

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017007120015>

## AS REDES SOCIAIS DE APOIO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA PELO PARCEIRO ÍNTIMO

*Leônidas de Albuquerque Netto<sup>1</sup>, Maria Aparecida Vasconcelos Moura<sup>2</sup>, Carla Luzia França Araujo<sup>3</sup>,  
Maria Helena do Nascimento Souza<sup>3</sup>, Giuliana Fernandes e Silva<sup>4</sup>*

<sup>1</sup> Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: leonidasalbuquerque@bol.com.br

<sup>2</sup> Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da EEAN/UFRJ. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: maparecidavas@yahoo.com.br

<sup>3</sup> Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da EEAN/UFRJ. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: araujo.ufrj@gmail.com

<sup>4</sup> Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem e Saúde Coletiva da EEAN/UFRJ. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: mhnsouza@yahoo.com.br

<sup>5</sup> Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da EEAN/UFRJ. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: giulianafernandes@hotmail.com

### RESUMO

**Objetivo:** analisar rede social e tipos de apoio às mulheres em situação de violência pelo parceiro íntimo.

**Método:** pesquisa qualitativa e analítica, ancorada na Teoria de Rede Social de Sanicola. Os atores sociais foram 20 mulheres que vivenciaram violência pelo parceiro, entrevistadas em Centro Especializado de Atendimento no Rio de Janeiro, Brasil. Utilizou-se instrumento semiestruturado e individual. Para elaborar mapa da rede social solicitou-se às mulheres que auxiliassem o pesquisador na confecção do desenho representativo de suas relações com pessoas e instituições no contexto da violência. A abordagem teórica permitiu entendimento das dinâmicas relacionais sociais em que a mulher está inserida para enfrentamento da violência. Os depoimentos foram organizados pelo método de análise de conteúdo.

**Resultados:** a rede social primária das mulheres foi composta por filhos, irmãos, genros, noras e amigos que prestaram apoio emocional e material. A rede secundária foi representada pelos serviços e apoio informativo obtidos no hospital, posto de saúde, centro especializado de atendimento e delegacia. As mulheres tiveram maior proximidade e vínculo forte com filhos, noras e genros; mantiveram distância dos pais e tiveram vínculos conflituosos na relação com o parceiro íntimo.

**Conclusão:** vínculos descontínuos ou frágeis, na maior parte, foram identificados com elementos da rede primária; e os normais ou fortes, com a rede secundária. As mulheres estão distantes dos membros da rede primária e próximas da rede secundária, estabelecendo vínculos pelo acolhimento e atenção resolutiva. O mapa de rede social construído com as mulheres foi determinante para intervenção de apoio para autoestima.

**DESCRITORES:** Enfermagem. Saúde da mulher. Violência contra a mulher. Pesquisa qualitativa. Rede social.

## SOCIAL SUPPORT NETWORKS FOR WOMEN IN SITUATIONS OF VIOLENCE BY AN INTIMATE PARTNER

### ABSTRACT

**Objective:** to analyze social network and types of support for women in situations of violence by an intimate partner.

**Method:** qualitative and analytical research, anchored in the Sanicola Social Network Theory. The social actors were 20 women who experienced partner violence who were interviewed at a Specialized Care Center in Rio de Janeiro, Brazil. A semi-structured and individual instrument was used. In order to elaborate a map of the social network, the women were asked to help the researcher in the production of a representative drawing of their relations with people and institutions in the context of violence. The theoretical approach allowed an understanding of the social relational dynamics faced by which women regarding violence. The statements were organized by the content analysis method.

**Results:** the primary social network of women was composed of children, siblings, sons-in-law, daughters-in-law and friends who provided emotional and material support. The secondary network was represented by the services and information support obtained in the hospital, health center, specialized care center and police station. The women had greater proximity and stronger bonds with children, daughters-in-law and sons-in-law; kept distance from their parents and had conflicting bonds in their relationship with the intimate partner.

**Conclusion:** discontinuous or fragile bonds for the most part, were identified with elements of the primary network; and the normal or strong, with the secondary network. Women are distant from the members of the primary network and close to the secondary network, establishing bonds through welcoming and resolute attention. The social network map built with women was determinant for support intervention for self-esteem.

**DESCRIPTORS:** Nursing. Women's health. Violence against women. Qualitative research. Social network

## LAS REDES SOCIALES DE APOYO A LAS MUJERES EN SITUACION DE VIOLENCIA POR SU COMPANERO INTIMO

### RESUMEN

**Objetivo:** analizar la red social y los tipos de apoyo a las mujeres en situación de violencia por el compañero íntimo.

**Método:** investigación cualitativa y analítica, anclada en la Teoría de Red Social de Sanicola. Los actores sociales fueron 20 mujeres que vivenciaron violencia por el compañero entrevistadas en un Centro Especializado de Atención en Rio de Janeiro, Brasil. Se utilizó un instrumento semi-estructurado e individual. Para elaborar el mapa de la red social se le solicitó a las mujeres que auxiliasen al investigador en la confección del diseño representativo de sus relaciones con personas e instituciones en el contexto de la violencia. El abordaje teórico permitió el entendimiento de las dinámicas relacionales sociales en que la mujer estuvo inmersa para el enfrentamiento de la violencia. Los discursos fueron organizados por el método de análisis de contenido.

**Resultados:** la red social primaria de las mujeres fue compuesto por hijos, hermanos, yernos, nueras y amigos que prestaron apoyo emocional y material. La red secundaria fue representada por los servicios por los servicios y apoyo informativo obtenidos en el hospital, puesto de salud, centro especializado de atendimento y delegaciones. Las mujeres tuvieron mayor proximidad y vínculo fuerte con los hijos, nueras y yernos; mantuvieron distancia de los padres y tuvieron vínculos conflictivos en la relación con el compañero íntimo.

**Conclusión:** vínculos descontinuos o frágiles, en la mayoría, fueron identificados con elementos de la red primaria; y los normales o fuertes, con la red secundaria. Las mujeres están distantes de los miembros de la red primaria y próximas de la red secundaria, estableciendo vínculos por la recepción y atención resolutoria. El mapa de la red social construido con las mujeres fue determinante para la intervención de apoyo para autoestima.

