padronizados).

Modelagem principal

1. **Modelos lineares/mistos** (LMM/GLMM) para desfechos contínuos e binários, com **efeitos aleatórios** por pessoa e por serviço (para correção do **clustering**).
2. **Análises de sobrevivência** (Cox com *frailty* por serviço) para **tempo até revitimação**.
3. **Mediação e moderação: SEM multinível** para testar cadeias (**história de trauma** → **apego/emoção** → **dependência emocional/controle coercitivo** → **revitimação**) e **moderação** por **rede de apoio, autonomia econômica e normas de gênero**.
4. **Propensity score weighting** para ajustar diferenças basais entre exposições altas/baixas a controle coercitivo.
5. **Modelos EMA: efeitos mistos com desfasagens** (*lagged models*) para estimar como **estresse diário, contato e interações digitais** predizem **incidentes** nas 24–48h seguintes.

Sensibilidade e robustez

Executaram-se análises de **sensibilidade**: (a) exclusão de casos de **risco extremo**; (b) redefinição de *cut-offs* de severidade; (c) modelos alternativos (p. ex., **Fine–Gray** para eventos competitivos como **mudança de**

cidade); (d) **placebo tests** (variáveis sem relação teórica). **Correções de multiplicidade** (Benjamini–Hochberg) foram aplicadas quando pertinente.

Plano analítico (qualitativo)

Adotou-se **análise temática reflexiva** (Braun & Clarke), em seis etapas: **familiarização, codificação inicial, geração de temas, revisão, definição e relato**. Três analistas codificaram **20%** das transcrições independentemente, com **reuniões de calibração** para acordos de sentido (não métricos). A seguir, aplicou-se **análise de framework** para **matriciar** temas por subgrupos (por exemplo, com/sem autonomia econômica; com/sem rede ativa; com gestação; com violência digital), mantendo **trilhas de auditoria**. Elementos **CMR** foram explicitados em **mapas lógicos** (contextos que ativam mecanismos e geram resultados, p. ex., “isolamento + ciúme + álcool → escalada rápida”; “rede ativa + renda + medida protetiva efetiva → ruptura sustentada”).

Integração mista e triangulação

A integração **quali–quanti** ocorreu em três momentos:

1. **Triangulação de métodos**: comparação de **padrões estatísticos** (p. ex., efeito de controle coercitivo) com **narrativas** (p. ex., episódios de vigilância e reforço intermitente).
2. **Triangulação de dados**: cotejo entre **bases administrativas** (medidas protetivas, BOs) e **autorrelatos**.
3. **Meta-inferência**: síntese de **regularidades e variações contextuais**, com formulação de **implicações práticas** (p. ex., janelas de intervenção mais efetivas). Usaram-se **joint displays** (quadros integrados) que apresentam lado a lado **coeficientes e citações**.

Subestudo de implementação (RE-AIM/CFIR)

Para compreender **por que e quando** respostas institucionais funcionam, realizou-se um subestudo de **implementação**.

- **RE-AIM**: avaliou-se **Alcance** (quem acessa serviços), **Eficácia** (redução de revitimização entre atendidas), **Adoção** (serviços que implementam protocolos), **Implementação** (fidelidade a rotinas de triagem/segurança) e **Manutenção** (continuidade em 6–12 meses).
- **CFIR**: mapeou-se **intervenção** (clareza de protocolos), **contexto interno** (recursos, liderança, clima), **contexto externo** (rede, justiça), **características dos profissionais** (crenças, competência cultural) e **processo** (planejamento, *champions*). Foram realizadas **entrevistas com gestores e observações in loco** (checklists), produzindo **perfis de serviço** (pontos fortes e gargalos).

Proteção de dados, LGPD e confidencialidade

Cumpriu-se a **LGPD**, com **minimização de dados, finalidade específica e consentimento** granular (separado para EMA, ligação de bases e contato futuro). Dados **pessoais sensíveis** (raça/cor, saúde, vida sexual) foram **criptografados em repouso**, acessíveis apenas a **pessoal autorizado** sob **acordos de confidencialidade**. Identificadores foram **separados** do banco analítico e substituídos por **chaves**. Em relatórios, adotou-se **anonimização** e agregação territorial **não reidentificável**. Qualquer solicitação judicial seria avaliada com **assessoria jurídica**, preservando **não revitimização**.

Segurança e manejo de risco

Aplicou-se **triagem de risco** em cada contato (perguntas breves padronizadas). Diante de **risco iminente**, ativou-se **protocolo de emergência**: facilitar ligação para 190/197, acionar rede local, orientar **plano de fuga**, priorizar **abrigo** quando disponível. Para **descumprimento de medida protetiva**, forneceu-se orientação jurídica e canais de denúncia. Toda a equipe passou por **treinamento em trauma e segurança**, incluindo **higiene digital** (checagem de spyware, orientação para senhas, 2FA, localizações). A EMA foi **opt-in** e podia ser **suspensa** se gerasse ansiedade.

Vieses e limitações metodológicas previstas

Reconhecem-se riscos de **viés de desejabilidade social** (minimização de episódios, sobretudo em presença de dependência emocional), de **subnotificação** de violência sexual, e de **perdas diferenciais** (mudanças residenciais, controle do autor sobre telefone). Mitigações: **entrevista privada**, linguagem **não julgadora**, **opções de resposta indireta**, **múltiplos canais** de contato, e **modelagem de atrito**. A **não aleatorização** de exposições (p. ex., controle coercitivo) foi tratada via **ajuste extensivo**, **propensity scores** e **análises de sensibilidade**. O **efeito de serviço** (diferenças entre locais) foi incorporado como **efeito aleatório**. Em EMA, lidou-se com **dados faltantes** por **modelos de probabilidade de resposta**.

Governança do estudo e participação social

Instituiu-se **comitê gestor intersetorial** (saúde, justiça, assistência, sociedade civil) com **reuniões trimestrais** para acompanhar coleta, resolver barreiras operacionais e **co-desenhar** produtos práticos (fluxogramas, cartilhas, *dashboards*). Um **Painel de Pessoas com Experiência Viva** contribuiu para revisar instrumentos (linguagem sensível), propor **adaptadores de segurança** (palavras-código) e **priorizar perguntas** para a administração pública. Essa governança fortaleceu **legitimidade** e **transferibilidade** dos achados.

Produtos e devolutivas

Além de publicações científicas, planejaram-se **devolutivas formativas** aos serviços: **relatórios por território** (indicadores de risco, tempos de resposta, gargalos), **oficinas** com **simulações de triagem** e **checklists** para segurança digital, e **materiais para usuárias** (planejamento de segurança, direitos, serviços). A estratégia visa **uso de dados para melhoria**, não para punição.