**DESCRIPTORES:** Enfermería. Salud de la mujer. Violencia contra la mujer. Investigación cualitativa. Red social.

### INTRODUÇÃO

Na sociedade moderna, a violência contra a mulher praticada pelo parceiro íntimo é considerada um problema de saúde pública e uma violação dos direitos humanos, praticada de maneira física, psicológica, sexual, moral e patrimonial.<sup>1</sup> No Brasil, 26% a 34,5% da população feminina vivencia algum tipo de violência por parte de seus parceiros íntimos.<sup>2-3</sup> De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística,<sup>4</sup> a população feminina no Brasil é de 100,5 milhões. Calcula-se que 34,17 milhões de brasileiras se encontram em situação de violência.

A violência contra a mulher é estabelecida dentro de uma perspectiva de gênero, como uma construção sociocultural. Para as mulheres, determina-se a passividade, fragilidade e submissão; aos homens, a atividade, força e dominação. A dimensão de gênero é estruturada enquanto relação de poder, implicando usurpação do corpo do outro, e configura-se, em geral, entre homens e mulheres, propiciando a violência.<sup>5</sup> Na perspectiva histórica, em 1994, a Convenção de Belém do Pará, no que se refere a prevenir, punir e erradicar a violência, trouxe avanços nos direitos das mulheres, entre eles, a elucidação de que todas possuem o direito à vida e à integridade física, psíquica e moral; à liberdade e segurança pessoais; a não serem submetidas a torturas; à igualdade de proteção perante a lei e ao recurso simples e rápido diante dos tribunais competentes.<sup>6</sup>

Mulheres que vivenciam estas agressões frequentam os serviços de saúde, um dos lugares nos quais procuram ajuda. Estes serviços devem estar preparados para lidar com esta situação.<sup>3</sup> Os profissionais de saúde reconhecem a importância de

acolher estas mulheres, porém se sentem impotentes diante desta problemática. A falta de capacitação profissional também alimenta a invisibilidade da violência pelos serviços assistenciais.<sup>7</sup> Muitos profissionais tendem a resolver o caso na individualidade do atendimento, sem articulação com outros elementos das redes sociais de apoio, a nível pessoal ou institucional. Esta postura pode ser entendida como uma atitude conivente, comprometendo o cuidado à mulher.<sup>8</sup>

Em 2008, o Brasil instituiu a Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres, fundamentando ações de prevenção, combate e enfrentamento da situação de violência contra as mulheres.<sup>9</sup> Entre as principais diretrizes, está a concepção da rede de enfrentamento e atendimento como uma estratégia para o combate à violência. A construção desta rede de atenção busca atender prontamente e de maneira resolutoria à complexidade da violência contra as mulheres e ao caráter multidimensional do problema. Este perpassa diversas áreas, como saúde, educação, segurança pública, assistência social e cultura. No Rio de Janeiro, as redes de atenção à saúde (RAS) da mulher são compostas por Centros de Referência de Atendimento à Mulher (CEAMs), Casas-Abrigo, Casas de Acolhimento Provisório, Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAMs), Instituto Médico Legal, Defensorias da Mulher, Juizados de Violência Doméstica, Central de Atendimento à Mulher, Secretaria de Políticas às Mulheres e Serviços de Saúde; todos nesta perspectiva de atenção à saúde.<sup>9</sup>

No Brasil, a Lei n. 11.340, Lei Maria da Penha prevê medidas a respeito da assistência multidiscipli-

nar às mulheres em situação de violência e da equipe de atendimento multidisciplinar.<sup>10</sup> De acordo com a lei, esta deve ser integrada por profissionais das áreas psicossocial, jurídica e da saúde, e obter ações articuladas em rede para a proteção e atenção às mulheres. Na equipe, médicos e enfermeiros atuam na atenção aos agravos físicos, disponibilizando exames para detecção de doenças sexualmente transmissíveis, contracepção de emergência e abortamento previsto em lei. Psicólogos proporcionam atenção aos agravos à saúde mental da mulher, em vista da violência psicológica, buscando a recuperação da autoestima. Os assistentes sociais comunicam-se com elementos da rede que possam auxiliar as mulheres na busca da independência emocional ou financeira, propondo ações para melhorar as condições de vida desta população e estimulando a implantação de projetos assistenciais.<sup>11-13</sup>

As redes são importantes como estratégia de fortalecimento das mulheres em situação de violência. Rede é o conjunto articulado de serviços, e a violência, por ser um problema complexo que se manifesta de múltiplas formas, requer um amplo leque de opções assistenciais. A rede pode ser mais ou menos ampla, dependendo do local, e constituída de serviços de atenção policial, judiciária, psicossocial e de saúde. O mais importante é que estas instituições de atenção trabalhem de maneira interdisciplinar na assistência, compartilhando conhecimentos de forma coordenada e recíproca, e buscando soluções para este problema por meio de uma articulação em grupo.<sup>14</sup>

Pensar e agir em rede produz questionamentos direcionados às estruturas hierarquizadas, ajudando a gerar deslocamentos de poder. Muitos agentes sociais envolvidos no atendimento às mulheres, embora se mostrem sensíveis à questão, não formulam, de fato, um pensamento em rede. Em geral, a organização entre os serviços pauta-se por uma concepção de cuidados fragmentados frente à situação das mulheres. Dependendo da vertente na qual se focaliza o problema – policial, jurídica, psicossocial ou saúde – há um serviço que se propõe a lidar com a questão, mas a ação, muitas vezes, não prevê o estabelecimento de parcerias efetivas em rede.<sup>15</sup>

A rede social é compreendida como um conjunto de relações interpessoais que determinam as características da pessoa, tais como: hábitos, costumes, crenças e valores, sendo que, desta rede, a pessoa pode receber apoio.<sup>16</sup> A existência de vínculos com familiares, vizinhos e instituições, como igreja e associações comunitárias, é fundamental no auxílio às situações de adoecimento e dificuldade.

As redes sociais de apoio podem ser responsáveis pela assistência, visibilidade de problemas e satisfação de necessidades sociais e de saúde que escapam da capacidade de atendimento do Estado.<sup>17</sup>

As redes sociais são consideradas uma trama de relações que conferem a cada sujeito identidade e sentimento de pertença. A estrutura é formada por laços perceptíveis que se estabelecem entre pessoas, organizações ou instituições conectadas por algum tipo de relação. Estes laços, quando acionados, geram conexões que dão forma à rede. Esta é definida como um conjunto de relações interpessoais e sociais, em que a pessoa pode receber apoio emocional, material, em serviços ou informações. As redes sociais de apoio podem ser de natureza primária e secundária e se diferenciam pelos tipos de intercâmbios que ocorrem entre os indivíduos, sendo esses de reciprocidade, direito, dinheiro ou uma combinação dos mesmos.<sup>16</sup>

Nas redes primárias, os vínculos são caracterizados pelas relações de parentesco, amizade ou vizinhança, fundadas na reciprocidade e confiança. As redes secundárias são formais ou informais, de terceiro setor, de mercado ou mistas. Diferenciam-se entre si pelo tipo de troca: reciprocidade, direito, dinheiro ou combinação destes. A rede secundária formal é constituída por instituições de existência oficial, com prestação de serviços de acordo com as demandas e troca fundada na solidariedade. As redes sociais de terceiro setor constituem-se por organizações de prestação de serviços e trocas fundadas no direito e solidariedade. Já a rede social de mercado diz respeito às atividades econômicas, ligadas ao dinheiro e ao lucro.<sup>16,18</sup>

No desenvolvimento desta pesquisa, o referencial teórico de Sanicola indicou instrumentos e recursos necessários para o conhecimento do envolvimento de pessoas e instituições nas relações das mulheres em situação de violência na rede social de apoio. Também possibilitou deduções sobre as propriedades da rede assistencial, com intervenções articuladas e resolutivas, no rompimento do relacionamento violento com o parceiro íntimo.<sup>16</sup>

O conhecimento a respeito da rede social de apoio, na qual a mulher em situação de violência perpetrada pelo parceiro íntimo está inserida, propicia a compreensão da dinâmica relacional, constituindo subsídios para o estabelecimento de possibilidades de atenção à saúde junto às mulheres. Estabeleceu-se, portanto, como objetivo do estudo, analisar a rede social e os tipos de apoio fornecidos às mulheres em situação de violência pelo parceiro íntimo.

## MÉTODOS

Pesquisa qualitativa e analítica, ancorada no referencial teórico-metodológico de Rede Social de Sanicola,<sup>16</sup> desenvolvida no CEAM do município do Rio de Janeiro. Este é um Centro gerenciado pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Cidade do Rio de Janeiro (SPM-Rio), garantindo ações para as políticas públicas, com a finalidade da igualdade de gênero e valorização da mulher. Atua em defesa dos direitos da população feminina e inclusão destas mulheres na economia da cidade.<sup>19</sup> No CEAM, as mulheres encontram acolhimento, orientação, atendimento especializado nos casos de violência física, psicológica, patrimonial, moral ou sexual, além de acompanhamento social, orientação jurídica e, em caso de risco de morte, encaminhamento para as Casas-Abrigo.

As participantes do estudo foram aquelas que vivenciaram violência física, psicológica, sexual, moral ou patrimonial. Como critério de inclusão, deveriam ter mais de 18 anos de idade, ter vivenciado quaisquer formas de violência, exclusiva ou com sobreposições, infligidas pelo ex ou atual marido, namorado ou parceiro íntimo, independente da união formal ou coabitação. Os critérios de exclusão referem-se àquelas mulheres portadoras de distúrbios psiquiátricos que inviabilizassem as respostas no momento das entrevistas.

O pesquisador integrou-se na equipe de profissionais, participando das reuniões e movimentos realizados pelo CEAM, o que permitiu um compartilhamento das atividades com os profissionais no campo, possibilitando maior interação e melhor articulação com as mulheres assistidas neste Centro. Estas foram abordadas posteriormente às consultas com a psicóloga e informadas sobre o objetivo da pesquisa e o anonimato das participantes. As informações foram coletadas somente após a concordância das depoentes e obtidas em fontes primárias, diretas, originárias do discurso das mulheres em situação de violência pelo parceiro íntimo.

A entrevista foi realizada individualmente, com instrumento semiestruturado, concomitante com a confecção do desenho do mapa das redes sociais de apoio, para compreensão do significado atribuído pelas mulheres aos elementos da rede. A duração média foi de aproximadamente 50 minutos. Entre as 61 mulheres acompanhadas no CEAM no período da pesquisa (setembro a dezembro de 2014), foram entrevistadas 20, atendendo ao critério de saturação teórica dos dados, quando as informações apresentaram redundâncias.<sup>20</sup>

Nas entrevistas, foi investigado o perfil socio-demográfico das mulheres, caracterizando idade, cor, escolaridade, ocupação, renda, bairro de residência e relação com o (ex) parceiro íntimo. A obtenção dos depoimentos iniciou-se com perguntas sobre presença dos elementos, proximidade ou distância, tipos de vínculos e apoio à mulher. Cada uma das depoentes descreveu a respeito de pessoas e instituições que estiveram presentes em sua vida na vivência da violência. Os elementos da rede podem ser parentes, amigos, vizinhos, colegas e instituições, como delegacias, centros de referência, casas-abrigo, juizados especializados, escolas, hospitais e postos de saúde.

No decorrer da entrevista, o pesquisador elaborava com as mulheres o desenho do mapa da rede social e de apoio, utilizando-se de um *notebook* e do programa *PowerPoint*, o que possibilitou a criação do desenho das figuras geométricas e traçados gráficos; estimulando-as com o visual em diferentes cores, referentes aos elementos da rede e tipos de vínculos de apoio.

Os pesquisadores de rede social procuram a compreensão das ligações no âmbito relacional dos indivíduos e instituições da rede, problematizando a configuração social a partir dos depoimentos das mulheres. Fundamentos teóricos subsidiam a análise, como a amplitude, que diz respeito à quantidade de pessoas presentes, permitindo afirmar se uma rede é pequena, média ou grande; e densidade, referindo-se à quantidade de pessoas que se conhecem entre si.<sup>16</sup> Também foi possível investigar a intensidade da rede social, a relação de proximidade e distância entre os membros e a sua proximidade física em relação à mulher.

Os depoimentos foram gravados em mídia digital com o consentimento das participantes e as entrevistas transcritas na íntegra, visando à fidedignidade das informações. Estes recursos foram fundamentais para registro, construção e finalização dos mapas, além da preservação dos detalhes dos vínculos em rede social. Posteriormente, foi elaborado um único mapa de rede representando as características comuns das participantes da pesquisa, constituindo-se na rede social das mulheres em situação de violência pelo parceiro íntimo.