Considerações finais sobre a metodologia

A metodologia proposta busca **equilibrar robustez analítica e cuidado ético**. O **misto convergente** permite quantificar **probabilidades e trajetórias** ao mesmo tempo em que **explica mecanismos e contextos**. A **EMA** adiciona *granularidade temporal* para identificar **janelas de risco**. A **avaliação realista** e o subestudo de **implementação** conectam **evidência e prática**, indicando **onde e como** políticas e serviços podem **interromper ciclos** com maior probabilidade de sucesso. Em síntese, trata-se de um arranjo metodológico orientado para **utilidade pública, proteção de participantes e viabilidade operacional** em redes reais — condição necessária para gerar conhecimento **acionável** no enfrentamento da violência doméstica.

III. Resultado

Amostra, contexto e aderência ao protocolo

Foram incluídas 1.034 mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo no baseline (T0), distribuídas em 12 serviços sentinela. A taxa de retenção foi de 86% em T1 (3 meses), 81% em T2 (6 meses) e 77% em T3 (12 meses). A análise de atrito indicou perdas ligeiramente maiores entre participantes com maior mobilidade residencial e menor autonomia econômica no início do estudo; diferenças basais foram ajustadas em todos os modelos, e imputação múltipla foi aplicada para dados faltantes sob suposição de perdas ao acaso condicionais às covariáveis medidas (Enders, 2010). As idades variaram de 18 a 62 anos (mediana 31); 58% tinham filhos dependentes; 63% declararam renda própria intermitente ou inexistente; 54% identificaram-se como pretas ou pardas. A violência psicológica foi quase universal no baseline, e 69% relataram violência física no último ano, segundo CTS2 (Straus et al., 1996), enquanto 27% reportaram violência sexual. O controle econômico esteve presente em níveis moderados a altos em 61% das entrevistadas, de acordo com a SEA-12 (Postmus et al., 2016), e indicadores de controle coercitivo (vigilância, isolamento, monitoramento digital) foram classificados como elevados em 44% dos casos (Stark, 2007; Dragiewicz et al., 2018).

No perfil psicossocial, 48% preencheram critérios de depressão moderada a grave (PHQ-9), 42% apresentaram ansiedade moderada a grave (GAD-7) e 36% exibiram sintomas compatíveis com transtorno de estresse pós-traumático (PCL-5). Em história de adversidades na infância (ACEs), o escore médio foi 3,1, com 41% relatando quatro ou mais experiências adversas, padrão associado a maior risco de vitimização e de problemas de saúde ao longo do ciclo de vida (Felitti et al., 1998; Herman, 1992; van der Kolk, 2014). Em estilos de apego (ECR-R), predominaram perfis ansiosos e desorganizados, em consonância com literatura que vincula insegurança de apego a maior vulnerabilidade em relações íntimas conflituosas (Ainsworth et al., 1978; Bartholomew & Horowitz, 1991).

Trajetórias de violência e desfechos primários

A incidência cumulativa de revitimização (episódios físicos ou sexuais) foi de 31% entre T0 e T3; 19% vivenciaram pelo menos um episódio com lesão diagnosticada em serviço de saúde; e 7,8% sofreram violência que exigiu hospitalização. Em análise de sobrevivência com frailty por serviço, o **tempo até a primeira revitimização** foi significativamente mais curto para participantes com controle coercitivo alto (hazard ratio ajustado $\approx 1,58$; IC 95% 1,29–1,93), mesmo após ajuste para violência prévia, sintomas de TEPT, uso de álcool e renda (Stark, 2007; Johnson, 2008). A severidade de violência (pontuações padronizadas CTS2/CAS) mostrou declínio médio modesto de T0 para T3 (diferença padronizada $\approx -0,24$), porém com forte heterogeneidade interindividual: reduções foram mais pronunciadas entre quem acessou múltiplos serviços de forma coordenada (saúde, justiça e assistência) em até 30 dias após o baseline (García-Moreno et al., 2015; Heise, 2011).

A **“ruptura sustentada”** (definida como ≥ 6 meses sem contato com autor ou com medida protetiva ativa e sem revitimização) ocorreu em 23% da coorte, associada a maior autonomia econômica, rede de apoio ativa e rapidez na concessão de medidas protetivas (tempo médio até deferimento: 7 dias versus 21 dias entre não-ruptura; Campbell, 2008). Entre as que romperam sem revitimização, observou-se redução significativa de

sintomas depressivos e ansiosos em T3, com tamanho de efeito moderado (Cohen's $d \approx 0,45$ para depressão; 0,39 para ansiedade), coerente com literatura sobre benefícios de segurança estável na recuperação psicológica (Herman, 1992; Campbell, 2002).

Funções de risco: controle coercitivo, dependência emocional e normas de gênero

Nos modelos mistos generalizados, **controle coercitivo** elevado manteve-se como **preditor robusto** de revitimização e de maior severidade, mesmo controlando-se para violência prévia. O acréscimo de um desvio-padrão no escore composto de controle coercitivo associou-se a aumento de 38% na chance de revitimização entre janelas (OR $\approx 1,38$; IC 95% 1,22–1,56). **Dependência emocional** alta também previu maior probabilidade de retorno ao convívio após separações curtas e de permanência em relações perigosas (Dutton & Painter, 1993), enquanto **sexismo ambivalente** (hostil e benevolente) esteve positivamente associado à minimização de episódios e à aceitação de controle como “cuidado” (Glick & Fiske, 1996). Efeitos de **alcoolização** do autor e de **desemprego recente** operaram como amplificadores de risco em análises interacionais, aumentando a intensidade e a frequência de episódios (Jewkes, 2002; Devries et al., 2013).

Mediação e moderação: uma leitura processual dos ciclos de abuso

A modelagem de mediação multinível sugeriu cadeia **história de trauma infantil** → **dificuldades de regulação emocional (DERS)** e **apego ansioso** → **dependência emocional/ciúme** → **vitimização e severidade**, consistente com teorias que articulam vulnerabilidades emocionais e demandas de segurança relacional (Herman, 1992; Linehan, 1993; Bowlby, 1988). Parte do efeito de controle coercitivo sobre revitimização foi **mediada** por **isolamento social** e **barreiras econômicas**, o que reforça a importância de componentes materiais e de rede no manejo do risco (Heise, 2011). No plano de **moderação**, a presença de **rede de apoio ativa** e **autonomia econômica** atenuou o efeito do controle coercitivo sobre o desfecho, enquanto **normas de gênero conservadoras** ampliaram-no, o que ecoa estudos que situam a violência em campos normativos permissivos (Heise, 2011; García-Moreno et al., 2015).

Avaliação Ecológica Momentânea (EMA): variações intraindividuais e janelas de risco

A subamostra EMA ($n=208$) gerou 25.964 *prompts* válidos ao longo de dois ciclos de 30 dias. Modelos com defasagens indicaram que **dias com contato insistente** do autor, **monitoramento digital** (p. ex., exigências de localização, verificação de senhas) e **picos de estresse diário** foram seguidos por **maior probabilidade** de incidentes de violência psicológica nas 24 horas subsequentes e de **escalada para violência física** em até 48 horas, ajustados por pessoa (Shiffman, Stone & Hufford, 2008; Dragiewicz et al., 2018). **Uso de álcool** por qualquer membro do casal elevou a chance de incidentes no mesmo dia. **Acionamento de rede** (contato com amiga/família) e **comparecimento a serviço** reduziram a probabilidade de episódios subsequentes. Esses achados delineiam **janelas de intervenção** de curtíssimo prazo: sinais digitais e padrões de contato podem servir como **sinais sentinela** para apoio proativo e planejamento de segurança.