Os discursos foram organizados pelo método de análise de conteúdo,<sup>21</sup> e realizada leitura flutuante das entrevistas transcritas, depois a leitura aprofundada do material, de onde agrupamos as falas que evidenciassem o apoio dos amigos, o atendimento positivo da DEAM, o bom atendimento do CEAM, a participação do setor saúde e apoio de instituições de educação. A interpretação das informações baseou-se na Teoria de Rede Social de Sanicola.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery e Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Parecer n. 774.804/2014 e CAAE n. 34849514.8.0000.5238. A pesquisa foi conduzida de acordo com os padrões éticos exigidos. Para participar da pesquisa, foi essencial a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelas mulheres. O anonimato foi garantido pela utilização da letra "E" (Entrevista) em substituição ao nome da entrevistada, seguida de algarismos arábicos em ordem crescente da realização da entrevista (E1 a E20).

## RESULTADOS

Em relação ao perfil, cinco mulheres tinham entre 25 a 34 anos de idade; quatro, entre 35 a 44 anos; nove, de 45 a 54; e duas, mais de 55 anos. Na cor da pele, 12 declararam-se brancas; sete, pardas; e uma, preta. Seis declararam possuir o ensino fundamental completo; dez, o ensino médio completo; e quatro, o ensino superior completo. Na profissão, oito eram auxiliar de limpeza, autônoma, balconista, governanta, administrativa, doméstica, cabeleireira

e manicure e recebiam de meio a dois salários-mínimos. Outras três eram bibliotecária, gerente de empresa e organizadora de evento e recebiam entre três a quatro salários. Em relação à residência, onze mulheres vieram da zona norte, cinco do centro, duas da zona oeste e duas da zona sul. Quanto à situação conjugal atual, dezesseis mulheres afirmaram separação do ex-parceiro.

A maioria das mulheres participantes também tinha entre um a três filhos com o parceiro agressor. Aqueles mais novos, da primeira infância à adolescência, foram os que mais vivenciaram os episódios agressivos junto às mães, enquanto os filhos jovens ou adultos ajudaram mais na perspectiva emocional, incentivando-as à busca por instituições de assistência ou segurança na rede social secundária. Muitos deles também forneceram um apoio material, com a disponibilidade de recursos financeiros para a sobrevivência de suas genitoras, ou com a acomodação em sua residência.

Os desenhos dos mapas de rede das mulheres obtidos durante as entrevistas possibilitaram traçar um único mapa de rede social de apoio frente ao contexto relacional das mulheres em situação de violência, exibido na figura 1.

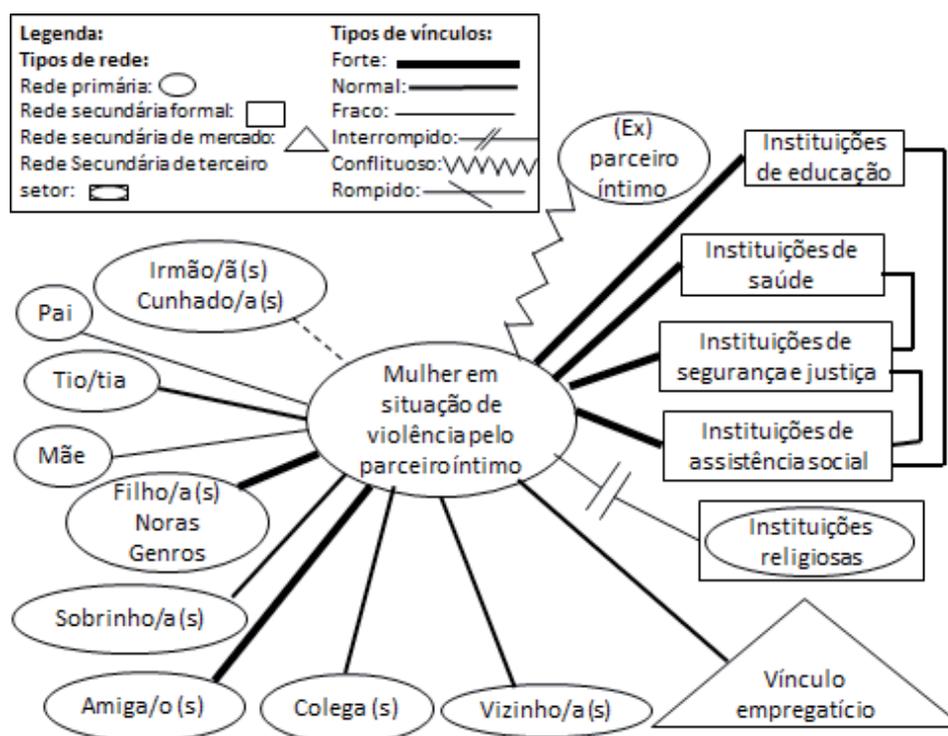


Figura 1 - Rede social das mulheres participantes do estudo. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2015

A rede social das mulheres em situação de violência apresentou-se de média amplitude (com

10 a 30 membros), com quem elas mantêm um contato pessoal no convívio cotidiano. Porém, a rede é

pouco densa entre os elementos da rede primária, como os parentes (irmãos(ãs), cunhados(as), pai, mãe, tios(as), filhos(as), noras, genros e sobrinhos), além dos amigos, colegas e vizinhos. Estes quase não estabelecem quaisquer relacionamentos entre si, com poucos “nós” neste âmbito da rede social. Por outro lado, na rede secundária, ao menos as instituições de assistência, saúde, educação e reclusão comunicam-se entre si, demonstrando uma maior densidade neste domínio da rede social de apoio às mulheres, o que ocorre, principalmente, pela referência e contrarreferência entre os serviços assistenciais.

Ao estudar a intensidade da rede social, indicam-se relações de intercâmbio entre as mulheres e elementos da rede. As mulheres participantes tiveram melhores relações de troca de apoio com a rede secundária. Na rede primária, somente com os filhos, noras, genros e amigos apresentaram vínculo forte, onde tiveram um apoio emocional e material. Na rede social secundária, as mulheres declararam vínculos fortes com as instituições de educação, saúde, segurança, justiça e assistência social, que as ajudaram com a disponibilidade e encaminhamentos aos serviços ou orientações para a libertação do ciclo da violência.

O indicador de proximidade e distância evidencia ainda particularidades e reflexões sobre a rede social das mulheres. Elas tiveram um grau de intimidade revelando proximidade com os filhos, protegendo-os da violência, além de familiaridade com alguns irmãos, de quem solicitaram ajuda diante dos episódios de violência. Algumas condições de reserva ficaram a cargo dos pais, para quem, muitas vezes, não quiseram revelar a problemática da violência, evitando incomodá-los, o que agravou o isolamento social das depoentes. Os vínculos conflituosos ficaram evidenciados na relação da mulher com o parceiro agressor.

No que diz respeito à proximidade física entre as mulheres e os elementos da sua rede social, estão distantes dos membros de sua rede primária e mais próximas dos centros de atendimento e delegacias especializadas na rede secundária. Os seus parentes, amigos, colegas ou vizinhos, na maior parte das vezes, moram longe, o que também dificulta uma relação de ajuda diante da vulnerabilidade proporcionada pela violência. Em contrapartida, os elementos da rede secundária, como as instituições, embora não estejam próximos fisicamente das mulheres, estabelecem um vínculo forte pela atenção dispensada e assistência resolutiva.

Os membros da rede secundária que auxiliaram as mulheres neste mesmo movimento em prol

de sua autonomia, autoestima e empoderamento, foram os hospitais, postos de saúde, delegacias especializadas, centros de atendimento e fóruns. Nestes estabelecimentos, destacaram-se enfermeiros, médicos, assistentes sociais, psicólogos, advogados e defensores públicos. Estes profissionais se sensibilizaram com as mulheres e, preocupados em ajudá-las a reconhecerem os elementos da sua rede social de apoio, auxiliaram-nas a buscarem outras pessoas e instituições que pudessem apoiá-las em outras instâncias profissionais.

Entre as mulheres em situação de violência, neste estudo, suas amigas ajudaram na procura por instituições de atendimento especializado, como constatado nas expressões a seguir: *uma amiga procurou na internet endereços que atendiam mulheres, e foi ela que me falou que tinha o CEAM; foi quando vim pra cá, onde me ajudaram e me sugeriram um curso profissionalizante (E4); uma amiga que me falou do CEAM, me dizendo desse centro de apoio onde poderiam me orientar. Ela até ligou pra cá e perguntou se eu poderia vir (E7).*

Dez mulheres entrevistadas foram orientadas pela DEAM e encaminhadas para o CEAM, aconselhando-as de que teriam um atendimento psicológico especializado, atento e resolutivo para o quadro depressivo em que muitas se encontravam, como evidenciado a seguir: *na DEAM fui bem atendida, os profissionais me respeitaram e me mandaram pro CEAM, aqui o atendimento é bom, ouvem a gente com calma (E9); a DEAM me ajudou com proteção, e depois me encaminhou pro CEAM pra acompanharem o meu psicológico, e no afetivo, aqui tratam a gente de maneira muito humana (E14).*

As depoentes destacaram o acolhimento e atendimento humanizado das psicólogas e assistentes sociais do CEAM. Esta atitude propiciou a formação de vínculos fortes com as profissionais desta instituição, pelo tratamento oferecido e acolhimento diferenciado, como verificado nas falas: *no CEAM sou orientada sobre o que é melhor fazer. Só aqui é que estou vendo solução para o meu problema. As consultas com a psicóloga são um conforto e me fazem bem (E12); o CEAM é um lugar que se compromete em ajudar e dar um suporte. Na delegacia e no CEAM fui informada dos meus direitos nesse caso da violência (E13).*

Diante do olhar atento e formação de vínculo das mulheres com médicos, enfermeiros e psicólogos, estes perceberam a origem das queixas e traumas da violência às mulheres, prestaram os cuidados físicos e estruturais em saúde e as encaminharam ao CEAM, conforme examinado nos depoimentos: *antes de eu vir pro CEAM, foi o posto de saúde que me ajudou, porque foi lá que fiz o pré-natal.*

*Eles ficam preocupados comigo, perguntaram se estou me alimentando bem, porque sabem da violência que vivo (E1); a psicóloga do CEAM e a enfermeira da Clínica da Família que mais estiveram juntas comigo, foram elas que mais me ajudaram. Na Clínica eu tive uma ajuda afetiva, informação e também orientação (E2).*

As instituições de educação estiveram presentes no apoio às mulheres diante da fragilidade proporcionada pelo parceiro íntimo, como relatado nos discursos: *a professora da escola do meu filho me deu um colchão pra eu dormir. Toda vez que tinha sopa na escola, ela me dava um pouco para levar pra casa (E1); a professora do meu curso me apoiou quando soube da minha história, eu contei depois que tinha perdido a prova, então ela me deu outra chance. No final das aulas ela sempre perguntava se estava bem (E5).*

## DISCUSSÃO

Na rede social de apoio, predominou uma relação de ajuda no âmbito emocional, material e informativo, proporcionada por alguns elementos da rede primária, entre filhos, noras, genros e amigos das mulheres em situação de violência. A proximidade física destes membros da rede, em relação às participantes do estudo, proporciona um vínculo forte, sendo um suporte de apoio para muitas, diante das adversidades impostas pela violência do parceiro.

Os relacionamentos interpessoais são apresentados como promotores de adaptação das pessoas ao prover apoio social, emocional e informativo. O apoio emocional constitui-se por meio da conversa e do estabelecimento de relações afetivas entre pessoas, enquanto o apoio informativo relaciona-se às orientações e informações disponibilizadas sobre recursos da comunidade.<sup>22</sup> De acordo com a teoria de rede social, as redes primárias têm muitas características das famílias, grupos e sistemas, mas, ao mesmo tempo, os transcendem.<sup>16</sup>

Sanicola afirma que o parentesco, na lógica da pertinência à família, tem como ponto mais precioso de sua competência o cuidado que oferece a seus membros.<sup>16</sup> Essa capacidade, tendo por base o critério da proximidade, se manifesta quando surgem necessidades específicas, como situações de emergência. Estas podem manifestar-se quando a mulher não suporta mais as agressões do parceiro íntimo e solicita auxílio para pessoas ou instituições.

A maioria das participantes teve pelo menos um familiar ou parente, de vínculo forte, que a ajudou de forma material ou emocional. As principais ações foram doação de dinheiro ou bens para a subsistên-

cia, acomodação na residência de parentes, além do acompanhamento a alguma instituição da rede secundária para atendimento especializado. O apoio emocional destes parentes foi caracterizado pelo diálogo para manutenção da autoestima das mulheres, com incentivo para que buscassem o CEAM ou a DEAM para a denúncia do parceiro íntimo.