Serviços e respostas institucionais: tempos, fidelidade e efeitos

O **tempo até primeira resposta** mostrou-se decisivo: quando o primeiro atendimento formal (saúde, assistência ou justiça) ocorreu em **até 7 dias** do episódio índice, a probabilidade de revitimização em 3 meses foi 22% menor do que quando o primeiro atendimento ocorreu após 30 dias, controladas covariáveis. Medidas protetivas deferidas em até 10 dias associaram-se a **reduções significativas** de revitimização e de stalking, sobretudo quando **fiscalizadas** e acompanhadas de **orientação jurídica** (Campbell, 2008; García-Moreno et al., 2015). O subestudo de implementação (RE-AIM/CFIR) apontou **alto alcance** nos serviços de saúde, porém **baixa adoção** de checklists padronizados de risco em três municípios; **fidelidade** às rotinas de triagem e segurança variou, sendo **maior** onde havia **liderança clara**, **definição de fluxos** e **campeões internos**, e **menor** em contextos de **rotatividade** e **sobrecarga** (Glasgow et al., 1999; Damschroder et al., 2009). Em serviços com **observação de pares** e **revisão de casos**, a coordenação intersetorial foi mais fluida e os tempos de resposta, menores.

Diferenciais por grupos e interseccionalidade

Análises estratificadas indicaram **maior risco** de revitimização para mulheres **negras e pardas**, mesmo após controle por renda e escolaridade, sugerindo efeitos de **racismo estrutural** nas condições de segurança e no acesso a respostas eficazes (Crenshaw, 1991; García-Moreno et al., 2015). Mulheres **migrantes** relataram **barreiras linguísticas** e **medo de deportação** em contextos específicos, associando-se a **subutilização** de serviços formais. Participantes **LBT** apontaram **violência intragênero** e **heteronormatividade** nos serviços, com lacunas de **reconhecimento** e **acomodação**. Em gestantes e puérperas, observou-se **elevação temporária** de risco e **alta adesão** a serviços de saúde, o que sugere janela oportuna para **triagem universal** e **encaminhamentos** (Devries et al., 2013).

Achados qualitativos: mecanismos, significados e trajetórias

As 78 entrevistas com vítimas, 24 com profissionais e 17 com autores, além de seis grupos focais, produziram **três eixos temáticos** principais.

Eixo 1 — Mecanismos de controle e legitimação. Relatos descreveram **rituais cotidianos** de controle (“checagens de celular”, “proibição de contato com amigas”, “chamadas de vídeo inesperadas”) e **narrativas justificadoras** em que ciúme e cuidado eram apresentados como sinônimos. A fase de “lua de mel” após episódios graves incluía **promessas performativas** (presentes, pedidos públicos de desculpa, endereçamento parcial de demandas), coerente com a dinâmica de **reforço intermitente** que sustenta ciclos de abuso (Walker, 1979; Dutton & Painter, 1993). Autores referiram **dificuldades de regulação emocional**, ciúme como “prova de amor” e **minimização** (“não foi agressão, foi discussão pesada”), confirmando **dissonâncias** entre percepções e danos produzidos (Johnson, 2008).

Eixo 2 — Rede, materialidade e decisões. Decisões de **permanecer, sair ou retornar** estiveram ancoradas em **materiais** (renda, moradia, cuidado de filhos), **redes** (apoio de amigas/família) e **respostas institucionais** (medidas protetivas, atendimento acolhedor). Narrativas de **alto custo de saída** incluíram **ameaças** à guarda de filhos e **represálias** laborais. Quando redes **validaram a experiência** e **ofereceram ajuda concreta** (p. ex., pernoites, transporte, cuidado de filhos), a probabilidade de **ruptura sustentada** aumentou. Profissionais destacaram **gargalos de vagas de acolhimento** e **dificuldade de fiscalização** de medidas, enquanto reconheceram ganhos onde fluxos intersetoriais foram **formalizados**.

Eixo 3 — Violência digital e hiperconectividade. As entrevistas evidenciaram **práticas tecnológicas de abuso** (instalação de **spyware**, exigência de **senhas**, **geolocalização** compulsória, **humilhações** em redes), com relatos de **“prisão invisível”** permanente. Profissionais apontaram **baixa prontidão** dos serviços para **higiene digital**, embora reconhecessem sua **centralidade**. Esses achados sintonizam estudos recentes sobre **coercive control** mediado por tecnologia (Dragiewicz et al., 2018).

Integração quali–quanti e joint displays

A integração dos achados mostrou **convergência** entre padrões estatísticos e narrativas. A **força preditiva** do **controle coercitivo** e da **dependência emocional** foi **contextualizada** por descrições de **reforço intermitente**, **isolamento** e **ambivalência afetiva**. Os **efeitos moderadores** de rede e autonomia foram iluminados por histórias de **ajuda concreta** que viabilizaram **planos de segurança**. Os **sinais sentinela** detectados pela EMA encontraram eco nas **coerções digitais** relatadas nos grupos focais. Os **joint displays** apresentaram, lado a lado, **coeficientes** (hazard ratios, ORs) e **vinhetas** que ilustram **como e quando** os mecanismos se ativam, favorecendo **recomendações operacionais**.

Robustez, sensibilidade e vieses

Análises de **sensibilidade** mantiveram a direção e a magnitude essenciais dos efeitos: a exclusão de casos de risco extremo não alterou conclusões; redefinições de **cut-offs** de severidade pouco impactaram estimativas; e modelos alternativos para eventos competitivos (p. ex., mudança de cidade) confirmaram a associação central entre controle coercitivo e revitimização (Fine & Gray, 1999). **Placebo tests** (variáveis sem plausibilidade teórica) não geraram associações sistemáticas. Reconhecemos **limites: não aleatorização** de exposições, **viés de desejabilidade** e **subnotificação** de violência sexual são riscos persistentes, embora mitigados por **entrevista privada**, **linguagem não julgadora** e **uso de múltiplas fontes** (autorrelatos e bases administrativas). A **invariância** das escalas por raça/cor e escolaridade foi avaliada e considerada adequada, o que sustenta comparações entre grupos (Hox, Moerbeek & Van de Schoot, 2017).

Indicadores de implementação (RE-AIM/CFIR)

Sob **RE-AIM**, o **alcance** foi alto na saúde e moderado na assistência; a **eficácia** (redução de revitimização entre atendidas) variou com a **qualidade do plano de segurança** e com a **integração** com justiça; a **adoção** de **triagem padronizada** foi desigual; a **implementação** apresentou **fidelidade** maior em serviços com **checklists** e **campeões**; e a **manutenção** de rotinas após 6–12 meses foi maior onde havia **liderança estável** e **revisões de caso**. Pelo **CFIR**, destacaram-se como facilitadores: **clareza** de protocolos, **visualização de fluxos**, **clima de equipe** e **colaboração intersetorial**. Barreiras incluíram **rotatividade**, **sobrecarga**, **falta de vagas de acolhimento** e **baixa prontidão para violência digital** (Glasgow et al., 1999; Damschroder et al., 2009).

Síntese dos principais achados

1. **Revitimização** em 12 meses foi comum (31%), com **controle coercitivo** emergindo como **preditor consistente** da severidade e do tempo até evento, independentemente de violência prévia.
2. **Dependência emocional** e **normas de gênero** permissivas funcionaram como **mecanismos e catalisadores** dos ciclos de abuso, enquanto **rede ativa** e **autonomia econômica** moderaram riscos.
3. A **EMA** identificou **sinais sentinela** de curtíssimo prazo (contato insistente, coerção digital, picos de estresse) que **antecedem** incidentes, delineando **janelas de intervenção**.
4. **Resposta rápida** ($\leq 7-10$ dias) e **coordenação intersetorial** associaram-se a **reduções** de revitimização; **fidelidade** de protocolos dependeu de **liderança** e **campeões**.
5. **Desigualdades** interseccionais impactaram risco e acesso; políticas sensíveis a raça/cor, migração e diversidade sexual são necessárias.
6. Os **achados qualitativos** explicam **como** mecanismos se **ativam** e **porque** decisões oscilam, reforçando a necessidade de **planos de segurança** e **apoio material**.

Implicações imediatas a partir dos resultados

Os resultados sustentam **quatro recomendações operacionais**. Primeiro, **incorporar triagem padronizada de risco** (incluindo violência digital) em saúde, assistência e justiça, com fluxos claros e encaminhamento em 7 dias. Segundo, **organizar planos de segurança** que combinem **higiene digital**, **rede acionável** e **rotas de fuga**, com **devolutivas** em linguagem acessível. Terceiro, **fortalecer a resposta econômica** (auxílio temporário, empregabilidade, moradia), dado o papel de **materialidade** na decisão de ruptura. Quarto, **apoiar a governança** com **campeões de serviço**, **observação de pares** e **revisão de casos**, elevando **fidelidade** e **manutenção**. Esses pontos dialogam com a literatura internacional que estrutura respostas efetivas a violência por parceiro íntimo com ênfase em **segurança**, **intersetorialidade** e **responsabilização** (García-Moreno et al., 2015; Heise, 2011).

IV. Discussão

Os achados deste estudo compõem um quadro coerente com a literatura internacional sobre violência por parceiro íntimo (VPI), ao mesmo tempo em que acrescentam nuances processuais e operacionais úteis para a prática. A associação robusta entre **controle coercitivo** e **revitimização**, mesmo após ajuste para violência prévia e variáveis psicossociais, confirma a tese central de Evan Stark de que a violência doméstica não pode ser explicada apenas por episódios discretos de agressão física, mas por um **regime contínuo de dominação** que combina vigilância, isolamento, degradação e exploração econômica (Stark, 2007). Nessa chave, o controle coercitivo explica não apenas a frequência dos eventos, mas sua **qualidade** e **capacidade de produzir submissão**, o que ajuda a compreender por que a simples recomendação de “rompa a relação” é insuficiente quando **barreiras materiais e simbólicas** se acumulam.

Integração teórica: do trauma à regulação emocional, do apego às normas

A **cadeia de mediação** observada — história de trauma na infância alimentando dificuldades de regulação emocional e padrões de apego ansioso/desorganizado, que por sua vez aumentam dependência emocional e ciúme, culminando em maior risco de vitimização — dialoga com três tradições teóricas. Em primeiro lugar, com a literatura **trauma-informada**, que descreve como experiências adversas precoces podem instalar **hipervigilância**, **reatividade** e **estratégias de sobrevivência** que permanecem ativas muito além do contexto de ameaça original (Herman, 1992; van der Kolk, 2014). Em segundo, com a **teoria do apego**, segundo a qual a busca de proximidade diante de ameaça é modulada por **modelos operacionais internos**; quando esses modelos são inseguros, há maior **sensibilidade à rejeição**, **leitura ameaçadora** de ambiguidade e **escalada** frente a sinais de perda (Bowlby, 1988; Bartholomew & Horowitz, 1991). Em terceiro, com a literatura sobre **normas de gênero** e **sexismo ambivalente**, que naturaliza o **ciúme como cuidado** e a **vigilância como zelo**, concedendo legitimidade moral ao controle (Glick & Fiske, 1996; Heise, 2011).

A contribuição do presente estudo é **ligar empiricamente** esses planos. As análises de mediação não proclamam determinismo — nem todo trauma infantil conduz a ciclos de abuso —, mas tornam visível a **trilha de risco**, sugerindo pontos de interrupção: **regulação emocional** e **reconstrução de crenças** sobre amor, cuidado e autonomia. Isso ajuda a orientar a clínica (p. ex., **treinos de habilidades** focados em tolerância a desconforto e resolução de problemas) e a prevenção (p. ex., **educação socioemocional** e **letramento de gênero** na escola).

O papel da materialidade e da rede: por que a “decisão” não é apenas psicológica

As análises de moderação mostram que **autonomia econômica** e **rede de apoio ativa** amortecem o efeito do controle coercitivo sobre a revitimização. Isso descola a discussão de uma narrativa **psicologizante**, levando-a para o terreno das **condições de possibilidade**: sem renda própria, moradia e cuidado de filhos, o “custo de saída” é proibitivo. A literatura há anos documenta que **intervenções econômicas** — de **transferência de**

renda a empregabilidade — reduzem vulnerabilidades e aumentam a **capacidade de decisão** (Campbell, 2002; García-Moreno et al., 2015). Nossos resultados repetem essa lição com números e trajetórias: rupturas sustentadas ocorreram com maior probabilidade quando houve **tempo de resposta curto** para medidas protetivas e **porta de entrada articulada** com assistência e saúde, **mais** algum suporte econômico. Em suma, **segurança é um pacote**, não um ato isolado.

A **rede** atua por múltiplos caminhos: **validação** (contrapõe a gaslighting e a culpabilização), **logística** (transporte, abrigo temporário), **proteção** (testemunhas, vizinhança atenta) e **esperança** (modelos de ruptura bem-sucedida). A literatura de “apoio social” frequentemente afirma efeitos protetivos (Cohen & Wills, 1985), mas nossos dados qualitativos detalham **como** isso se dá nos ciclos: redes que oferecem **ajuda concreta no timing correto** transformam intenção em ação. Redes que apenas **normatizam** (“toda relação tem briga”) ou **silenciam** (“assunto de casal”) prolongam a permanência.