Analisando a assistência da família à mulher, este núcleo desempenha funções, como a educação, estabelecendo a experiência da socialização que permite o desenvolvimento de confiança e colaboração. Outra função da família é a de cuidado, uma vez que assume as necessidades de seus componentes e dos membros mais frágeis, mobiliza a solidariedade das redes primárias e aciona as redes secundárias. A transação ocorre de dentro da família para as redes, quando se abre à dimensão social, transmitindo e recebendo recursos e competências. A função de proteção vem de modo a defender seus membros, tendo como fim o bem comum.<sup>16</sup>

O quantitativo de amigos na rede social primária variou. Dez mulheres referiram presença de apenas um a três deles, que as ajudaram emocionalmente, defendendo sua autonomia e incentivando a procura por apoio profissional. Duas mulheres referiram não terem relações de amizade em sua rede social. A rede de amizades constitui-se numa trama de relações específicas e qualitativamente inconfundível, que podem configurar apoio, formando dinâmicas de solidariedade de grande fôlego coletivo. Quanto mais uma pessoa envelhece, menor é o número de amigos na sua rede. Isso é determinado por dois fatores culturais: a maneira de viver o trabalho como realidade da totalidade dos interesses, em que toda a vida de relações se dá no âmbito profissional; e a maneira de viver a família como âmbito que engloba expectativas, desejos e possibilidades de uma vida com relação familiar.<sup>16</sup>

A violência às mulheres promove um significativo desequilíbrio emocional entre as maneiras de viver o trabalho e a família. Os recorrentes atos agressivos do parceiro íntimo prejudicam as relações sociais da mulher no local onde exerce sua atividade remunerada e, também, no convívio com os familiares, principalmente os filhos, que, por vezes, vivenciam a violência no núcleo familiar; com frequência, são os mais prejudicados em seus cuidados, pelo próprio desequilíbrio emocional da mulher, proporcionado pela violência.

Os filhos são membros importantes na rede social das mulheres, com quem praticamente todas elas mantêm um vínculo forte, independente da idade ou da coabitação. Elas se preocupam com a integridade

e saúde destes jovens que, em alguns casos, também vivenciaram a violência pelo pai. Em especial, os filhos mais velhos são aqueles que apoiam emocionalmente as mães, consolando-as nos momentos posteriores às agressões, ou ainda aconselhando-as a procurarem um centro especializado. Diante do sentimento materno de proteção da vida, bem como da necessidade de prover ambiente familiar saudável para os filhos, as mulheres sentem a necessidade de enfrentar e romper com o ciclo da violência.<sup>23-24</sup>

As redes sociais primárias são geradas ao longo do tempo, e não podem ser criadas nem reproduzidas, pois sua conformação está fortemente ligada à liberdade de escolha dos indivíduos e mesmo dos coletivos que as constituem. Mas elas podem ser promovidas, movimentadas e orientadas, na medida em que são identificadas, reconhecidas e valorizadas. As redes constituem o polo cultural da realidade social, o âmbito no qual são gerados e aprendidos os valores essenciais para a vida dos indivíduos, que serão assumidos como ponto de referência fundamental para a orientação e a ação de uma pessoa na sociedade.<sup>16</sup>

Entre as mulheres participantes do estudo, a vivência da violência influenciou muito na sua seleção e avaliação de quem faz ou não parte da sua rede social primária. A conformação desta rede pode ser modificada ao longo do tempo, bem como pela violência do parceiro íntimo. No momento da entrevista, as participantes estiveram livres para escolher e definir os indivíduos e os vínculos estabelecidos, que variaram, principalmente, de acordo com o apoio recebido ou até mesmo pelas diferentes reações diante da ciência dos atos agressivos àquela mulher. Por vezes, ainda há uma naturalização da violência por parte de parentes e amigos que tendem a culpabilizá-las pelos atos agressivos dos parceiros.

Neste momento, quando as mulheres não têm o apoio da rede primária, recorrem às instituições da rede secundária, por vezes sozinhas, como relataram 14 mulheres neste estudo. Sobre este movimento, o método desenvolvido pela intervenção de rede postula que as redes primárias – a família, em primeiro lugar – devem estabelecer uma relação de autonomia com as redes secundárias, as quais, por sua vez, devem prestar ajuda sem, com isso, substituir as redes primárias e expropriá-las de seu potencial de protagonismo social.<sup>16</sup>

Dentre as redes secundárias formais, caracterizadas pela troca de direitos, 16 mulheres em situação de violência recorreram à DEAM, como instituição de reclusão. Este foi o primeiro local onde a maioria buscou atendimento, do qual queriam a

sua proteção e a dos filhos. A punição dos parceiros íntimos não foi uma prioridade para esta população feminina, pelo menos naquele momento. A procura por um lugar seguro configurou-se como uma necessidade dessas mulheres ao buscarem a delegacia especializada. Esta foi mais um dos serviços de atendimento organizado em que predominou um apoio informativo e de serviços às mulheres, que receberam instruções a respeito dos seus direitos em justiça e cidadania, o registro da violência em boletim de ocorrência, bem como as formas de punição a serem impostas aos parceiros íntimos.

Alguns estudiosos chamam a atenção para o equívoco sobre a percepção da violência à mulher como um problema apenas policial, haja vista os vários profissionais de áreas como saúde e serviço social restringirem sua conduta profissional ao encaminhamento das mulheres à delegacia. A percepção de muitos profissionais é a de que a denúncia é o único instrumento de resolução para a violência.<sup>25</sup> Na verdade, este é um paradigma que não reflete o fenômeno sócio-histórico-cultural da violência, tendo em vista suas repercussões nas diversas áreas do conhecimento em ciências sociais, políticas e jurídicas, como prática da implementação das políticas públicas.

As instituições de referência em assistência social e psicologia também estiveram muito presentes no processo de atenção ao quadro emocional e resgate da autoestima dessas mulheres. Este apoio ocorreu principalmente por meio da ação do CEAM, onde tiveram um acompanhamento especializado para manutenção ou resgate de sua autonomia. As depoentes destacaram o acolhimento diferenciado e o atendimento humanizado das psicólogas e assistentes sociais, o que propiciou a formação de vínculos fortes com esta instituição.

Neste contexto, as condições de violência demonstraram a importância de uma ampla, integrada e eficaz rede social de apoio intersetorial na atenção à saúde da mulher.<sup>26</sup> Esta deverá ser composta minimamente por Casas-Abrigo, Centros de Referência e Reabilitação, Defensorias e Delegacias da Mulher. Poderão ser assumidos contornos relevantes para possibilitar a integralidade e efetividade do atendimento às mulheres.