Violência digital: a nova fronteira do controle

Ao incorporar medidas de **violência mediada por tecnologia** e uma subamostra com **Avaliação Ecológica Momentânea**, o estudo captura **sinais sentinela** de curtíssimo prazo: **mensagens insistentes**, **exigências de localização**, **checagens de senha**, **chamadas de vídeo** em horários aleatórios. A literatura recente descreve a transição do controle coercitivo para **ecossistemas digitais**, inclusive com **spyware** e **stalkerware** em celulares (Dragiewicz et al., 2018). Ao mostrar que tais sinais **antecedem** incidentes físicos em **24–48 horas**, os nossos resultados fundamentam **protocolos de vigilância benigna**: quando certos padrões emergem, **serviços e redes** podem acionar **planos de segurança** (palavras-código, pernoites seguros, revisão de rotas, “modo avião social”). Isso desloca a prevenção para o **tempo real**, diminuindo a distância entre **risco percebido** e **apoio efetivo**.

Tipologias de violência e implicações: para além do “evento”

A persistência de **efeitos fortes** de controle coercitivo faz eco à tipologia de **Michael Johnson**, que distingue “**violência íntima situacional**” (episódica, reciprocamente escalada em conflitos) da “**violência por terrorismo íntimo**” (padrão assimétrico e instrumental) (Johnson, 2008). Embora as linhas não sejam estanques, nossos dados sugerem que contextos de **controle alto** se aproximam do **terrorismo íntimo**, exigindo **respostas muito distintas** de intervenções padrão de manejo de conflito. Em tais casos, **mediação** e **conciliação** tendem a ser inadequadas e arriscadas; o foco deve estar em **segurança**, **documentação** e **responsabilização**, com **reeducação** do autor vinculada a **monitoramento** e **condicionalidades**. Esse ponto é essencial para **evitar revitimização institucional** e **falsos equivalentes** entre “duas versões”.

Equidade e interseccionalidade: o risco não é distribuído igualmente

As diferenças observadas por **raça/cor**, **migração** e **diversidade sexual** se alinham a análises **interseccionais** (Crenshaw, 1991). Mulheres negras e pardas enfrentam **dupla penalização**: maior exposição a contextos de **precarização** e **racismo institucional** que podem atrasar respostas ou reduzir sua **credibilidade** ao denunciar. Migrantes vivenciam **barreiras linguísticas** e **medo** de efeitos colaterais legais; mulheres LBT encontram **heteronormatividade** em serviços, que por vezes deslegitima a violência entre parceiras/os. Tais achados reforçam a necessidade de **competência cultural** e **protocolos específicos**, sob risco de políticas bem-intencionadas **reproduzirem desigualdades**.

Implementação: por que alguns serviços funcionam e outros não

A heterogeneidade na **fidelidade** aos protocolos — maior onde há **liderança estável**, **campeões** e **fluxos claros**; menor com **rotatividade** e **sobrecarga** — reproduz padrões já mapeados por **RE-AIM** e **CFIR** (Glasgow et al., 1999; Damschroder et al., 2009). O que nossos dados acrescentam é a **conexão** entre esses elementos e **desfechos concretos**: **tempos de resposta** mais curtos, **menor revitimização** e **maior ruptura sustentada**. Em termos práticos, isso significa que investir em **gestão**, **observação entre pares** e **revisão de casos** pode render mais do que multiplicar **cartilhas**. É um convite para passar de uma cultura de “**protocolo-em-papel**” para uma cultura de **rotinas vivas**, monitoradas e **ajustadas em ciclo curto**.

Limitações e contrapesos: o que não podemos afirmar (ainda)

Como estudo **observacional** em larga escala, não aleatorizamos **exposições** (p. ex., controle coercitivo), de modo que a inferência causal depende de **ajustes extensivos** e **testes de sensibilidade**. Ainda que as conclusões tenham se mostrado robustas a múltiplas especificações e a placebo tests, não se pode descartar **confusão residual**. Há também **viés de desejabilidade** e **subnotificação** — especialmente em violência sexual —, mitigados por entrevistas privadas, linguagem não julgadora e uso de **bases administrativas** para triangulação, mas não eliminados. A **EMA** enfrenta **não resposta** intermitente; modelamos a probabilidade de resposta e encontramos padrões consistentes, porém efeitos em subgrupos com baixa adesão à EMA devem ser lidos com

cautela. Por fim, a **validade externa** é maior para **redes urbanas** com alguma infraestrutura; **escolas rurais**, **comunidades ribeirinhas** e **contextos indígenas** podem exigir **adaptações** substantivas.

Contribuições: do conhecimento acionável ao desenho de políticas

Apesar dos limites, os resultados oferecem **conhecimento acionável**. Primeiro, **triagem de risco** precisa incluir **controle coercitivo** e **violência digital**, não apenas contagens de agressões. Isso altera o **perfil de prioridade** e desencadeia **respostas preventivas** mais céleres. Segundo, **planos de segurança** devem ser **personalizados**, incluir **higiene digital** e **recursos materiais**, e ser **revisitados** em janelas de alto risco (puerpério, separações, audiências judiciais). Terceiro, **integração intersetorial** não é retórica: quando saúde, assistência e justiça **compartilham informação essencial** com salvaguardas de privacidade e **estabelecem metas de tempo**, a **revitimização cai**. Quarto, **respostas econômicas** — vale-transporte, abrigo, **apoio à empregabilidade** — não são “extras”: são **mecanismos causais** de redução de risco. Quinto, **observação entre pares** e **campeões** melhoram **fidelidade** e **manutenção**; gerir pessoas é gerir resultados.

Do micro ao macro: uma estratégia integrada

No **micro**, intervenções clínicas focadas em **regulação emocional**, **reconstrução de crenças** e **autocompaixão** ajudam vítimas a recuperar **agência**, especialmente quando acopladas à **proteção** e **estabilização**. Programas com autores eficazes trabalham **responsabilização**, **habilidades de comunicação** e **desmantelamento de crenças legitimadoras**, com **monitoramento judicial**. No **meso**, serviços adotam **checklists de risco**, **dupla checagem** para tecnologia, **scripts de triagem** e **devolutivas** claras para usuárias. No **macro**, políticas oferecem **financiamento estável** para abrigos e equipes, **formação continuada**, **observatórios de dados** e **campanhas** que substituem slogans por **comportamentos praticáveis** (como identificar sinais sentinela, como oferecer ajuda segura, como acionar serviços). Essa **arquitetura multinível** é congruente com recomendações da OMS e de revisões sobre o que funciona no enfrentamento à VPI (García-Moreno et al., 2015; Heise, 2011).

Janelas especiais: gestação, adolescência, envelhecimento

A literatura mostra **picos de risco** no **ciclo de vida**: **gestação/puerpério**, **adolescência** (namoros) e **envelhecimento** (dependência de cuidado) (Devries et al., 2013). Nossos dados reiteram que **gestação** e **pós-parto imediato** são períodos de **alto risco**, mas também de **alto contato** com serviços de saúde, o que abre possibilidade de **triagem universal** e **encaminhamentos**. Em adolescentes e jovens, a **violência digital** tende a preceder **violência física**, o que exige **educação midiática** e **protocolos escolares** de acolhimento. Em idosos, fatores como **dependência funcional** e **isolamento** demandam **olhar específico** da assistência e saúde, com mecanismos de **denúncia protegida**.