Entre as 20 mulheres entrevistadas, somente sete procuraram por instituições de saúde diante das consequências da violência, onde predominaram Unidades Básicas de Saúde, Clínicas da Família e Unidades de Pronto Atendimento como elementos de atuação das redes sociais de apoio. As duas primeiras foram cenários procurados pelas mulheres

ao referirem múltiplas queixas, mas sem revelar a violência do parceiro. A falta de percepção da violência na relação íntima como objeto da área da saúde acaba por vulnerabilizar ainda mais as mulheres, levando-as ao adoecimento pela vivência de um cotidiano de ações desrespeitosas. Não se sentindo acolhidas pelos profissionais de saúde e decididas a não realizar a denúncia, elas permanecem no silêncio. A articulação da área da saúde como forma de organização com outros serviços, como a segurança e justiça, é relatada por muitos enfermeiros e médicos como estratégia indispensável para o enfrentamento da violência contra as mulheres.<sup>27-28</sup>

Apenas quatro mulheres contaram com a ajuda de instituições de educação, mas com vínculo forte. Duas declararam que os professores as ajudaram com a remarcação de provas quando souberam da violência. Outra recebeu apoio material da escola onde o filho estuda, quando a professora auxiliou com mantimentos para a sua subsistência. Tanto a escola como todos os elementos da rede secundária formal são fundados na reciprocidade, direito, dinheiro ou combinação destes meios. Atuam sobre o princípio da igualdade, com trocas baseadas no direito ou na cidadania e utilizam a redistribuição como método e a lei como meio. Um dos principais critérios é a exigibilidade, podendo ser exigidas pelos usuários. Estas redes são financiadas pelo sistema de cotização, prestando serviços ou concedendo auxílios.<sup>16</sup>

Os elementos pertencentes às redes secundárias do terceiro setor foram igrejas, em que 18 mulheres declararam ter religião, sendo oito com vínculo interrompido. Afirmaram que não iam à igreja pelo medo da repressão ou reprovação dos líderes religiosos, pelo fato de desejarem a separação do parceiro. As redes secundárias de terceiro setor adquirem posição intermediária entre o informal e o formal; mesmo não pertencendo às relações primárias, estão próximas culturalmente, pois são animadas para doação e se fazem intérpretes das necessidades da comunidade. Evidenciam-se pela reciprocidade e intercâmbio de direito e solidariedade e prestam serviços sem fins lucrativos.<sup>16</sup>

A maioria das mulheres entrevistadas (12) estava empregada e com renda própria, ainda que baixa, o que caracterizou a relação estável com sua rede secundária de mercado. Outras nove depoentes afirmaram sentir-se bem em suas atividades remuneradas ao definirem vínculos normais ou fortes, enquanto três mulheres não estavam satisfeitas com suas funções, seja pelo baixo retorno financeiro ou pelo cansaço excessivo em vivenciar uma jornada dupla, entre trabalhar fora e as atividades domésticas.

Pesquisa realizada na Espanha a respeito da violência pelo parceiro íntimo às gestantes demonstrou o emprego no mercado de trabalho como fator de proteção da violência.<sup>29</sup> Esta pesquisa investigou mulheres que buscaram apoio no CEAM, e o fato de estarem trabalhando foi determinante para o rompimento da relação com o parceiro, considerando que a rede de mercado utiliza como meio o dinheiro. Neste sentido, há a possibilidade de saída do emprego, havendo vínculos em relação ao que se troca, naquilo que poderá se desenvolver profissionalmente. Estas redes pertencem à esfera econômica, baseiam-se na equivalência e utilizam como método o mercado, no ato de comprar e vender.

## CONCLUSÃO

As mulheres em situação de violência pelo parceiro íntimo apresentaram um perfil sociodemográfico vulnerável. A maioria tinha entre 45 a 55 anos, faixa etária correspondente à fase climatérica, eram brancas e com nível de escolaridade médio completo. Trabalhavam com atividades de baixa remuneração, recebendo de um a quatro salários-mínimos e residiam em bairros próximos ao CEAM. Quanto ao relacionamento com o parceiro íntimo, a maioria das mulheres havia se separado dos agressores.

A rede social de apoio das mulheres apresentou-se de média amplitude, com pouca densidade na rede primária e maior densidade na rede secundária, onde os elementos estabeleceram interações entre si. Houve melhores relações de troca entre instituições de educação, saúde, segurança, justiça e assistência social. Da rede social primária, as mulheres tiveram apoio emocional e material dos filhos, noras, genros e amigas, com vínculos fortes. Por outro lado, a rede secundária auxiliou com serviços assistenciais ou informações à mulher, desenvolvendo vínculos fortes com escolas, postos de saúde, DEAMs e CEAMs.

As mulheres apresentaram proximidade com os filhos, protegendo-os da violência; além de familiaridade com irmãos, de quem solicitaram ajuda. Muitas não revelaram a violência a seus pais, agravando seu isolamento. Os vínculos conflituosos foram evidenciados na relação com o (ex) parceiro íntimo. As mulheres estão distantes da rede primária e próximas da rede secundária, onde estabelecem vínculo forte. Nas redes secundárias de terceiro setor, declararam vínculo interrompido com a igreja, pelo medo de reprovação do fim do seu relacionamento amoroso. A maioria apresentou vínculo normal com a rede secundária de mercado, considerando o trabalho importante para sua subsistência e autonomia.

A construção do mapa de rede social dessas mulheres exerce uma influência, primeiramente, sobre a sua percepção de que sempre há pessoas ou instituições que podem prestar apoio, mesmo que sejam escassas. Por mais que se sintam isoladas e dependentes diante da fragilidade e vulnerabilidade provocada pela violência do parceiro, sempre há a esperança de que o processo de construção do mapa de rede social proporcione um reconhecimento dos principais elementos ativos no auxílio às mulheres.

Quando profissionais de saúde, inclusive enfermeiros, atendem mulheres com suspeita de violência, realizam anamnese e histórico de enfermagem. Estas informações padronizadas permitirão identificar os problemas reais ou potenciais que determinam a saúde e possibilitam encontrar marcas ou evidências de violência. A construção do mapa de rede social de apoio é proposta de aperfeiçoamento para que os enfermeiros possam atuar na integração de recursos, como ordenadores das hipóteses de solução da violência. Esta rede deverá ser constituída e articulada para resgatar a mulher da vulnerabilidade da situação da violência. Profissionais de saúde devem acompanhá-la com a rede social, ajudando na manutenção de vínculos favoráveis à conservação da autoestima e integridade. Poderão acionar órgãos de assistência social e segurança, entrando em contato com a DEAM, CEAM ou Casas-Abrigo, e contribuir com a atenção integral, procurando mantê-la fora do relacionamento violento.

O mapa de rede social de apoio pode ser um primeiro passo para uma intervenção articulada e resolutiva de resgate da autoestima às mulheres. Ao reconhecerem a sua inserção em uma rede social dinâmica, com diferentes pessoas e instituições, elas têm a possibilidade de organizar suas atitudes na tomada de decisão, recorrendo àqueles elementos com melhores condições para auxiliá-las diante da sua problemática vivenciada.

A limitação da pesquisa ocorreu pelo desenvolvimento em apenas um cenário - CEAM, pois a diversidade dos cenários é essencial para ampliação das discussões do tema. O desenvolvimento do estudo foi um desafio pela própria abordagem temática da violência entre as mulheres, sensibilizadas pela abordagem da vivência da problemática na busca da autoestima, autonomia e rompimento do ciclo da violência, reafirmando a contribuição da rede social de apoio. Recomenda-se divulgação dos elementos da rede social secundária formal entre os profissionais de saúde que atendem as mulheres em situação de violência.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO), Clinical and Policy Guideline. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO; 2013.
2. Miranda MPM, Paula CS, Bordin IA. Violência conjugal física contra a mulher na vida: prevalência e impacto imediato na saúde, trabalho e família. *Rev Panam Salud Publica*. 2010 Abr; 27(4): 300-8.
3. Vieira EM, Perdona GSC, Santos MA. Factors associated with intimate partner physical violence among health service users. *Rev Saúde Pública*. 2011 Ago; 45(4):730-7.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [Internet]. Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios de 2010 [cited 2015 May 22]. Available from: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa\\_resultados.php?id\\_pesquisa=40](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa_resultados.php?id_pesquisa=40)
5. Ministério da Saúde (BR). Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes. Norma Técnica. 3ª ed. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 6. Brasília (DF): 2012.
6. Organização dos Estados Americanos. Convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra violência [Internet]. Belém do Pará. 1994 [cited 2016 Jul 18]. Available from: <https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/m.Belem.do.Para.htm>
7. Guedes RN, Fonseca RMGS, Egry EY. The evaluative limits and possibilities in the Family Health Strategy for gender-based violence. *Rev Esc Enferm USP*. 2013 Abr; 47(2):304-11.
8. Pedrosa CM, Spink MJP. A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. *Saúde soc*. 2011 Jan-Mar; 20(1):124-35.
9. Presidência da República (BR). Secretaria de Políticas para as Mulheres. Coleção Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Brasília (DF); 2008.
10. Brasil. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Lei Maria da Penha. Diário Oficial União, 8 ago. 2006.
11. Oliveira AFPL, Schraiber LB. Mulheres em situação de violência: entre rotas críticas e redes intersetoriais de atenção. *Rev Medicina*. 2013; 92(2):134-40.
12. Garbin CAS. Recognition and reporting of violence by professionals of the family health strategy. *Arch Health Invest*. 2016; 5(1):8-12.
13. Silva EB, Padoin SMM, Vianna LAC. Violence against women and care practice in the health professional. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2016 Jul 18]; 24(1):229-37. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0104-07072015000100229&lng=pt&rm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-07072015000100229&lng=pt&rm=iso&tlng=en)

14. Schraiber LB, Barros CRS, Castilho EA. Violence against women by intimate partners: use of health services. *Rev Bras Epidemiol*. 2010; 13(2):237-45.
15. Santos MA, Vieira EM. Social resources to support women living in situation of violence in Ribeirão Preto, SP, in the perspective of key informants. *Interface Comunic Saúde Educ*. 2011 Jan-Mar; 15(36):93-108.
16. Sanicola, L. *As dinâmicas da rede e o trabalho social*. São Paulo: Veras; 2008.
17. Ruiz ENF, Gerhardt TE. Public policies in rural areas: visibility and social participation as perspectives of supportive citizenship and health. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2012; 22(3):1191-209.
18. Souza MHN, Souza IEO, Tocantins FR. The use of social network methodological framework in nursing care to breastfeeding women. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2009 Mai-Jun; 17(3):70-6.
19. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres [Internet]. Rio de Janeiro. [cited 2014 May 15]; Available from: <http://www.rio.rj.gov.br/web/spm-rio/conheca-a-secretaria>
20. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública*. 2008 Jan; 24(1):17-27.
21. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
22. Carlos DM, Ferriani MGC, Esteves MR, Silva LMP, Scatena L. Social support from the perspective of adolescent victims of domestic violence. *Rev Esc Enferm USP*. 2014 Ago; 48 (4):610-7.
23. Trigueiro TH, Labronici LM, Merighi MAB, Raimondo ML. The process of resilience in women who are victims of domestic violence: a qualitative approach. *Cogitare Enferm*. 2014 Jul-Set; 19(3):437-43.
24. Ferraz MIR, Labronici LM. Fragments of female corporeality in victims of domestic violence: a phenomenological approach. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2016 Jul 18]; 24(3):842-9. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072015000300842](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000300842)
25. Gomes NP, Silveira YM, Diniz NMF, Paixão GPN, Camargo CL, Gomes NR. Identification of violence in the conjugal relationship based on the Family Health Strategy. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2013 Jul-Set [cited 2016 Jul 18]; 22(3):789-96. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072013000300027&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072013000300027&script=sci_arttext&tlng=en)
26. Oliveira MT, Samico I, Ishigami ABM, Nascimento RMM. Intra-family violence: health workers' practice in São Joaquim do Monte, Pernambuco, Brazil. *Rev Bras Epidemiol*. 2012 Mar; 15(1):166-78.
27. Gomes NP, Bonfim ANA, Barros RD, Silva Filho CC, Diniz NMF. Confronting domestic violence within the family health strategy. *Rev Enferm UERJ*. 2014 Jul-Ago; 22 (4):477-81.
28. Gomes NP, Diniz NMF, Reis LA, Erdmann AL. The social network for confronting conjugal violence: representations of women who experience this health issue. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2016 Jul 18]; 24(2):316-24. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072015000200316](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000200316)
29. Velasco C, Luna JD, Martin A, Caño A, Martin-de-las-Heras S. Intimate partner violence against Spanish pregnant women: application of two screening instruments to assess prevalence and associated factors. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2014 Out; 93(10):1050-8.