Dados e governança: medir para cuidar, não para punir

Um fio transversal do estudo é a necessidade de **governança de dados** que una **qualidade**, **ética** e **utilidade**. **Subnotificação** e **fragmentação** invisibilizam trajetórias e **congelam** políticas no curto prazo. Observatórios com **dados desagregados**, **anonimização** rigorosa e **painéis acessíveis** a gestores e equipes de ponta ajudam a **aprender rápido** e **ajustar rotas**. O princípio deve ser **cuidado**, não **punição**: indicadores existem para **melhorar fluxos**, não para **culpar profissionais**. Essa distinção é essencial para manter **confiança** e **aderência**.

Implicações para pesquisa futura

Três trilhas se abrem. Primeira, **ensaios de implementação** que testem **pacotes** (triagem + higiene digital + apoio econômico + coaching de equipe), com **outcomes** de revitimização e **custo-efetividade**. Segunda, estudos de **dose-resposta** com **EMA** mais longa e sensores passivos (respeitando privacidade), para identificar **assinaturas** de risco em diferentes perfis. Terceira, pesquisas em **contextos sub-representados** (rural, ribeirinho, indígena), co-desenhadas com as comunidades, para **adaptar** linguagens, protocolos e **medidas de segurança** culturalmente adequadas. Além disso, é promissora a avaliação de **programas de renda** e **moradia transitória** como **intervenções anti-violência**, deslocando o foco de “tratamentos” para **determinantes**.

Uma síntese prática

Reunindo as peças, podemos expressar a **tese prática** em termos simples:

1. **Risco não é só “histórico de agressões”**; é **padrão de controle** — inclusive digital — + **materiais** + **rede**.
2. **Segurança é combinatória**: medidas protetivas rápidas + plano de segurança vivo + rede acionável + apoio econômico.
3. **Serviços funcionam quando geridos**: liderança, fluxos visuais, campeões, feedback entre pares.

4. **Equidade não é extra:** sem protocolos sensíveis a raça/cor, migração e diversidade sexual, **reproduzimos dano**.
5. **Dados servem para cuidar:** medir tempos, gargalos e desfechos para melhorar **hoje**, não só publicar **amanhã**.

Conclusão da discussão

Esta discussão procurou **contextualizar** e **interpretar** os achados à luz de teorias sólidas e evidência recente, ao mesmo tempo em que traduziu resultados em **decisões operacionais**. A mensagem central é que a violência doméstica **não é um acidente**: é um **sistema** com **mecanismos identificáveis**. Se reconhecermos **sinais sentinela**, **apoios materiais** críticos, **janelas de risco** e **condições organizacionais** para respostas eficazes, podemos **interromper ciclos** com mais previsibilidade. Como insiste a literatura, **pequenas melhorias confiáveis** superam **grandes promessas instáveis** (Glasgow et al., 1999). Em última instância, a utilidade de pesquisas como esta mede-se pela sua **capacidade de proteger vidas e ampliar liberdades** — objetivo que exige ciência rigorosa, políticas viáveis e, sobretudo, **compromisso ético** com quem carrega as marcas da violência.

V. Conclusão

Este estudo partiu do reconhecimento de que a violência doméstica é menos um somatório de episódios e mais um sistema de dominação que se autoperpetua por mecanismos identificáveis — controle coercitivo, isolamento, reforço intermitente, dependência emocional, barreiras materiais e normas culturais permissivas. Ao adotar um desenho misto, ecológico e de ciclo de vida, conseguimos articular padrões populacionais (probabilidades, tempos de revitimização, diferenças entre grupos) com processos vividos (sentidos atribuídos à relação, cegueira induzida pelo gaslighting, ambivalências afetivas), demonstrando que os ciclos de abuso são sustentados por engrenagens que atravessam o nível individual, relacional, comunitário e societal. A principal implicação é inequívoca: interromper a violência exige interromper mecanismos, e isso só ocorre quando proteção, autonomia e cuidado se combinam de forma coordenada e oportuna.

No plano dos achados empíricos, três mensagens merecem destaque. Primeiro, o controle coercitivo — inclusive o mediado por tecnologia — é o preditor mais consistente de revitimização e de maior severidade, independentemente do histórico de agressões físicas. O deslocamento analítico do “evento” para o “regime de controle” melhora a captação do risco e qualifica as prioridades de resposta. Segundo, a materialidade (renda própria, moradia, cuidado de filhos) e a rede de apoio moderam o efeito do controle coercitivo: segurança não é uma decisão puramente psicológica, mas uma possibilidade concreta que aumenta quando há apoio econômico, resposta rápida e encaminhamentos coordenados. Terceiro, sinais de curtíssimo prazo — mensagens insistentes, monitoramento digital, exigências de localização, picos de estresse diário — antecedem incidentes em 24–48 horas, sinalizando janelas de intervenção para planos de segurança dinâmicos e apoio proativo.

Essas conclusões convergem para um princípio operativo: segurança é combinatória. Medidas protetivas deferidas e fiscalizadas em tempo hábil, planos de segurança personalizados (com higiene digital e rotas de fuga), rede acionável (que oferece ajuda concreta no timing certo) e apoio material (transporte, abrigo, renda de transição) formam um pacote de proteção que reduz revitimização, especialmente em contextos de alto controle coercitivo. A isso se somam intervenções clínicas informadas por trauma — foco em regulação emocional, reconstrução de crenças e autocompaixão, além de suporte para tomada de decisão — e programas com autores que trabalhem responsabilização, competências comunicacionais e crenças legitimadoras, articulados a monitoramento judicial. O fio que amarra essas frentes é gestão de caso intersetorial orientada por dados simples e úteis.

A discussão de equidade não é apêndice ético, mas núcleo estratégico. Diferenças de risco e de acesso entre mulheres negras e pardas, migrantes e LBT revelam que racismo, heteronormatividade e xenofobia operam como multiplicadores de vulnerabilidade e redutores de credibilidade. Protocolos cegos a essas dimensões tendem a reproduzir dano: escutam menos, respondem mais lentamente, culpabilizam mais. Portanto, competência cultural, acessibilidade linguística, acolhimento sensível à diversidade sexual e de gênero e métricas desagregadas são condições de eficácia — não apenas requisitos morais. Sem isso, políticas “universais” permanecem parciais.

No plano da implementação, nossos resultados evidenciam que liderança pedagógica, fluxos claros, campeões de serviço, observação entre pares e revisão de casos explicam parte substantiva da variação em fidelidade e desfecho. Instituições com rotatividade alta e sobrecarga crônica tendem a produzir protocolo-em-papel, enquanto aquelas com gestão ativa transformam diretrizes em rotinas vivas. Em termos práticos, isso significa que investir em gestão e aprendizagem organizacional pode ter alto retorno em segurança, às vezes maior do que multiplicar novas ações sem capacidade de sustentação. A mensagem transversal é simples: serviços funcionam quando geridos.

A governança de dados aparece como outro pilar. Subnotificação, classificações heterogêneas e sistemas que não conversam produzem opacidade, enfraquecendo detecção precoce e responsabilização. Observatórios com dados desagregados, anonimização rigorosa e painéis acessíveis às equipes de ponta permitem aprender em ciclo curto: medir tempos de resposta, gargalos de fluxo, adesão a protocolos, descumprimentos de medidas,

reincidência por perfil de risco. Reforçamos um princípio: medir para cuidar, não para punir. Sem essa distinção, perde-se confiança, e sem confiança rotinas se esvaziam.

É importante reconhecer limites. Como estudo observacional em rede real de serviços, nossas inferências causais dependem de ajustes extensivos, sensibilidades e triangulação. Há riscos de viés de desejabilidade e de subnotificação, sobretudo para violência sexual. A EMA enfrenta não resposta em certos perfis. E a validade externa é mais alta para contextos urbanos com alguma infraestrutura, exigindo adaptações para territórios rurais, ribeirinhos ou indígenas. Apesar disso, a convergência entre padrões estatísticos, narrativas qualitativas e marcadores temporais de risco fornece robustez prática às recomendações.

Dessas constatações, decorre uma agenda integrada para gestores, profissionais e formuladores de política:

Triagem que importa: incorporar controle coercitivo (inclusive digital) como eixo central de avaliação, com checklists curtos, linguagem clara e devolutivas imediatas às usuárias.

Tempo é proteção: metas de $\leq 7-10$ dias para primeiro atendimento formal e deferimento de medidas protetivas, com fiscalização e acompanhamento jurídico.

Plano de segurança vivo: personalizado, revisitado em janelas críticas (puerpério, separações, audiências) e contendo higiene digital, rede acionável e rotas.

Apoio material como mecanismo causal: vale-transporte, abrigo, renda de transição e empregabilidade; sem materialidade, decisões não sustentam.

Gestão e cultura de aprendizagem: campeões, observação de pares, revisão de casos, feedback e visualização de fluxos; transformar protocolos em rotinas.

Equidade operacionalizada: protocolos sensíveis a raça/cor, migração e diversidade sexual, com acessibilidade e formação contínua.

Dados éticos e úteis: observatórios com painéis práticos, anonimização, metas de fluxo e métricas de desfecho para melhoria contínua.

No campo clínico, recomendamos que o cuidado seja trauma-informado e centrado na pessoa, com prioridade à segurança e estabilização antes de explorações profundas. Treinos de habilidades em regulação emocional, resolução de problemas, comunicação assertiva e autocompaixão, somados a psicoeducação sobre ciclos de abuso e gaslighting, ajudam a reconstruir agência. Supervisão e cuidado das equipes são indispensáveis para prevenir fadiga por compaixão e desgaste moral — sem profissionais cuidados, redes não cuidam.

Quanto aos autores de violência, políticas eficazes combinam responsabilização, monitoramento judicial e intervenções psicoeducativas que enfrentem crenças legitimadoras, treinem regulação emocional e habilidades relacionais. Não se trata de substituir proteção por reeducação, mas de conectar as duas frentes sob condicionalidades claras e indicadores de risco. Onde há descumprimento, a resposta deve ser célere; onde há engajamento real, é possível reduzir reincidência.

No sistema educacional e nas comunidades, a prevenção primária passa por habilidades socioemocionais, letramento de gênero, paternidades cuidadoras, educação midiática para violência digital e campanhas com mensagens práticas (como reconhecer sinais, como buscar ajuda, como oferecer acolhimento seguro). A escola é espaço estratégico, mas só produz imunidade social quando conectada a serviços responsivos e mensagens coerentes no território.

Para pesquisa e avaliação, três frentes são prioritárias: (i) ensaios de implementação que testem pacotes integrados (triagem + higiene digital + apoio material + coaching de equipe), com custo-efetividade e escalabilidade; (ii) estudos de dose-resposta utilizando EMA estendida e, quando eticamente aceitável, sensores passivos para mapear assinaturas de risco; (iii) co-desenhos em contextos sub-representados, com adaptações culturais e indicadores pertinentes às realidades locais. Além disso, investigar intervenções econômicas e políticas de moradia como ferramentas anti-violência pode deslocar a conversa de “tratamentos” para determinantes, onde boa parte da solução reside.

Em síntese, a tese central que emerge é a de que violência doméstica é previsível o suficiente para ser prevenível. Não por meio de profecias individuais, mas por métricas simples, sinais sentinela e respostas combinadas capazes de reduzir probabilidades e proteger janelas críticas. Pequenas melhorias confiáveis — metas de tempo, checklists vivos, redes acionáveis, apoio material de baixa complexidade, observação entre pares — tendem a produzir grandes impactos acumulados, sobretudo entre quem mais precisa. Quando o sistema reconhece mecanismos, age sobre eles e aprende com seus próprios dados, os ciclos deixam de parecer destino e passam a ser processos interrompíveis.

Por fim, vale reafirmar o pacto ético que deve orientar a rede: acreditar, proteger e fortalecer. Acreditar na palavra de quem denuncia, proteger de forma rápida e concreta, e fortalecer autonomia com recursos, informação e vínculos que sustentem escolhas. A violência doméstica é fabricada por relações e instituições; sua interrupção também será. Entre o “não é da nossa conta” e o “vamos cuidar”, escolhemos a segunda opção — e os resultados deste estudo mostram que, com intencionalidade, coordenação e equidade, essa escolha salva vidas e expande liberdades.

Referências

- [1]. Stark E. Coercive Control: How Men Entrap Women In Personal Life. New York: Oxford University Press; 2007.
- [2]. Johnson MP. A Typology Of Domestic Violence: Intimate Terrorism, Violent Resistance, And Situational Couple Violence. Boston: Northeastern University Press; 2008.
- [3]. Herman JL. Trauma And Recovery: The Aftermath Of Violence—From Domestic Abuse To Political Terror. New York: Basic Books; 1992.
- [4]. Van Der Kolk BA. The Body Keeps The Score: Brain, Mind, And Body In The Healing Of Trauma. New York: Viking; 2014.
- [5]. Bowlby J. A Secure Base: Parent–Child Attachment And Healthy Human Development. New York: Basic Books; 1988.
- [6]. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment Styles Among Young Adults: A Test Of A Four-Category Model. *Journal Of Personality And Social Psychology*. 1991;61(2):226–244.
- [7]. Glick P, Fiske ST. The Ambivalent Sexism Inventory: Differentiating Hostile And Benevolent Sexism. *Journal Of Personality And Social Psychology*. 1996;70(3):491–512.
- [8]. Heise LL. What Works To Prevent Partner Violence? An Evidence Overview. London: STRIVE/LSHTM; 2011.
- [9]. García-Moreno C, Hegarty K, d'Oliveira AFL, Koziol-McLain J, Colombini M, Feder G. The Health-Systems Response To Violence Against Women. *The Lancet*. 2015;385(9977):1567–1579.
- [10]. Glasgow RE, Vogt TM, Boles SM. Evaluating The Public Health Impact Of Health Promotion Interventions: The RE-AIM Framework. *American Journal Of Public Health*. 1999;89(9):1322–1327.
- [11]. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering Implementation Of Health Services Research Findings Into Practice: A Consolidated Framework (CFIR). *Implementation Science*. 2009;4:50.
- [12]. Campbell JC. Health Consequences Of Intimate Partner Violence. *The Lancet*. 2002;359(9314):1331–1336.
- [13]. Campbell JC. Predicting Homicide Of And By Battered Women. In: *Assessing Dangerousness*. 2nd Ed. Springer; 2008. P. 85–104.
- [14]. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Et Al. Relationship Of Childhood Abuse And Household Dysfunction To Many Of The Leading Causes Of Death In Adults: The ACE Study. *American Journal Of Preventive Medicine*. 1998;14(4):245–258.
- [15]. Enders CK. *Applied Missing Data Analysis*. New York: Guilford Press; 2010.
- [16]. Shiffman S, Stone AA, Hufford MR. Ecological Momentary Assessment. *Annual Review Of Clinical Psychology*. 2008;4:1–32.
- [17]. Dragiewicz M, Burgess J, Matamoros-Fernández A, Et Al. Technology-Facilitated Coercive Control. *Violence Against Women*. 2018;24(5):569–590.
- [18]. Walker LE. *The Battered Woman*. New York: Harper & Row; 1979.
- [19]. Cohen S, Wills TA. Stress, Social Support, And The Buffering Hypothesis. *Psychological Bulletin*. 1985;98(2):310–357.
- [20]. Devries KM, Mak JY, García-Moreno C, Et Al. The Global Prevalence Of Intimate Partner Violence. *Science*. 2013;340(6140):1527–1528.
- [21]. Jewkes R. Intimate Partner Violence: Causes And Prevention. *Social Science & Medicine*. 2002;55(9):1603–1620.
- [22]. Postmus JL, Plummer S-B, Memahon S, Murshid NS, Kim MS. Understanding Economic Abuse In The Lives Of Survivors. *Journal Of Interpersonal Violence*. 2016;31(12):2077–2096.
- [23]. Straus MA, Hamby SL, Boney-McCoy S, Sugarman DB. The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2). *Journal Of Family Issues*. 1996;17(3):283–316.
- [24]. World Health Organization. *Responding To Intimate Partner Violence And Sexual Violence Against Women: WHO Clinical And Policy Guidelines*. Geneva: WHO; 2013.
- [25]. Crenshaw K. Mapping The Margins: Intersectionality, Identity Politics, And Violence Against Women Of Color. *Stanford Law Review*. 1991;43(6):1241–1299.
- [26]. Linehan MM. *Cognitive-Behavioral Treatment Of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press; 1993.
- [27]. Hox JJ, Moerbeek M, Van De Schoot R. *Multilevel Analysis: Techniques And Applications*. 3rd Ed. New York: Routledge; 2017.
- [28]. Fine JP, Gray RJ. A Proportional Hazards Model For The Subdistribution Of A Competing Risk. *Journal Of The American Statistical Association*. 1999;94(446):496–509.
- [29]. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9. *Journal Of General Internal Medicine*. 2001;16(9):606–613.
- [30]. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A Brief Measure For Assessing GAD: The GAD-7. *Archives Of Internal Medicine*. 2006;166(10):1092–1097.
- [31]. Weathers FW, Litz BT, Keane TM, Palmieri PA, Marx BP, Schnurr PP. *The PTSD Checklist For DSM-5 (PCL-5)*. National Center For PTSD; 2013.
- [32]. Bjureberg J, Ljótsson B, Tull MT, Et Al. The DERS-16. *Journal Of Psychopathology And Behavioral Assessment*. 2016;38:326–340.
- [33]. Fraley RC, Waller NG, Brennan KA. An Item Response Theory Analysis Of The Experiences In Close Relationships-Revised. *Journal Of Personality And Social Psychology*. 2000;78(2):350–365.
- [34]. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS Social Support Survey. *Social Science & Medicine*. 1991;32(6):705–714.
- [35]. The WHOQOL Group. Development Of The World Health Organization WHOQOL-BREF. *Psychological Medicine*. 1998;28(3):551–558.
- [36]. Bush K, Kivlahan DR, McDonnell MB, Fihn SD, Bradley KA. The AUDIT-C. *Archives Of Internal Medicine*. 1998;158(16):1789–1795.
- [37]. Skinner HA. The Drug Abuse Screening Test (DAST). *Addictive Behaviors*. 1982;7(4):363–371.
- [38]. Cupach WR, Spitzberg BH. *The Dark Side Of Relationship Pursuit: From Attraction To Obsession And Stalking*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum; 2004.
- [39]. Pfeiffer SM, Wong PTP. Multidimensional Jealousy. *Journal Of Social And Personal Relationships*. 1989;6(2):181–196.
- [40]. Johnson MP, Leone JM. The Differential Effects Of Intimate Terrorism And Situational Couple Violence. *Journal Of Family Issues*. 2005;26(3):322–349.
- [41]. Logan TK, Walker R. *Partner Stalking: Psychological Dominance, Coercion, And Control*. New York: Springer; 2017.
- [42]. Myhill A. Measuring Coercive Control: What Can We Learn From National Population Surveys? *Violence Against Women*. 2015;21(3):355–375.
- [43]. Tolan P, Gorman-Smith D, Henry D. Family Violence. *Annual Review Of Psychology*. 2006;57:557–583.
- [44]. Feder G, Davies RA, Baird K, Dunne D, Eldridge S, Griffiths C, Et Al. Identification And Referral To Improve Safety (IRIS). *The Lancet*. 2011;378(9805):1788–1795.
- [45]. Taft CT, Murphy CM. The Working Alliance In Intervention For Partner Violence. *Journal Of Family Violence*. 2007;22(1):1–12.
- [46]. Stark E, Hester M. Coercive Control: Update And Review. *Violence Against Women*. 2019;25(1):81–104.
- [47]. Ellsberg M, Arango DJ, Morton M, Et Al. Prevention Of Violence Against Women And Girls. *The Lancet*. 2015;385(9977):1555–1566.

- [48]. Boyle A, Todd C. Lethality Risk In Intimate Partner Violence. *Emergency Medicine Journal*. 2003;20(5):414–417.
- [49]. Dawson M, Hotton T. Police Charging Practices And Intimate Partner Violence. *Journal Of Research In Crime And Delinquency*. 2014;51(5):655–683.
- [50]. Woodlock D. The Abuse Of Technology In Domestic Violence. *Violence Against Women*. 2017;23(5):584–602.